CLERMONT-FERRAND CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE	**Règlement intérieur du CHU de Clermont-Ferrand**	**CHU-RI-001**
Version : 2	Date de diffusion : 20/12/2024	**Page 1 sur 119**

Rédacteur principal : Rudy CHOUVEL, directeur des affaires juridiques et de la transition écologique Octobre 2024	Relecture : Directions fonctionnelles Direction générale Octobre 2024	Validation : CSE du 17/12/2024 Directoire du 18/11/2024 CME du 25/11/2024 Conseil de surveillance du 16/12/2024

CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE



Règlement intérieur
CHU CLERMONT-FERRAND

PREMIERE PARTIE – Organisation institutionnelle du CHU de Clermont-Ferrand

Chapitre 1. Direction et instances représentatives

Chapitre 2. Organisation des soins et activités de recherches

Chapitre 3. Amélioration continue de la Qualité et de la Gestion des Risques

Chapitre 4. Actions de coopération interhospitalière

SECONDE PARTIE – Accueil et prise en charge des usagers

Chapitre 1. Accueil, consultation et admission des patients

Chapitre 2. Conditions de séjour

Chapitre 3. Sortie des patients

Chapitre 4. Frais de séjour

Chapitre 5. Dispositions relatives aux naissances et décès

Chapitre 6. Cas particuliers de prise en charge

TROISIEME PARTIE – Droits des patients

Chapitre 1. Dossier médical et données du patient

Chapitre 2. Information et le recueil du consentement

Chapitre 3. Accompagnement en fin de vie

QUATRIEME PARTIE – Droits et devoirs du personnel hospitalier

Chapitre 1. Droits du personnel hospitalier

Chapitre 2. Devoirs du personnel hospitalier

CINQUIEME PARTIE – Dispositions relatives à la sécurité, à la circulation et au stationnement

SIXIEME PARTIE – Dispositions relatives au Règlement intérieur

Sommaire

Préambule

Article 1er. Présentation générale du CHU de Clermont-Ferrand
Article 2. Les principes fondamentaux du service public hospitalier
Article 3. Les directions communes

Première partie – Organisation institutionnelle du CHU de Clermont-Ferrand

Chapitre 1. Direction et instances représentatives

Article 4. Les organes administratifs décisionnels
4.1. Le Conseil de surveillance
4.1.1. Attributions
4.1.2. Composition
4.2. La Directrice générale
4.2.1. Attributions générales
4.2.2. Attributions partagées
4.2.3. Equipe de Direction
4.2.4. Astreintes de Direction
4.3. Le Directoire
4.3.1. Attributions
4.3.2. Composition
Article 5. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)
5.1. Attributions générales
5.2. Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
5.3. Instances placées sous l'égide de la CME
5.4. Composition
5.5. Président de la CME
Article 6. Le Comité Social d'Etablissement (CSE) et sa formation spécialisée en matière de santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT)
6.1 Attributions
6.1.1 Le Comité Social d'Etablissement
6.1.2 La F3SCT
6.2. Composition
Article 7. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, et Médicotechnique (CSIRMT)
7.1. Attributions
7.2. Composition
7.3. Coordonnateur Général des soins
Article 8. Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)
Article 9. La Commission de l'Activité Libérale (CAL)
Article 10. La Commission Des Usagers (CDU)
10.1. Attributions
10.2. Gestion des plaintes et réclamations des usagers
10.3. Composition
Article 11. Le Comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique
11.1. Attributions
11.2. Fonctionnement
11.3. Composition

Chapitre 2. Organisation des soins et des activités de recherche

SECTION 1. ORGANISATION DES SOINS

Article 12. Dispositions et principes généraux de l'organisation des soins
12.1. La permanence des soins
12.2. La coordination des soins
Article 13. Pôles hospitalo-universitaires
13.1. La présentation des pôles du CHU de Clermont-Ferrand
13.2. Les chefs de pôles
13.2.1. Nomination
13.2.2. Attributions
13.3. Le contrat de pôle
13.4. Le projet de pôle
Article 14. Organisation hospitalo-universitaire
Article 15. Organisation des équipes médicales
15.1. Praticiens seniors
15.1.1. Personnel hospitalo-universitaire
15.1.2. Praticiens hospitalier
15.1.3. Praticiens contractuels
15.2. Internes
15.3. Etudiants hospitaliers
15.4. Sages-femmes
Article 16. Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie intérieure
Article 17. Equipe paramédicale, Médicotechnique et de rééducation
17.1. Cadres supérieurs de santé
17.2. Cadres de santé
17.3. Professionnels des unités de soins
17.4. Etudiants des instituts de formation

SECTION 2. ACTIVITE DE RECHERCHE

Article 18. Gouvernance de la recherche au CHU de Clermont-Ferrand
Article 19. La Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) : structure dédiée à l'accompagnement de la recherche
Article 20. Les Recherches impliquant la Personne Humaines (RIPH) : conditions de mise en œuvre des activités de recherches
Article 21. Les droits des personnes se prêtant aux recherches : information et recueil préalable du consentement
21.1. Information
21.2. Consentement
Article 22. Recherche et respect du RGPD
22.1. Dispositions générales
22.2. RGPD et procédure de recherche

Chapitre 3. Amélioration continue de la Qualité, de la Sécurité des soins et de la Gestion des Risques

Article 23. Evaluation et qualité des activités hospitalières : les dispositions générales
Article 24. Certification
Article 25. Gestion des risques associés aux soins
Article 26. Plan Blanc et circonstances exceptionnelles

Chapitre 4. Actions de coopération interhospitalière

Article 27. Stratégie du CHU en matière de coopération interhospitalière
Article 28. Groupements Hospitaliers de Territoires
28.1. Dispositions générales

28.2. Le CHU de Clermont-Ferrand : établissement support du GHT Territoires d'Auvergne

Seconde partie – Accueil et prise en charge des usagers

Chapitre 1. Accueil, consultation et admission des patients

Article 29. Principes généraux de l'accès aux soins
29.1. Soins de qualité
29.2. Egalité dans l'accès aux soins
29.3. Principe du libre choix de la personne soignée
29.4. Choix de l'activité libérale
Article 30. Accueil des patients
Article 31. Prononcé d'admission
31.1. Demande d'admission
31.2. Admission par le Directeur général de l'établissement
31.3. Admission par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé
31.4. Identification du patient
Article 32. Conditions relatives à l'admission des patients
32.1. Consentement du patient ou de son représentant légal
32.1.1. Dispositions communes
32.1.2. Dispositions particulières relatives au mineur
32.2. Pièces à fournir par les usagers ou les personnes soignées lors de l'admission
Article 33. Transfert
Article 34. Admission en Urgences
34.1. Prononciation de l'admission en Urgences
34.2. Information de la famille
34.3. Inventaire à l'admission
34.4. Hospitalisation après un passage aux Urgences
Article 35. Les dispositions particulières relatives aux admissions
35.1. Femmes enceintes
35.2. Accouchement sous X
35.3. Femmes désirant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
35.4. Les militaires
35.5. Les détenus
35.6. Les patients étrangers
35.7. Les sourds et malentendants
35.8. Les toxicomanes
35.9. Les maladies contagieuses à déclaration obligatoire
Article 36. Choix du lieu et du régime d'hospitalisation
Article 37. Consultations externes

Chapitre 2. Conditions de séjour de la personne soignée

Article 38. Dispositions et principes généraux régissant le séjour de la personne hospitalisée
38.1. Liberté d'aller et venir
38.2. Laïcité et libre exercice de cultes
38.3. Espace de réflexion éthique
38.4. Droits civiques
38.4.1. Droit de vote par procuration
38.4.2. Mariage in-extremis
38.5. Prise de vue et utilisation de l'image de la personne soignée
38.6. Enseignement
Article 39. Dépôt et restitution des biens
39.1. Dépôt des biens de la personne soignée
39.2. Gestion des biens des personnes majeures protégées

39.3. Restitution des biens de la personne soignée
39.4. Effets personnels des personnes soignées
Article 40. Service des repas
Article 41. Services aux personnes soignées
41.1. Téléphone, Télévision, Internet et ordinateurs portables
41.2. Courrier
41.3. Service social
Article 42. Visites
42.1. Horaires des visites
42.2. Modalités des visites
42.3. Visites et patients mineurs
42.4. Comportements des visiteurs
Article 43. Comportement des patients
43.1. Déplacement des personnes hospitalisées dans l'hôpital
43.2. Désordres causés par les personnes
43.3. Hygiène corporelle
Article 44. Dispositions diverses
44.1. Gratifications
44.2. Animaux
44.3. Interdiction de filmer, d'enregistrer ou de photographier
44.4. Soutien aux personnes accueillies et accompagnement par des associations
44.5. Déplacement des usagers au sein de l'établissement

Chapitre 3. Sortie des patients

Article 45. Permission de sortie
Article 46. Décision de sortie aux termes des soins
Article 47. Organisation de la sortie des patients
Article 48. Sortie anticipée des majeurs
48.1. Sortie à l'insu du service
48.2. Sortie contre avis médical
48.3. Sortie disciplinaire
Article 49. Sortie des patients mineurs
49.1. Sortie définitive
49.2. Sortie à l'insu du service
49.3. Sortie contre avis médical
Article 50. Transport en ambulance, VSL, TAXI ou véhicule personnel

Chapitre 4. Frais de séjour

Article 51. Information
Article 52. Hospitalisations
Article 53. Consultations
Article 54. Prestations fournies aux accompagnants

Chapitre 5. Dispositions relatives aux naissances et aux décès

Article 55. Naissances
55.1. Déclaration des naissances : dispositions générales
55.2. Déclaration relative aux enfants décédés dans la période prénatale
Article 56. Décès
56.1. Aggravation de l'état de santé du patient
56.2. Constat du décès
56.3. Déclaration de décès
56.4. Notification du décès
56.5. Toilette mortuaire et inventaire après-décès

56.6. Mesures de police sanitaire
56.7. Remise des corps
56.8. Transports du corps
56.8.1. Transports vers la résidence de la personne décédée
56.8.2. Transports vers une chambre funéraire avant mise en bière
56.8.3. Transports après mise en bière
56.9. Prélèvements d'organes et de tissus sur la personne décédée
56.10. Dons du corps à la science
56.11. Autopsies médicales
56.12. Inhumation
56.13. Admission en chambre mortuaire de personnes décédées
Article 57. Dispositions particulières relatives aux décès
57.1. Mort violente, suspecte ou suicide dans l'enceinte de l'établissement
57.2. Décès d'une personne soignée au CHU dont les circonstances qui ont conduit à son hospitalisation nécessitent la pose d'un obstacle médico-légal

Chapitre 6. Cas particuliers de prise en charge

Article 58. Prélèvements et greffes d'organes
58.1. Autorisation
58.2. Intérêt thérapeutique
58.3. Qualité du donneur
58.4. Information et consentement
Article 59. Organisation des soins psychiatriques
59.1. Admission en soins psychiatriques avec le consentement de la personne
59.2. Admission en soins psychiatriques sans le consentement de la personne
59.2.1. Admission à la demande du directeur de l'établissement (SDDE)
59.2.2. Admission à la demande du représentant de l'Etat ou du maire (SDRE)
59.2.3. Déroulement de la prise en charge
Article 60. Unités de soins de longue durée (USLD)
60.1. Libre choix de la personne soignée
60.2. Modalités de l'admission
60.3. Frais de séjour
60.3.1. Tarif hébergement
60.3.2. Tarifs dépendance
60.3.3. Dotation soins
60.4. Conditions de facturation
60.5. Respect des personnes
60.6. Projet de soins et projet de vie
60.7. Relations avec les familles
60.8. Domicile
Article 61. Dispositions particulières aux établissements d'hébergement des personnes âgées
61.1. Domaine d'application des dispositions relatives aux EHPAD
61.2. Personnes concernées
61.3. Services proposés
61.4. Admission en EPHAD
61.5.Tarification des prestations
61.5.1. Tarif hébergement
61.5.2. Tarif dépendance
61.5.3. Tarif soins
61.6. Aides financières

Troisième partie – Droits des patients

Article 62. Chartes
62.1. Charte de la personne hospitalisée
62.2. Charte de l'enfant hospitalisé
62.3. Charte de la personne âgée hospitalisée

Chapitre 1. Dossier médical et données des patients

Article 63. Dossier médical
63.1. Contenu
63.2. Accès
63.3. Conservation
Article 64. Dossier Médical Partagé (DMP)
Article 64. Traitement des données à caractère personnel
Article 66. Secret des données relatives aux patients
66.1. Etendue du secret
66.2. Dérogations au secret
66.2.1. Secret à l'égard du patient
66.2.2. Secret à l'égard des représentants légaux des patients mineurs
66.2.3. Secret à l'égard des représentants légaux des majeurs protégés
66.2.4. Secret à l'égard de l'entourage du patient

Chapitre 2. Information et recueil du consentement

SECTION 1. Information

Article 67. Information : dispositions générales
67.1. Information administrative
67.2. Information sur l'identité du personnel
Article 68. Information médicale
Article 69. Les modalités de délivrance de l'information
69.1. Entretien individuel
69.2. Entretien en présence d'un accompagnant
69.3. Entretien en présence de la personne de confiance
Article 70. Limites de l'information

SECTION 2. Consentement

Article 71. Recueil du consentement : dispositions générales
71.1. Principe du recueil du consentement
71.2. Forme du consentement
Article 72. Recueil du consentement du patient mineur et du patient majeur protégé
72.1. Recueil du consentement du patient mineur
72.2. Recueil du consentement du patient majeur protégé
Article 73. Absence de consentement : dispositions générales
73.1. Urgence
73.2. Personne hors d'état d'exprimer sa volonté
Article 74. Refus de soins
74.1. Refus de soins du patient majeur
74.2. Refus de soins du patient mineur et du patient majeur protégé

Chapitre 3. Accompagnement en fin de vie

Article 75. Respect de la volonté des patients
75.1. Autonomie décisionnelle
75.2. Avis consultatifs
75.2.1. Les directives anticipées
75.2.2. La personne de confiance

75.2.3. La famille et les proches
Article 76. Droit à des soins appropriés et prise en charge des symptômes d'inconfort
76.1. Droit à des soins appropriés et principe de proportionnalité
76.2. Droit à la prise en charge de la souffrance
76.3. Droit à une sédation profonde et continue
76.3.1. Droit à une sédation profonde et continue pour les personnes majeures
76.3.2. Droit à une sédation profonde et continue pour les personnes mineures
76.4. Droit à des soins palliatifs
76.5. Droit à l'accompagnement
Article 77. Limitation et arrêt des traitements
77.1. A propos de l'acharnement thérapeutique
77.2. Procédure de limitation et d'arrêt des traitements
77.2.1. Pour les patients majeurs en état d'exprimer leur volonté
77.2.2. Pour les patients hors d'état d'exprimer leur volonté
77.2.3. Patients mineurs et majeurs protégés

Quatrième partie – Droits et devoirs du personnel hospitalier

Chapitre 1. Droits du personnel hospitalier

Article 78. Droit à l'expression directe et collective
Article 79. Droit de grève et service minimum
Article 80. Droit syndical
Article 81. Liberté d'opinion
Article 82. Egalité de traitement
Article 83. Accès aux informations nominatives et dossier du professionnel
Article 84. Droit à la protection fonctionnelle et juridique
Article 85. Droit de retrait et Danger Grave et Imminent (DGI)
Article 86. Droit à la formation
Article 87. Services à la disposition des personnels de l'établissement
87.1. Restauration sur place
87.2. Blanchisserie
87.3. Vestiaire
Article 88. Amicale du personnel
Article 89. Internat
Article 90. Commission de déontologie
Article 91. Référent alerte

Chapitre 2. Devoirs du personnel hospitalier

SECTION 1. PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DE LA PERSONNE SOIGNEE

Article 92. Accueil et respect du libre choix des personnes soignées et de leurs familles
Article 93. Promotion de la bientraitance
Article 94. Devoir d'information du public
Article 95. Respect de la liberté de conscience des personnes soignées et des visiteurs
Article 96. Connaissance et application des différentes chartes
Article 97. Le secret professionnel
Article 98. Discrétion professionnelle
Article 99. Obligation de réserve
Article 100. Respect et préservation de la tranquillité de la personne soignée
100.1. Lutte contre le bruit
100.2. Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
100.3. Comportement général
100.4. Tenue vestimentaire
100.5. Limitation de l'accès à l'hôpital à certaines personnes
100.6. Usage du téléphone portable

SECTION 2. PRINCIPES DE BONNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Article 101. Obligation statutaires
101.1. Obligation d'exercice personnel des fonctions
101.2. Obligation d'exercice exclusif des fonctions et interdiction d'exercer une activité privée à but lucratif
101.3. Responsabilité relative aux biens détenus ou déposés par les patients hospitalisés
101.4. Obligation de probité et de désintéressement
101.5. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce
Article 102. Travail en équipe pluridisciplinaire
Article 103. Règles de comportement
Article 104. Obligation envers les supérieurs hiérarchiques
104.1. Exécution des ordres reçus
104.2. Information du supérieur hiérarchique
104.3. Assiduité et ponctualité
104.4. Témoignage en justice ou auprès des services de police
Article 105. Obligation de signalement des incidents et risques
Article 106. Bon usage des biens de l'hôpital
Article 107. Charte graphique de l'établissement
Article 108. Utilisation des moyens informatiques du CHU
108.1. Règles relatives à la communication par voie électronique
108.2. Règles relatives à la communication par voie électronique par les organisations syndicales
Article 109. Respect des règles d'hygiène et de sécurité
Article 110. Le Règlement en Santé, Sécurité et Conditions de travail

Cinquième partie – Dispositions relatives à la sécurité, à la circulation et au stationnement

SECTION 1. NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

Article 111. Nature et finalité des règles de sécurité
Article 112. Opposabilité des règles de sécurité

SECTION 2. SECURITE GENERALE

Article 113. L'accès au CHU
Article 114. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital

Article 115. Personnels assurant la sécurité générale
Article 116. Matériels de sécurité générale
Article 117. Atteintes au bon fonctionnement du CHU – Règles de responsabilités
Article 118. Les atteintes aux biens de l'établissement
Article 119. Objets et produits interdits, comportements violents
Article 120. Rapports avec l'autorité judiciaire
Article 121. Rapports avec les autorités de police
Article 122. Circonstances exceptionnelles
Article 123. Plan Vigipirate

SECTION 3. SECURITE DE FONCTIONNEMENT

Article 124. La Gestion des Risques
Article 125. La sécurité incendie
Article 126. Interdiction de fumer et de vapoter
Article 127. Sécurité du système d'information
Article 128. Garde technique

SECTION 4. REGLES DE CIRCULATION, DE STATIONNEMENT A L'INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT

Article 129. Voies de desserte
Article 130. Circulation
Article 131. Responsabilité
Article 132. Stationnement
132.1. Dispositions générales
132.2. Stationnement pour les gens du voyage
132.3. Stationnement pour les camping-cars
132.4. Infractions au stationnement

Sixième partie – Dispositions relatives au Règlement Intérieur

Article 133. Approbation du Règlement intérieur
Article 134. Mise à disposition du Règlement intérieur
Article 135. Mise à jour du Règlement intérieur

Préambule

Le présent règlement intérieur du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand est arrêté en application des dispositions légales et règlementaires en vigueur et notamment celles du Code de la Santé publique.

La Directrice générale a arrêté le règlement intérieur après concertation avec le Directoire lors de sa séance du 18 novembre 2024 et avis :

- Du Conseil de Surveillance lors de sa séance du 16 décembre 2024 ;
- De la Commission Médicale d'Etablissement lors de sa séance du 25 novembre 2024 ;
- Du Comité Social d'Etablissement du 17 décembre 2024.

La Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médicotechniques a été informée.

Le présent règlement définit les règles de fonctionnement du CHU, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, de l'accueil et de la prise en charge des usagers, des droits des patients, de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers ainsi que des droits et devoirs du personnel.

La Directrice générale est chargée de veiller à l'application de l'exécution du présent règlement intérieur.

Le règlement intérieur du CHU de Clermont-Ferrand s'applique sur l'ensemble des trois sites du CHU :

- Le site Gabriel Montpied, situé au 58 rue Montalembert à Clermont-Ferrand ;
- Le site Estaing, situé 1 place Lucie et Raymond Aubrac à Clermont-Ferrand ;
- Le site Louise-Michel, situé 61 rue de Châteauguay à Cébazat.

Il s'applique notamment :

- Dans tous les bâtiments appartenant au CHU, dont ceux des écoles et instituts de formation du CHU ;
- Sur les voies terrestres de circulation et de stationnement ;
- Dans les lieux gérés par la direction de site à disposition des étudiants externes, des internes et personnes en mission.

Le présent règlement intérieur est opposable :

- À tous les usagers ;
- À tous les accompagnants des personnes soignées (famille, proche, visiteur…) ;
- À tous les membres du personnel employés par le CHU ;
- À tous les étudiants ;
- À tous les stagiaires intervenant au CHU, dans le cadre d'une convention de stage ;
- À tous les intervenants extérieurs au CHU dans le cadre d'une mission ponctuelle, et plus généralement à tout tiers qui pénètre dans les sites du CHU.

ARTICLE 1er. Présentation générale du CHU de Clermont-Ferrand

Le Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand est un établissement public de santé. Il est une personne morale de droit public, dotée de l'autonomie administrative et financière.

Le CHU de Clermont-Ferrand est composé de 3 sites :

- Le site Gabriel Montpied, situé au 58 rue Montalembert à Clermont-Ferrand.
- Le site Estaing, situé 1 place Lucie et Raymond Aubrac à Clermont-Ferrand.
- Le site Louise-Michel 61 rue de Châteauguay à Cébazat.

Tous les cinq ans, le CHU de Clermont-Ferrand détermine un projet d'établissement qui définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'Université. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et Médicotechniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social, un projet de gouvernance et de management et un volet écoresponsable.

Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L6327-2 et L6327-6 CSP et d'actions de coopération. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée.

Le CHU de Clermont-Ferrand dispose d'autorisations sanitaires pour :

- la médecine,
- la chirurgie, chirurgie cardiaque et neurochirurgie,
- les soins médicaux et de réadaptation,
- les soins critiques,
- le traitement du cancer,
- la radiologie diagnostique,
- la radiologie interventionnelle,
- les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie,
- la psychiatrie,
- les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal
- la gynécologie-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale
- les soins de longue durée,
- les greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques
- la médecine d'urgence,
- le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale
- le diagnostic prénatal,
- la génétique.

Il dispose également d'autorisations pour les équipements matériels lourds suivants :

- Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique
- Scanographe à utilisation médicale

Depuis 2016, le CHU de Clermont-Ferrand est également l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Territoires d'Auvergne, composé de 14 établissements (CH de Montluçon-Néris-les-Bains, CH de Moulins-Yzeure, CH de Vichy, CH Spécialisé d'Ainay-le-Château, Hôpital Cœur du Bourbonnais, CH de Bourbon l'Archambault, CHU de Clermont-Ferrand, CH d'Ambert, CH de Billom, CH Etienne Clémentel, CH d'Issoire, CH du Mont Dore, CH de Riom, CH de Thiers). Ces établissements ont convenu d'une convention constitutive dont l'un des premiers objectifs a été la définition d'un Projet Médical Partagé.

ARTICLE 2. Principes fondamentaux du service public hospitalier

Le CHU de Clermont-Ferrand assure une mission de service public. Par conséquent, il est soumis à l'ensemble des principes fondamentaux applicables à tous les services publics, indépendamment de leur caractère administratif ou industriel et commercial, et indépendamment de leur mode de gestion. Il est également soumis aux articles L6112-1 et suivants du CSP relatifs au service public hospitalier.

Le CHU est tenu d'assurer la continuité du service public et sa régularité, et par conséquent, la permanence des soins.

Il est également soumis au principe d'adaptation ou de mutabilité, impliquant une adaptation constante du service aux évolutions extérieures comme internes au service.

Enfin, conformément au principe d'égalité, aucune discrimination ne peut être établie entre les usagers.

ARTICLE 3. Directions communes

Une convention de direction commune a été conclue intégrant à la direction du CHU les directions :

- Du Centre Hospitalier Guy Thomas à Riom
- Du Centre Hospitalier Paul Ardier à Issoire
- Du Centre Hospitalier du Mont-Dore
- Du Centre Hospitalier Etienne Clémentel à Enval
- Du Centre Hospitalier de Billom
- Du Centre Hospitalier de Montluçon-Néris-les-Bains

PREMIERE PARTIE

L’organisation institutionnelle du CHU de Clermont-Ferrand

Chapitre 1. Direction et instances représentatives

ARTICLE 4. Les organes administratifs décisionnels[1]

4.1. Le Conseil de Surveillance

4.1.1. Attributions

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

Le Conseil de Surveillance délibère sur :

- Le projet d'établissement mentionné à l'article L6143-2 du CSP et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ;
- La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L6142-5 du CSP ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par la Directrice générale ;
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L6145-7 CSP ;
- Le plan pluriannuel d'investissement.

Le Conseil de Surveillance donne son avis sur :

- L’état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- La charte de gouvernance mentionnée au III de l'article L6143-7-3 ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L6148-2 du Code de la santé publique ;
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire (GHT) ;
- Le présent règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance est informé :

- Des délégations de signature ;

[1] Articles L6143-1 à L6143-8 du Code de la santé publique

- Du Plan Blanc ;
- Du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'ARS et l'établissement ainsi que ses modifications ;
- Annuellement de l'état du patrimoine composant la dotation non affectée, des concessions de logements pour nécessité ou utilité de service et des dépenses afférentes de travaux et d'entretien ;
- De la nomination, et le cas échéant, la révocation par la Directrice générale des membres du directoire.

Le conseil de surveillance se voit présenter :

- Les observations de la Directrice générale de l'agence régionale de santé sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier ;
- Les actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le CHU avec lequel l'établissement a conclu une convention au titre de l'article L6142-5 ;
- Le bilan, élaboré conjointement par la Directrice générale et la présidente de la commission médicale d'établissement, des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du GHT.

Le Conseil de Surveillance communique à la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé ses observations sur le rapport annuel présenté par la Directrice générale 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. La Directrice générale 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 réseaux validés en concertation avec le directoire.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L6145-16 CSP, le Conseil de Surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le Conseil de Surveillance entend la Directrice générale 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.

4.1.2. Composition

Le Conseil de Surveillance du CHU est composé de 15 membres.

Il est composé de 3 collèges de 5 membres où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels de l'établissement, et des personnalités qualifiées dont des représentants des usagers.

Assistent également aux séances du Conseil de Surveillance, avec voix consultative :

- La Présidente de la Commission Médicale d'établissement (CME), Vice-présidente du Directoire ;
- La Directrice générale de l'Agence Régionale de la Santé ou son représentant ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé ;
- Le Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;
- Le Directeur de la caisse d'assurance maladie ;
- Un représentant des familles des personnes accueillies dans les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ou en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ;

- La Directrice générale participe au Conseil de Surveillance. Il peut également faire appel à des membres invités. Il peut s'agir d'invitation permanente ou d'invitation ponctuelle.

Le Président du Conseil de Surveillance peut faire appel :

- Au Président de l'Université Clermont-Auvergne à titre permanent ;
- À des membres invités ponctuels selon l'ordre du jour.

Peuvent demander à participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, les parlementaires élus dans la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé.

4.2. La Directrice générale

4.2.1. Attributions générales

La Directrice générale du CHU, présidente du Directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Elle représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. La Directrice générale est compétente pour régler les affaires de l'établissement autres que celles établies en concertation avec le Directoire et celles qui relèvent de la compétence du Conseil de surveillance. Elle participe aux séances du Conseil de Surveillance et exécute ses délibérations.

La Directrice générale dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose à la Directrice générale du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins.

Elle exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques et 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.

La Directrice générale est également ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.

Dans le cadre du GHT, le directeur de l'établissement support du groupement exerce, par dérogation, ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L6132-3 CSP.

4.2.2 Attributions partagées

Après concertation avec le Directoire, la Directrice générale :

- Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L6114-1 ;
- 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 Médicotechniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et Médicotechniques en ce qui concerne les équipements médicaux et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L6145-1 et le plan global de financement pluriannuel, après avis du conseil de surveillance ;
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médio-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent

conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L6146-1 ;
- Peut proposer à la Directrice générale de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L6327-2 et L6327-6 ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L6148-3 ;
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- Arrête le présent règlement intérieur de l'établissement ;
- 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 ;
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L6143-3 ;
- 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, mentionné à l'article L3131-7 ;
- Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L6145-7.
- 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 L162-17-8 et L162-17-9 du code de la sécurité sociale.

4.2.3. Equipe de Direction

La Directrice générale a le pouvoir de transiger. Elle peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Elle est assistée d'une équipe de direction constituée :

- De la Directrice générale adjointe ;
- Des Directeurs des soins et des pôles administratifs (ou directions fonctionnelles) ;
- Des Directeurs de site

Les directions fonctionnelles du CHU sont les suivantes :

- La Direction des Affaires Financières
- La Direction de la Facturation ;
- La Direction des Ressources Humaines ;
- La Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation ;
- La Coordination générale des soins ;
- La Direction des Affaires médicales ;
- La Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques, et des Droits des Usagers ;
- La Direction des Travaux, de l'Environnement et de la Sécurité ;

- La Direction des Affaires juridiques, de la Transition écologique et des Relations internationales ;
- La Direction des Achats et Logistiques ;
- La Département de l'Information Médicale ;
- La Direction des systèmes d'information ;
- La Direction des Activités Médicotechniques ;
- La Direction du site Gabriel Montpied ;
- La Direction du site Estaing ;
- La Direction du site Louise-Michel ;
- La Direction du pôle psychiatrie incluant le Centre Ressources Autisme.

La direction du CHU comporte également la Direction des Instituts de Formation et des Ecoles.

4.2.4. Astreintes de direction

Dans le cadre d'une présence permanente d'une autorité responsable, la Directrice générale organise, avec son équipe de direction, et selon un calendrier établi par ses soins, une astreinte administrative. Cette astreinte est organisée pour faire face à tout évènement susceptible d'entraver le fonctionnement normal de l'établissement.

Pendant son astreinte, le directeur remplissant les fonctions d' « administrateur de garde » est investi par délégation de la compétence et de la responsabilité de la Directrice générale. Il lui appartient d'avertir cette dernière des événements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'entraver le bon fonctionnement du CHU, d'engager sa responsabilité ou de nuire à l'image du CHU.

4.3. Le Directoire

4.3.1. Attributions

Le Directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et Médicotechniques et prépare sur cette base le projet d'établissement.

Il conseille également la Directrice générale dans la gestion et la conduite de l'établissement.

4.3.2. Composition

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

Le directoire comporte onze membres avec voix délibérative, dont des membres de droit et des membres nommés.

Parmi les membres de droit, figurent :

- La Directrice générale, président du directoire ;
- La Présidente de la commission médicale d'établissement, première vice-présidente, chargée des affaires médicales ;
- Le Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale, vice-président doyen ;
- La Présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et Médicotechniques.

La Directrice générale nomme :

- Un vice-président chargé de la recherche,
- Un membre du personnel non médical,
- Cinq membres qui appartiennent aux professions médicales.

La Directrice générale nomme le vice-président chargé de la recherche sur présentation d'une liste de proposition établie conjointement par le président de l'INSERM, du président de l'Université Clermont-Auvergne et du vice-président doyen. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée à la Directrice générale dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition conjointe ou à défaut de proposition dans le délai précité, la Directrice générale nomme le vice-président chargé de la recherche.

La Directrice générale peut faire appel à des invités permanents, ou ponctuels selon l'ordre du jour.

ARTICLE 5. La Commission médicale d'Etablissement

5.1. Attributions générales[2]

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement. Elle participe à leur mise en œuvre. Elle contribue à la définition de la politique d'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 ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

Elle est consultée sur des matières suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L6143-1 du code de la santé publique ;
- 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 ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L6143-3 du code de la santé publique ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L6143-7 du code de la santé publique. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins mentionnée à l'article L6146-1-2 du code de la santé publique ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance mentionnée à l'article L6149-1 du code de la santé publique ;
- Les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures lorsque sont mises en œuvre les dispositions du premier alinéa de l'article L6146-1-2 et du premier alinéa de l'article L6149-1 du code de la santé publique.

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

- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L6112-2 du code de la santé publique.
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

[2] Articles R. 6144-1 à R. 6144-1-1 du Code de la santé publique

- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 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 ;
- 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.

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

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- Les contrats de pôles ;
- Le bilan annuel des tableaux de service ;
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- 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 :

- Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- 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 ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 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 ;
- 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 ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 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 veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé définis au niveau du groupement.

5.2. Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins[3]

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

- 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 ;

[3] Articles R. 6144-2 à R. 6144-2-2 du Code de la santé publique

- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- La prise en charge de la douleur ;
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

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

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- L'organisation des parcours de soins

La CME propose au Directeur le programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L6111-2 du Code de la santé publique. 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.

La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et Médicotechniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La CME élabore 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 de la Directrice générale de l'agence régionale de santé.

5.3. Instances placées sous l'égide de la CME

Le CHU de Clermont-Ferrand est doté d'instances compétentes, placées sous l'égide de la Commission Médicale d'Etablissement, pour l'examen des questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des Usagers.

Parmi ces instances figurent notamment :

- Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ;
- Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) ;
- Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) ;
- La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) ;
- La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (COPS) ;
- Le Comité de Sécurité Transfusionnel et d'Hémovigilance (CSTH) ;
- La Commission Dossier Patient

Les missions et l'organisation de ces différentes instances sont définies dans le Manuel Qualité et Gestion des Risques, et dans leurs règlements intérieurs annexés au présent Règlement.

5.4. Composition[4]

Conformément à l'article R. 6144-3 du Code de la santé publique, la composition de la Commission Médicale d'Etablissement du CHU est fixée comme suit :

[4] Articles R6144-3 à R6144-3-2 du Code de la santé publique

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et Médicotechniques de l'établissement ;
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement ;
- Des représentants élus des sages-femmes ;
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie ;
- Des représentants des étudiants hospitaliers.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le président du Directoire ou son représentant ;
- Le président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et Médicotechniques ;
- Le praticien référent de l'information médicale ;
- Le représentant du Comité Technique d'Etablissement, élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par La Directrice générale.

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

5.5. Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)[5]

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement, vice-président du Directoire, est chargé, conjointement avec La Directrice générale, 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 du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au directeur par la Commission Médicale d'Etablissement en vertu du l'article L6144-1 du Code de la santé publique.

Le président de la CME élabore avec le Directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

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

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- 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.

[5] Articles D6143-37 à D6143-37-5 du Code de la santé publique

ARTICLE 6. Le Comité Social d'Etablissement (CSE)[6] et sa formation spécialisée en matière de santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT)[7]

Cf Règlement Intérieur du CSE

6.1. Attributions

6.1.1 Le Comité Social d'Etablissement connaît des questions relatives :

- Aux orientations stratégiques de l'établissement et à celles inscrivant l'établissement dans l'offre de soins au sein de son territoire ;
- A l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus ;
- A l'organisation interne de l'établissement ;
- Aux orientations stratégiques sur les politiques de ressources humaines ;
- Aux enjeux et aux politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations et informer annuellement de l'état et de sa mise en œuvre ;
- Aux lignes directrices de gestion en matière de promotion et valorisation des parcours professionnels;
- A 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 y afférentes ;

Le Comité Social d'Etablissement est également consulté sur les matières suivantes :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- Le plan global de financement pluriannuelle (PGFP) ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 (7°) du code de la santé publique ;
- 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 du Conseil de Surveillance
- 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

Il est également informé de l'EPRD et de la situation budgétaire de l'établissement, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ainsi que du budget et des décisions sur les propositions au Direction Général de l'ARS sur la constitution et la participation à des formes de coopération.

6.1.2 La F3SCT

La F3SCT connait des 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 y afférente. Elle est consultée sur :

- la teneur des règlements et consignes en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail ;

[6]Article L251-11 du Code Général de la Fonction Publique
[7]Article L251-12 du Code Général de la Fonction Publique

- les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail à l'exception des projets s'intégrant dans une réorganisation de service examinés directement par le CS;
- sur les projets importants d'introduction de nouvelles technologies;
- Sur le Plan Blanc;
- 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
- le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

La F3SCT procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents et peut proposer des actions de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail.

La F3SC dispose d'un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent avéré. La Directrice d'établissement ou son représentant procède à une enquête avec le représentant de la formation spécialisée qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

6.2. Composition

Le CSE et sa formation spécialisée, la F3SCT, composés de représentants du personnel élus, sont présidés par la Directrice générale ou son représentant.

Un représentant de la CME assiste avec voix consultative à chaque réunion du CSE.

Siègent également à la F3SCT :

- deux représentants titulaires des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes, désignés par la CME ;
- les médecins du travail
- les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés
- le représentant du service compétent en matière d'hygiène
les agents de contrôle de l'Inspection du Travail.

Le CSE et la F3SCT se réunissaient à minima une fois par trimestre. Par ailleurs les réunions ont lieu sur convocation du Président soit à son initiative soit sur demande écrite de la moitié au moins des représentants du personnel titulaire. La convocation du CSE est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

A son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance, le Président peut convoquer des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point précis inscrit à l'ordre du jour du CSE ou de la F3SCT.

ARTICLE 7. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, et Médicotechnique (CSIRMT)[8]

7.1. Attributions

[8] Articles R6146-10 à R6146-16 du Code de la santé publique

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est consultée pour avis sur :

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

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L6146-2 du Code de la santé publique (admission de praticiens exerçant à titre libéral) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La CSIRMT est dotée d'un règlement intérieur qui détaille ses compétences, sa composition et son fonctionnement. Il est actualisé en tant que de besoins.

7.2. Composition

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques du CHU de Clermont-Ferrand comprend 32 membres titulaires, issus de trois collèges :

- Collège des cadres de santé et cadres supérieurs de santé (12 titulaires et 12 suppléants) ;
- Collège des personnels Infirmiers de Rééducation et Médico techniques (16 titulaires et 16 suppléants) réparti en 3 groupes (personnels infirmiers, personnels de rééducation, personnel médicotechnique) ;
- Collège des aides-soignants (4 titulaires et 4 suppléants).

La Coordinatrice générale des Soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est membre de droit et préside la CSIRMT. En cas d'absence imprévue, la présidence est assurée par un des deux directeurs de soins de site. Ce dernier assure cette présidence par délégation.

Des membres avec voix consultative participent aux séances de la CSIRMT. Ce sont :

- Le ou les directeurs des soins qui assistent la coordinatrice générale des soins ;
- Le ou les directeurs des soins chargés des écoles et instituts de formation paramédicaux rattachés au CHU ;
- Un représentant des étudiants infirmiers de troisième année désigné par le directeur de l'IFSI, après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de l'institut ;
- Un représentant des étudiants manipulateurs en électroradiologie de troisième année désigné par le directeur de l'IFMEM, après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de l'institut ;
- Un étudiant aide-soignant désigné par le directeur de l'institut de formation des aides-soignants, après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique ;
- Un représentant de la CME.

7.3. Coordonnateur général des Soins

Le Directeur des soins, coordonnateur général des soins, exerce, sous l'autorité de la Directrice générale, les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et Médicotechniques.

Il est membre de l'équipe de direction.

Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques, il est également membre de droit du Directoire. A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et Médicotechniques.

Sous l'autorité du Directeur d'établissement :

- Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement ;
- Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et en assure l'animation et l'encadrement ;
- Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Il participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins ;
- Il contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement ;
- Dans le respect des compétences déléguées aux Chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins.
- Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications ;
- Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ;
- Il propose la définition d'une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves en stage en collaboration avec les directeurs des instituts et écoles de formation, met en œuvre et évalue cette politique. Il est membre de droit des conseils techniques et pédagogiques des instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement ;

Il formule des propositions auprès du directeur d'établissement sur les programmes de recherche en soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Il remet également à la Directrice générale un rapport annuel des activités de soins infirmiers, médicotechniques et de rééducation, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

ARTICLE 8. Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)

Les 10 Commissions Administratives Paritaires locales (CAPL) du CHU et les Commissions départementales (CAPD), dont le CHU assure la gestion, sont compétentes pour examiner les situations de personnels stagiaires et titulaires de la fonction publique hospitalière, à l’exclusion des agents contractuels.

Lorsqu'une Commission Administrative Paritaire locale ne peut être réunie conformément aux dispositions applicables, la Commission Administrative Paritaire Départementale est compétente.

Ces commissions, présidées par le Président du Conseil de Surveillance du CHU où son représentant, sont paritaires en ce qu'elles comprennent en nombre égal, des représentants de l'administration et des représentants élus du personnel, déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent.

Les CAP connaissent entre autres, des questions d'ordre individuel relatives aux refus de titularisation et des licenciements en cours de stage en cas d'insuffisance professionnelle ou de faute disciplinaire, à la révision du compte-rendu de l'entretien professionnel et se réunissent également en conseil de discipline pour l'examen des propositions de sanction des deuxième, troisième et quatrième groupes.

ARTICLE 9. La Commission de l'Activité Libérale (CAL)

Conformément à l'article L6154-5 du Code de la santé publique, dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale 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.

Sous réserve du respect du secret médical, cette commission a accès à toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale, en vue d'exercer les prérogatives prévues au présent chapitre.

Pour l'exercice de ces missions, en cas d'activité partagée, les informations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L6154-3 CSP sont transmises par le directeur de l'établissement où s'exerce l'activité libérale au directeur de l'établissement d'affectation du praticien.

Cette Commission peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par :

- La Directrice générale 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'Etablissement,
- 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 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.

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.

ARTICLE 10. La Commission Des Usagers (CDU)[9]

10.1. Attributions

La Commission des usagers contribue par ses avis et propositions à l'élaboration et à l'amélioration de la politique de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Elle veille également au respect des droits des usagers.

Pour ce faire, elle est consultée sur l'ensemble des projets institutionnels modifiant les parcours patients. Elle est informée de la stratégie « expérience patient » mise en place au CHU.

Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. La commission reçoit les informations nécessaires à l'exercice de ses missions.

Les propositions de la Commission des usagers sont examinées pour élaborer le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) du CHU.

Ses missions sont :

- La participation aux démarches d'amélioration de la qualité et de certification,
- L'information de la survenue d'évènements indésirables graves ou potentiellement graves et des actions menées par l'établissement pour y remédier,
- L'information de l'ensemble des réclamations et remerciements,
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un projet des usagers,
- L'approbation d'un rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention,
- Le recueil des observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec le CHU,
- Un compte-rendu de ses analyses et propositions dans un rapport annuel.

La Commission formule également des recommandations, notamment en matière de formation des personnes, 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.

10.2. Gestion des plaintes et réclamations des usagers

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées est géré, par délégation de la Directrice générale, par la Direction qualité, gestion des risques et droits des usagers, et sont tenues à la disposition des membres de la Commission.

[9] Articles L. 1112-3, R. 1112-79 à R. 1112-94 du Code de la santé publique

La Commission des usagers analyse la synthèse des réclamations en lien avec les parcours de soins des patients à l'extérieur des services du CHU et en lien avec les établissements adresseurs en direction commune du CHU ou dans le GHT le cas échéant, ou la médecine de ville.

La Commission des usagers, en lien avec la Commission des usagers du GHT, analyse la synthèse des réclamations relatives aux parcours de soins sur le territoire, incluant les établissements d'amont et d'aval et/ou la médecine de ville.

10.3. Composition

La Commission des usagers est composée de membres à voix délibérative :

- La directrice de la qualité, gestion des risques et droits des usagers, désigné par la Directrice générale
- Un médiateur médecin et son suppléant désignés par la Directrice générale du CHU après avis de la CME ;
- Un médiateur non médecin et son suppléant désignés par la Directrice générale du CHU parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par la Directrice générale de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L 1114-1 du Code de la santé publique ;
- La Présidente de la Commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette Commission ;
- Un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CSIRMT) ;
- Un représentant du Conseil de surveillance et son suppléant choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Sont invités permanents à la Commission et ont une voix consultative :

- Les Directeurs des sites du CHU (Gabriel Montpied, Estaing, et Louise Michel) ou leurs représentants.

La Commission peut également entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Une liste de médiateurs médicaux, non membres de la CDU, est mise en place en complément des médecins médiateurs, membres de la CDU. Il peut être fait appel, en tant que de besoin, à ces praticiens pour assurer des médiations médicales.

La Directrice générale du CHU arrête la liste nominative des membres de la commission, ainsi que des médiateurs médicaux, non membres de la CDU. La présidence est attribuée à un représentant des usagers.

ARTICLE 11. Le Comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique[10]

11.1. Attributions

Au CHU de Clermont-Ferrand, un Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique veille à la coordination des activités de recherche exercées le CHU. Ce Comité a pour mission notamment de :

- D'assurer la cohérence et la complémentarité de l'action en recherche ;

[10] Articles R6142-42 à R6142-48 du Code de la santé publique

- De définir une stratégie de recherche commune déclinée en objectifs de recherche partagés, formalisées au sein du projet stratégique de chaque partenaire

Le Comité est consulté sur les projets concernant :

- Les modifications et le renouvellement de la convention entre le CHU et l'Université pour la mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire ;
- Les conventions d'association prévues à l'article L6142-5 du Code de la santé publique ;
- La politique de recherche du CHU ;
- Le volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L6114-1 des CHU et de chacun des établissements de santé associés aux missions du CHU dans le cadre des conventions prévues à l'article L6142-5 du Code de la santé publique.
- Le projet de recherche des pôles d'activité ;
- La participation du CHU aux structures de coopération prévues aux articles L344-1 à L344-3 du Code de la recherche.

11.2. Fonctionnement

Le Comité se réunit sur convocation de son président. La convocation comporte l'ordre du jour arrêté par le président. Elle est adressée aux membres du comité, sauf urgence, sept jours au moins avant la date de leur réunion.

Le Comité siège valablement lorsque la majorité de ses membres est présente. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée dans le délai de sept jours aux membres du Comité, qui siège alors valablement, quel que soit le nombre de membres présents.

Le Comité se prononce dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la demande d'avis. A défaut de réponse dans ce délai, son avis est réputé émis.

En cas de partage égal des voix, le président du Comité dispose d'une voix prépondérante.

11.3. Composition

Le Comité comprend douze membres qualifiés dans le domaine de la recherche :

- Quatre représentants du CHU désignés conjointement par la Directrice générale et la Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement après avis du Directoire et de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- Quatre représentants de l'Université désignés conjointement par le Président de l'Université et les directeurs des unités de formation et de recherche de médecine, pharmacie et odontologie ;
- Quatre représentants des organismes de recherche associés aux missions du CHU dans le cadre des conventions prévues à l'article L6142-5, désignés par la Directrice générale de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, après consultation de leur directeur.

Eu égard à l'organisation antérieure des discussions relatives à la politique de recherche, il a été décidé, d'un commun accord entre la Directrice générale du CHU et le Président de l'université, que ces derniers ainsi que la Présidente de la CME seraient membres du Comité de la Recherche Biomédicale et en Santé publique.

La présidence du Comité est assurée alternativement par La Directrice générale du CHU et le Président de l'Université. Les membres du Comité élisent parmi eux un président et un vice-président pour une période de deux ans. La présidence est assurée alternativement par un membre représentant le CHU et un membre représentant l'université.

Chapitre 2. Organisation des soins et activités de recherches

SECTION 1. ORGANISATION DES SOINS

ARTICLE 12. Dispositions et principes généraux de l'organisation des soins

12.1. La permanence des soins

Le CHU de Clermont-Ferrand, assurant le service public hospitalier, et les professionnels de santé pratiquant en son sein, garantissent à toute personne qui recourt à leurs services, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'Agence Régionale de Santé compétente dans les conditions prévues par le Code de la santé publique, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires[11].

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

Par conséquent, les membres du personnel médical doivent :

- Assurer le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des personnes soignées hospitalisés, soins et consultations des personne soignées externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens) ;
- Participer à la permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service, conformément au plan d'accueil des personnes soignées ou blessés en urgence.

La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (COPS) définit annuellement, avec La Directrice générale, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activités.

12.2. La coordination des soins

L'ensemble des professionnels hospitaliers du CHU, quel que soit leur qualification ou leur statut, concourt à la prise en charge des patients.

Leurs activités sont organisées de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients.

Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

ARTICLE 13. Pôles hospitalo-universitaires

13.1. La présentation des pôles du CHU de Clermont-Ferrand

Le CHU de Clermont-Ferrand compte 10 pôles cliniques :

- Le pôle de spécialités médicales et chirurgicales,

[11]Article L6112-2 du Code de la santé publique

- Le pôle de médecine péri-opératoire,
- Le pôle femme et enfant,
- Le géronto-pôle,
- Le pôle MNDO
- Le pôle Médico-Chirurgical des Pathologies Cardiovasculaires,
- Le pôle de psychiatrie enfant-adulte,
- Le pôle Urgences,
- Le pôle RHEUNNIRS,
- Le pôle MOBEX.

Il dispose également de 3 pôles Médicotechniques :

- Le pôle pharmacie,
- Le pôle de biologie médicale et anatomie pathologique,
- Le pôle imagerie diagnostique et radiologie interventionnelle

Le CHU comprend également un pôle de Santé publique.

13.2. Les chefs de pôles

13.2.1. Nomination

Pour les pôles d'activité clinique ou médicotechnique, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement, du président de la commission médicale d'établissement et du doyen-directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Les chefs de pôle sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique les praticiens mentionnés à l'article L6151-1 et aux 1°, 2° et 3° de l'article L6152-1 du code de la santé publique.

Le président de la commission médicale d'établissement, le directeur de l'établissement et le Doyen-Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale signent conjointement avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

13.2.2. Attributions

Le Chef de pôle :

- Met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle ;
- 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.

L’autorité fonctionnelle consiste dans le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel il s’exerce. En revanche cette autorité fonctionnelle n’inclut pas les prérogatives liées à la qualité d’autorité investie du pouvoir de nomination (détenues par le Directeur Général) et qui portent sur la gestion des carrières et le pouvoir disciplinaire. Elle ne s’applique pas non plus à l’exercice clinique des praticiens dès lors que celui-ci est conforme aux obligations déontologiques, aux règles d’éthique et d’exercice professionnel (code de déontologie, réglementation, référentiels nationaux, internes à l’établissement ou au 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.

Les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le règlement intérieur de l'établissement notamment dans les matières suivantes :

- La recherche clinique et l'innovation ;
- L'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue ;
- La qualité et la sécurité des soins et des prises en charge ;
- L'organisation de la continuité et de la permanence des soins ;
- La coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient ;
- La gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures ;
- Les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes.

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur général propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

13.3. Le contrat de pôle[12]

Le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

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

Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;

Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;

Dépenses à caractère hôtelier ;

Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;

Dépenses de formation de personnel.

Le contrat de pôle définit les modalités d'une subdélégation éventuelle de la signature du chef de pôle aux chefs de service permettant d'engager des dépenses dans ces différents domaines.

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

Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;

Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;

Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;

Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;

Affectation des personnels au sein du pôle ;

[12] Article R. 6146-8 du Code de la santé publique

Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;

Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

13.4. Le projet de pôle[13]

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle, en association avec les chefs de service et les cadres de santé, élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

ARTICLE 14. Organisation hospitalo-universitaire

Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et postuniversitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux.

Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie.

Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les unités de formation et de recherche de médecine. Elles doivent permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière.

ARTICLE 15. Organisation des équipes médicales

15.1. Praticiens séniors

15.1.1. Personnel hospitalo-universitaire

Dans les centres hospitaliers et universitaires, les fonctions universitaires et hospitalières sont exercées conjointement et à temps plein par :

1° Des agents titulaires groupés en deux corps :

a) Le corps des maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers ;

b) Le corps des professeurs des universités-praticiens hospitaliers ;

2° Les praticiens hospitaliers universitaires qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;

3° Des agents non titulaires :

a) Les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux dans les disciplines médicales cliniques et odontologiques ;

b) Les assistants hospitaliers universitaires dans les disciplines médicales biologiques et mixtes et dans les disciplines pharmaceutiques.

Les disciplines dans lesquelles ces agents exercent peuvent être différentes pour les fonctions universitaires et pour les fonctions hospitalières.

[13] Article R. 6146-9 du Code de la santé publique

Les membres du personnel enseignant et hospitalier sont répartis en trois catégories :

- Professeur des Universités (PU-PH) ;
- Maitre de conférences des Universités (MCU-PH) ;
- Chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux (CCU-AH).

Les membres du personnel enseignant et hospitalier des CHU, exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière. L'accès à leur double fonction est assuré par un recrutement commun.

Ils sont nommés par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ou sur le rapport de ces ministres.

Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut.

Les effectifs du personnel faisant l'objet du présent article sont fixés, pour chaque centre et pour chaque catégorie, par décision commune des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

15.1.2. Praticiens hospitaliers

Les praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le CHU.

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

Les médecins, odontologistes et pharmaciens des hôpitaux nommés à titre permanent constituent le corps unique des praticiens hospitaliers dans toutes les disciplines médicales, biologiques, pharmaceutiques, odontologiques et leurs spécialités.

Ils portent le titre de médecin, chirurgien, psychiatre, spécialiste, biologiste, pharmacien ou odontologiste des hôpitaux.

Les praticiens hospitaliers peuvent également exercer leur activité dans plusieurs établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Avec l'accord du praticien concerné, après avis motivé du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle, sur proposition du chef de service, une convention est passée à cet effet entre les établissements. Elle détermine les modalités de répartition de l'activité des praticiens entre ces établissements ainsi que la fraction des émoluments, indemnités et allocations et des charges annexes qui est supportée par chacun d'entre eux.

Dans le cadre de leurs obligations de service, les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein peuvent également pratiquer une activité ambulatoire en dehors de leur établissement d'affectation dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

Un praticien hospitalier ne peut exercer dans un autre établissement public de santé que sous le statut de praticien hospitalier.

15.1.3. Praticiens contractuels

Le CHU peut recruter des médecins, des pharmaciens et des odontologistes en qualité de praticiens contractuels.

Il peut s’agir d’assistants des hôpitaux ou de praticiens contractuels.

Les praticiens contractuels assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le CHU.

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

Le praticien contractuel ne peut être recruté que dans les cas et conditions suivants :

• Pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité ; le contrat est conclu pour une durée initiale de six mois maximum. Il est renouvelable pour une période maximale de six mois sans que la période totale d'exercice de ces fonctions au sein d'un même établissement ne puisse excéder deux ans ;

• En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ; le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum, sans que la période totale d'exercice de ces fonctions au sein d'un même établissement ne puisse excéder six ans ;

• Dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au concours national de praticien hospitalier des établissements publics de santé ; le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans ;

Pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés mentionnés à l'article L6111-1 du code de la santé publique ; le contrat est conclu pour une durée maximale de trois ans ; il est renouvelable par décision expresse dans la limite d'une durée maximale de six ans ; à l'issue d'un ou plusieurs contrats conclus pour une durée cumulée de trois ans, le contrat peut être renouvelé pour une durée indéterminée ; à compter d'une durée cumulée de six ans sur le même emploi dans le même établissement, le contrat est renouvelé pour une durée indéterminée.

Le praticien contractuel exerçant à temps plein s'engage à consacrer la totalité de son activité professionnelle au sein du CHU, sous réserve des activités autorisées au titre du cumul d’activités et de rémunérations.

L'exercice d'une activité privé lucrative à l'extérieur de l'établissement ne doit pas mettre en cause le bon fonctionnement du service ni nuire à l'accomplissement des missions confiées au praticien.

Le praticien qui envisage d'exercer une activité privée lucrative à l'extérieur de l'établissement en informe par écrit la direction des affaires médicales deux mois avant le début de cette activité et fournit les justificatifs attestant du lieu d'exercice de cette activité et du type de mission.

15.2. Internes

Les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation générale ou spécialisée, qui consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales, Médicotechniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur formation. Ils exercent leurs fonctions par délégation et sous l’autorité du praticien agréé auprès duquel l’Agence Régionale de Santé les a affectés.

Les internes sont soumis au règlement des établissements dans lesquels ils exercent leurs activités.

Ils participent à la permanence des soins.

Les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), chaque jour, aux heures de l’après-midi arrêtées par le responsable de la structure interne concernée du pôle d’activités.

Ils dispensent les soins dont l’urgence ne permet pas d’attendre la venue d’un praticien de la structure médicale où ils sont affectés. En dehors de cas d’urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif que sous la responsabilité du praticien responsable de la structure médicale concernée et à la condition qu’un praticien soit en mesure d’intervenir à tout moment.

Lorsque les internes sont affectés dans des structures d’activités Médicotechniques, ils participent à l’exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

15.3. Etudiants hospitaliers

Les étudiants hospitaliers du deuxième cycle des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de maïeutique ont la qualité d'agent public. Ils participent à l'activité hospitalière, extrahospitalière, et ambulatoire et sont soumis au secret professionnel et à l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leur activité hospitalière et extra hospitalière.

Les étudiants hospitaliers (médecine, odontologie, pharmacie) exercent leurs fonctions en stage (hospitalier et ambulatoire) à mi-temps à raison de 5 demi-journées par semaine en moyenne, lissées sur douze mois hors gardes.

L'étudiant hospitalier est tenu d'assister aux cours, contrôles et examens organisés par son unité de formation et de recherche.

15.4. Sages-femmes[14]

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.

La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

Les sages-femmes peuvent également prescrire et administrer certains vaccins. Elles peuvent prescrire certains dispositifs médicaux et médicaments, ainsi que le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et certains de leurs traitements.

ARTICLE 16. Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie intérieure

Les pharmaciens exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) exercent personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie qui exercent sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien.

D'autres catégories de personnel peuvent être affectées à la PUI pour y effectuer sous la responsabilité technique du pharmacien des tâches particulières : agents hospitaliers, techniciens de laboratoire, secrétaires, agents administratifs, logisticien, ouvriers, etc. conformément au Code de la Santé Publique. Les PUI autorisées accueillent des internes en pharmacie et des étudiants en 5ème année hospitalo-universitaire en pharmacie.

[14] Articles L4151-1 et suivants du Code de la Santé Publique

Les étudiants hospitaliers en pharmacie participent à l'activité de la pharmacie sous la responsabilité des pharmaciens et sous la surveillance des internes en pharmacie.

Au CHU, la gérance de la pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien exerçant la fonction de responsable de structure interne au sein d'un pôle.

ARTICLE 17. Equipe paramédicale, Médicotechnique et de rééducation

17.1. Cadres supérieurs de santé

En collaboration avec le Chef de pôle, les cadres supérieurs de santé ont pour mission de :

- Planifier, organiser et coordonner les soins / les activités du pôle ;
- Contribuer à la gestion médico-économique au sein du pôle ;
- Décliner le projet de soin institutionnel au sein du pôle en développant la démarche qualité en relation avec le Chef de pôle ;
- Collaborer au pilotage stratégique du pôle ;
- Manager l'équipe d'encadrement de proximité ;
- Mettre en place une politique de communication dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes ;
- Assurer la garde paramédicale les week-ends et fériés.

17.2. Cadres de santé

Ils ont pour mission de :

- Organiser l'activité de soins et des prestations associées ;
- Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations ;
- Développer la culture du signalement et gérer les risques ;
- Développer les compétences individuelles et collectives ;
- Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

17.3. Professionnels des unités de soins

Les professionnels des unités de soins appartiennent à 3 grands groupes de métiers.

Dans le groupe des soins, figurent :

- Les personnels Infirmiers (dont les infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes, puéricultrice, infirmiers en pratiques avancées),
- Les aides-soignants et auxiliaires puéricultrices.

Le groupe des personnels de Rééducation comprend les :

- Corps des psychomotriciens,
- Corps des orthophonistes,
- Corps des orthoptistes,
- Corps des diététiciens,
- Corps des masseurs kinésithérapeutes,
- Corps des pédicures podologues,
- Corps des ergothérapeutes

Parmi les personnels médicotechniques, se trouvent les :

- Corps des audioprothésistes,
- Corps des manipulateurs d’électroradiologie médicale,
- Corps des préparateurs en pharmacie hospitalière,
- Corps des techniciens de laboratoire

Ces professionnels ont pour mission d'accompagner, de soigner, d'éduquer, de rééduquer les personnes hospitalisées en réponse aux besoins de santé préalablement évalués. Leur exercice est règlementé et ils exercent en fonction de leur qualification et diplôme et dans le respect des règles de déontologie.

17.4. Etudiants des Instituts de formation

Ils suivent des enseignements pratiques dispensés au sein de l'établissement et des enseignements théoriques organisés par les écoles paramédicales. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation.

Les étudiants en soins infirmiers contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des personnes soignées et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

SECTION 2. ACTIVITES DE RECHERCHE

ARTICLE 18. Gouvernance de la recherche au CHU de Clermont-Ferrand

Au CHU, la Gouvernance de la recherche est assurée en interne par les deux coordonnateurs de la DRCI :

- Le Président scientifique ;
- Le Directeur de la Recherche.

Ce choix fort traduit l'intérêt porté par la direction Générale du CHU vis-à-vis de l'activité de recherche au sein de l'établissement.

Au cours des cinq dernières années, le renforcement de la structuration et la collégialité de la gouvernance de la DRCI a été une préoccupation constante de la direction de l'établissement. Au-delà de la mise en place d'un Comité de pilotage de la DRCI, le Comité de Recherche en matière de Biomédicale et en Santé Publique (CRBSP) a vu son rôle se renforcer au cours des deux dernières années. Le Comité stratégique hospitalo-Universitaire, dont les missions chevauchaient celles du CRBSP ayant eu un rôle plus en retrait.

Le COMEX de la DRCI est l'organe stratégique, responsable de la mise en œuvre de la politique de recherche du CHU. Il est chargé de définir et suivre les orientations thématiques prioritaires du CHU, les règles d'allocation des ressources, la politique de valorisation, le soutien aux publications, l'organisation des appels d'offres internes, gestion des plateformes. Deux fois par an, en présence de la Directrice générale, de la Présidente de la CME et du Doyen de l'UFR de médecine et des professions paramédicales, il devient un conseil scientifique.

ARTICLE 19. La Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) : structure dédiée à l'accompagnement de la recherche

La DRCI apporte un appui et une expertise aux porteurs de projets de recherche clinique et d'innovations diagnostiques et thérapeutiques. La structuration de la DRCI, soutenue par l'attribution d'une Mission d'Intérêt Général (MIG) spécifique correspond aux missions définies par une circulaire de 2011 :

- Elle est chargée de la gestion administrative, juridique et financière des projets de Recherche Clinique se déroulant au sein du CHU.

- Elle a également un rôle de soutien des investigateurs tout au long de l'étude, de l'élaboration du projet de recherche jusqu'à sa clôture. Pour les Recherches impliquant la personne humaine promues par le CHU, elle assure la responsabilité du promoteur dans le cadre de la réglementation en vigueur et du respect des bonnes pratiques cliniques (BPC)
- Elle est chargée de l'instruction des divers types d'Appels d'Offres proposés aux investigateurs (PHRC, ANR, ANSM, Projets sites, Projets Européens…)
- Elle assure les missions d'information, de formation et de valorisation de la recherche.

A ces missions régaliennes, le CHU de Clermont-Ferrand a souhaité identifier deux autres missions clés au sein de la DRCI :

- La promotion de l'innovation (coordination de la Commission de l'innovation, des appels à projets médico-économiques de la DGOS, type PRME et études internes) ;
- La valorisation pour les questions juridiques de propriété intellectuelle (partenariat public/privé notamment) et les contrats de coopérations et les financements.

ARTICLE 20. Recherches Impliquant la Personne Humaine (RIPH) : conditions de mise en œuvre des activités de recherche

Les recherches impliquant la personne humaine sont des recherches organisées et pratiquées sur des personnes volontaires saines ou malades, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales qui visent à évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain, normal ou pathologique ou l'efficacité et la sécurité de la réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques[15].

La mise en œuvre d'une recherche implique d'établir un projet de recherche (protocole de recherche, les objectifs, la conception, la méthode, …).

Ensuite, il convient de saisir le Comité de protection des personnes qui rend un avis sur les conditions de validité de la recherche conformément aux règles de procédure.

Seules les recherches interventionnelles comportant une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en habituelle doivent être soumise à autorisation. Les autres recherches impliquent que le promoteur adresse une copie de l'avis favorable du Comité de protection des personnes et un résumé de la recherche à l'ANSM.

Les recherches ne peuvent être réalisées que dans un lieu disposant des moyens humains, matériels et techniques adaptés à la recherche et compatibles avec les impératifs de sécurité des personnes qui s'y prêtent[16].

Ce lieu doit être autorisé, à cet effet, pour une durée déterminée, lorsqu'il s'agit de recherches mentionnées au 1° de l'article L1121-1 (Les recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle) réalisées en dehors des lieux de soins, ainsi que dans des services hospitaliers et dans tout autre lieu d'exercice des professionnels de santé lorsque ces recherches nécessitent des actes autres que ceux qu'ils pratiquent usuellement dans le cadre de leur activité ou lorsque ces recherches sont réalisées sur des personnes présentant une condition clinique distincte de celle pour laquelle le service a compétence. Cette autorisation est accordée par la Directrice générale de l'agence régionale de santé.

ARTICLE 21. Droits des personnes se prêtant aux recherches : information et recueil préalable du consentement

[15] Article R. 1121-1 du Code de la santé publique
[16] Article L1121-13 du Code de la santé publique

21.1. Information

Préalablement à la réalisation d'une recherche impliquant la personne humaine, une information doit être délivrée à la personne qui y participe. Elle est délivrée par l'investigateur ou par un médecin qui la représente. Lorsque l'investigateur est une personne qualifiée, cette information est délivrée par celle-ci ou par une autre personne qualifiée qui la représente. L'information porte notamment sur :

- L'objectif, la méthodologie et la durée de la recherche ;
- Les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme ;
- Les éventuelles alternatives médicales ;
- 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 ;
- L'avis du Comité et l'autorisation de l'autorité compétente. 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.
- Le cas échéant, l'interdiction de participer simultanément à une autre recherche ou la période d'exclusions prévues par le protocole et son inscription dans le fichier national.
- 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 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Si la personne se prêtant à la recherche est une personne mineure, l'information doit être donnée aux titulaires de l'autorité parentale. Cependant, le patient doit recevoir une information adaptée à sa compréhension.

Si la personne se prêtant à la recherche est une personne majeure protégée, l'information doit être donnée à la personne chargée de sa protection. Le patient doit néanmoins recevoir une information adaptée à ses capacités de compréhension.

Lorsque la personne majeure est hors d'état d'exprimer son consentement, et si elle ne fait l'objet d'aucune mesure de protection juridique, l'information est donnée à la personne de confiance qu'elle a préalablement désignée. A défaut, elle est délivrée à sa famille ou ses proches.

21.2. Consentement

Aucune recherche ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre et éclairé, recueilli par écrit, après que lui a été délivrée l'information prévue à l'article L1122-1 du Code de la santé publique. Lorsqu'il est impossible à la personne concernée d'exprimer son consentement par écrit, celui-ci peut être attesté par la personne de confiance prévue à l'article L1111-6, par un membre de la famille ou, à défaut, par un des proches de la personne concernée, à condition que cette personne de confiance, ce membre ou ce proche soit indépendant de l'investigateur et du promoteur.

Aucune recherche interventionnelle qui ne comporte que des risques et des contraintes minimes ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre, éclairé et exprès.

Aucune recherche non interventionnelle, qui ne comporte aucun risque ni contrainte dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, ne peut être pratiquée sur une personne lorsqu'elle s'y est opposée.

Dans le cas où la personne se prêtant à une recherche a retiré son consentement, ce retrait n'a pas d'incidence sur les activités menées et sur l'utilisation des données obtenues sur la base du consentement éclairé exprimé avant que celui-ci n'ait été retiré.

ARTICLE 22. Recherche et respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)

22.1. Dispositions générales

Le CHU de Clermont-Ferrand, dans le cadre de ses missions de service public, collecte, génère et traite des données personnelles. En tant que garant du traitement et de la protection de ces données, le CHU est soumis aux dispositions législatives issues de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Général de Protection des données (RGPD)[17].

Le CHU doit respecter les principes de protection des données, notamment au regard de leur finalité, leur confidentialité, leur proportionnalité, ou leur pertinence. Quelle que soit la procédure applicable, la personne se prêtant à une activité de recherche dispose :

- D'un droit d'accès et de rectification ;
- D'un droit d'opposition sous certaines conditions ;
- D'un droit à la limitation du traitement de ses données ;
- D'un droit à l'effacement des données et à l'oubli ;
- D'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL).

Une personne se prêtant à une activité de recherche doit être informée individuellement de la réutilisation possible de ses données pour des projets de recherches éventuels.

Les personnes concernées peuvent prendre contact avec le délégué à la protection des données (dpd@chu-clermontferrand.fr) au sujet de toutes les questions relatives au traitement de leurs données à caractère personnel et à l'exercice des droits que leur confère le RGPD.

Les données sont stockées de manière sécurisée et avec des modalités d'accès contrôlées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche (avant archivage).

22.2. RGPD et procédure de recherche

En ce qui concerne les modalités de mise en œuvre du traitement des données de santé au cours d'une activité de recherche, le CHU de Clermont-Ferrand a l'obligation de réaliser une analyse de l'impact du traitement de ces données sur les risques (vie privée, sécurité, etc.). Par ailleurs, conformément aux dispositions du RGPD et de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le CHU doit s'assurer, en premier lieu, de la conformité de l'étude aux méthodologies de référence. Qu'il s'agisse d'une Recherche Impliquant la Personne Humaine (MR001 et MR003) ou d'une étude Hors Recherche Impliquant la Personne Humaine (MR004), l'intérêt d'une méthodologie de référence est de simplifier les formalités préalables. Les responsables de traitement procèdent à une déclaration de conformité auprès de la DRCI ou du DPO, au terme de laquelle ils s'engagent à se conformer en tous points avec cette dernière.

Si l'étude est hors méthodologie de référence, une demande d'autorisation de recherche doit être effectuée auprès de la CNIL. Une telle demande d'autorisation implique des délais qui peuvent s'étendre jusqu'à une durée de 2 mois renouvelable une fois.

Pour une étude Hors Recherche impliquant la personne humaine, le dépôt d'un dossier auprès de HDH/PDS (Health data hub ou plateforme des données de santé) est nécessaire, et une demande d'avis doit être réalisée auprès du CESREES (Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé).

[17] Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données

Chapitre 3. Amélioration continue de la Qualité, de la Sécurité des soins et de la Gestion des Risques

ARTICLE 23. Evaluation et qualité des activités hospitalières : les dispositions générales

Depuis la loi du 21 juillet 2009, le CHU de Clermont-Ferrand, comme tout autre établissement, est soumis aux obligations générales au titre desquelles il est tenu d'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leur activité.

Depuis de nombreuses années, le CHU s'est inscrit dans une démarche de qualité et de sécurité des soins. Avec le projet d'établissement, la politique qualité et gestion des risques a été affichée comme un axe fort du projet médical et du projet de soins.

La démarche qualité et sécurité des soins permet d'associer tous les acteurs de l'institution hospitalière afin d'améliorer leurs pratiques, leurs modes d'organisation et la coordination entre les différents secteurs. Elle fait en outre l'objet de procédures et protocoles chaque fois que nécessaire, établis par les professionnels compétents selon une trame institutionnelle de gestion documentaire définie par la Direction qualité, gestion des risques et droits des usagers.

Par ailleurs, le CHU est tenu de garantir, au sein de ses structures, la mise en œuvre de l'ensemble des dispositifs de sécurité sanitaire. Dans ce cadre, il doit :

- Organiser la lutte contre les évènements indésirables et les infections associées aux soins ;
- Définir une politique du médicament et des dispositifs médicaux ;
- Mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Enfin, le CHU impulse l'évaluation des pratiques professionnelles notamment prévues dans le cadre de la certification par la Haute autorité de santé. Dans le même temps, il permet aux praticiens de ses services d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances et leurs savoirs dans la discipline médicale, odontologique, ou pharmaceutique dans laquelle ils exercent.

ARTICLE 24. Certification

Le CHU de Clermont-Ferrand est engagé dans une démarche de certification menée par la Haute autorité de santé, qui permet d'apprécier, de façon indépendante, la qualité de l'établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités de cet établissement. Cette démarche, obligatoire, est réalisée avec l'aide d'indicateurs, de critères, de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats de l'analyse de chacun des secteurs d'activités de l'établissement.

En parallèle, le CHU est également engagé dans des démarches complémentaires de certification ou d'accréditation (ISO ou assimilées) de certaines activités (biologie, recherche, hématologie, etc.).

ARTICLE 25. Gestion des risques associés aux soins

La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins[18] et en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes,

[18] Article R. 1413-66-1 du Code de la santé publique

à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise[19].

A cet égard, le CHU de Clermont-Ferrand a mis en place un dispositif informatisé visant à recueillir l'ensemble des évènements indésirables associés aux soins constatés au sein de son établissement et à procéder à leur analyse afin de mettre en place des mesures préventives ou correctives.

Conformément à la politique d'amélioration continue de la qualité, tout agent du CHU qui constate ou suspecte un évènement indésirable est tenu d'en faire la déclaration.

Depuis le décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016, un dispositif particulier est prévu pour la déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGAS)[20].

ARTICLE 26. Plan Blanc et circonstances exceptionnelles

Le CHU de Clermont-Ferrand est doté d'un dispositif de crise : le Plan Blanc.

Ce dispositif s'applique aux Situations sanitaires exceptionnelles (SSE), aux conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponse adaptées. Il permet à l'établissement de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Chapitre 4. Actions de coopération interhospitalière

ARTICLE 27. Stratégie du CHU en matière de coopération interhospitalière

Le CHU de Clermont-Ferrand assure une mission d'appui au maintien de l'activité dans les centres hospitaliers publics de l'ex-région Auvergne au moyen notamment de plusieurs dispositifs :

- Postes d'assistants spécialistes partagés,
- Conventions de mise à disposition.
- Prime de solidarité territoriale,
- Bourse aux Postes.

En soutenant les plateaux des établissements publics de la région, le CHU peut se concentrer sur son cœur de métier et ainsi accueillir les patients qui nécessitent les soins les plus lourds, tout en facilitant l'adaptation des établissements périphériques qui doivent prioriser leurs activités au vu de leurs ressources médicales et de leurs moyens, dans un souci de qualité et de sécurité, en veillant à garantir à leurs populations un accès continu et coordonné à l'ensemble des soins.

Cet apport de compétences au bénéfice de plateaux techniques « de proximité » participe au rayonnement du CHU et contribue à assurer un maillage et une gradation de l'offre au sein du territoire auvergnat, en pleine conformité avec les orientations du PRS et du SRS. Il peut s'exprimer sous forme de consultations avancées, de postes de praticiens ou d'assistants partagés, de la mise en place de protocoles communs, de fédérations médicales inter établissements, de GCS de moyens, de projets de territoire.

Au-delà de son territoire régional, il est à noter que le CHU développe également des partenariats avec des centres hospitaliers de régions limitrophes comme les centres hospitaliers de Nevers et Ussel.

[19] Article R. 6111-1 du Code de la santé publique
[20] Article R. 1413-67 à R. 1413-73 du Code de la santé publique

ARTICLE 28. Groupement Hospitalier de Territoire[21]

28.1. Dispositions générales

Depuis la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, un nouveau de mode de coopération entre établissements publics de santé a été mis en place, le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire.

Le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions (achats, systèmes d'information…) ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements partis élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

28.2. CHU de Clermont-Ferrand : établissement support du GHT Territoires d'Auvergne

Le GHT Territoires d'Auvergne n'est pas doté de la personnalité morale.

Le CHU de Clermont-Ferrand est l'établissement support du GHT Territoires d'Auvergne constitué le 1er juillet 2016 et composé de 14 établissements (CH de Montluçon-Néris-Les-Bains, CH de Moulins-Yzeure, CH de Vichy, CH Spécialisé d'Ainay-le-Château, Hôpital Cœur du Bourbonnais, CH de Bourbon l'Archambault, CHU de Clermont-Ferrand, CH d'Ambert, CH de Billom, CH Etienne Clémentel, CH d'Issoire, CH du Mont Dore, CH de Riom, CH de Thiers).

Selon l'article L6132-3 CSP, l'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et interopérable, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement ou par un hôpital des armées lorsqu'il est associé au groupement hospitalier de territoire, peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L6113-7 du Code de la santé publique, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;
- La fonction achats ;
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ;
- La définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels. Ces orientations, établies en cohérence avec la stratégie médicale du groupement, sont soumises au comité stratégique pour approbation ;

[21] Articles L6132-1 à L6132-7 du Code de la santé publique

- La définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, d'enseignement, de recherche, de gestion de la démographie médicale, techniques et médicotechniques.

SECONDE PARTIE

Accueil et prise en charge des usagers

Chapitre 1. Accueil, consultation et admission des patients

ARTICLE 29. Principes généraux de l'accès aux soins

29.1. Soins de qualité

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées.

Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir au patient des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

29.2. Egalité dans l'accès aux soins

Le CHU garantit l'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité. Il accueille toutes les personnes sans distinction selon leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur état de grossesse, leur apparence physique, leur particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique (apparente ou connue de son auteur), leur patronyme, leur lieu de résidence, leur état de santé, leur perte d'autonomie, leur handicap, leurs caractéristiques génétiques, leurs mœurs, leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leur âge, leurs opinions politiques, leurs activités syndicales, leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, leur appartenance ou leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés ci-dessus ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L861-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L251-1 du code de l'action sociale et des familles.

29.3. Principe du libre choix de la personne soignée

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge, tout comme le praticien qui devra exercer les soins.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève la personne soignée, dans les limites imposées par :

- Les situations d'urgence
- L'organisation du service
- Les disponibilités en lit du CHU

29.4. Choix de l'activité libérale

A leur demande, les personnes soignées peuvent être pris en charge par des médecins ayant passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale, dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers[22]. Ce contrat est approuvé par la Directrice générale de l'Agence régionale de la santé (ARS) après avis de la Directrice générale, du Chef de pôle et de la Présidente de la Commission médicale d'établissement pour une durée de cinq ans renouvelable.

En cas d'hospitalisation, ce choix de l'activité libérale doit être formulé par la personne soignée elle-même ou par son accompagnant, par écrit et dès son entrée à l'hôpital, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix. Dans tous les cas, la personne soignée doit recevoir préalablement à sa prise en charge et par écrit, toutes les indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de son choix, notamment sur les honoraires fixés par entente directe entre la personne soignée et le praticien, la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie.

La prise en charge médicale peut dans ce cas s'effectuer dans les services où elle s'exerce en secteur public.

Le délai de rendez-vous dans le secteur public ne saurait justifier qu'on impose à la personne soignée une prise en charge en secteur privé.

Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires ou dépassements éventuels de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Ils sont affichés de façon visible et lisible, dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice du praticien exerçant en libéral.

Le praticien est également tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure ». Les personnes soignées choisissant l'activité libérale règlent directement au praticien ou par l'intermédiaire de la Trésorerie de l'établissement le paiement des honoraires.

En principe, lorsque la personne soignée a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, la personne soignée ne peut être réadmise au cours du même séjour dans le secteur public, il en va de même dans le sens inverse. Toutefois, La Directrice générale peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée de la personne soignée ou de ses ayants droits.

ARTICLE 30. Accueil des patients

Le CHU de Clermont-Ferrand doit accueillir, en consultation ou en hospitalisation, tous les patients qui nécessitent des soins hospitaliers. Cet accueil est assuré par des référents médico-administratifs dans les services de consultations et d'hospitalisation.

Un accueil est adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et le CHU garantit un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé.

Une signalétique est également mise en place afin de permettre à l'usager de se situer dans l'établissement et de localiser les services et lieux de consultations.

ARTICLE 31. Prononcé d'admission[23]

31.1. Demande d'admission

L'admission peut être demandée par le patient lui-même, ou par son médecin traitant.

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire. 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 de l'établissement.

[22] Article L6154-1 du Code de la santé publique
[23] Articles R. 1112-11 à R. 1112-39 du Code de la santé publique

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service 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, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Si la personne est un majeur protégé, l'admission peut être demandée par le patient lui-même, ou son tuteur.

31.2. Admission par le Directeur général de l'établissement[24]

L'admission est prononcée par la Directrice générale sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

Hors les situations d'urgence reconnues par un médecin ou un interne de garde du CHU, l'admission est décidée sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant de la nécessité du traitement hospitalier.

Le certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis(e) l'intéressé(e) sans mention de l'affection qui motive l'admission.

Ce certificat doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service public hospitalier, donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier sur le diagnostic et le traitement.

31.3. Admission par le Directeur général de l'Agence régionale de santé[25]

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits du CHU permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé.

31.4. Identification du patient

L'admission doit concerner un patient désigné nominativement. Il est demandé au patient d'attester auprès des services administratifs de son identité à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie[26].

ARTICLE 32. Conditions relatives à l'admission des patients

32.1. Consentement du patient, ou de son représentant légal

32.1.1. Dispositions communes

L'admission suppose un consentement préalable du patient, en mesure d'exprimer sa volonté, ou de ses représentants légaux.

En cas de refus et conformément à l'article L1111-4 du Code de la santé publique, il incombe aux médecins de les informer des risques et conséquences prévisibles auxquels ils s'exposent en refusant cette admission.

32.1.2. Dispositions particulières aux patients mineurs

Sous réserve des dispositions de l'article L1111-5 du Code de la santé publique, si lors de l'admission d'un patient 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

[24] Article R. 1112-11 du Code de la santé publique
[25] Article R. 1112-12 du Code de la santé publique
[26] Article L162-21 du Code de la sécurité sociale

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 le père, la mère ou le 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.

32.2. Pièces à fournir par les usagers ou les personnes soignées lors de l'admission

Lors de leur admission, les personnes soignées doivent produire une pièce d'identité.

Les patients doivent également fournir, lors de leur admission, 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[27].

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 d'une pension militaire d'invalidité, leur ouvrant droit à la prise par l'Etat des prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités, doivent laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

ARTICLE 33. Transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un personne soignée 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 du manque de place, un risque certain pour le personne soignée et pour le bon fonctionnement du service hospitalier, la Directrice générale ou son représentant doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le personne soignée ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

Sauf dans les situations d'urgence, l'admission dans ce dernier établissement est décidée après une entente entre le médecin ayant en charge le patient, et le praticien de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Cette admission est effectuée au vue d'un certificat médical.

Le patient doit être informé, sauf dans les situations d'urgence, préalablement à son transfert.

ARTICLE 34. Admission en Urgence

34.1. Prononciation de l'admission en Urgence

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, la Directrice générale ou son représentant prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés[28].

Elle prononce 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.

[27] Article R1112-24 du Code de la santé publique
[28] Article R1112-13 du Code de la santé publique

34.2. Information de la famille

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue[29]. La mention de l'information doit être notée dans le Dossier médical.

En cas de transfert dans un autre établissement, ou en cas d'aggravation de l'état de santé du patient, la famille de ce dernier doit être prévenue.

Aucune information sur l'admission du patient et son état de santé ne peut être délivrée à des tiers sans son accord express.

34.3. Inventaire à l'admission

Si la personne est inconsciente ou si son état ne lui permet pas d'exprimer sa volonté, un inventaire de tous ses biens en sa possession doit être réalisé.

L'inventaire des effets des patients par les soignants a lieu en présence de ces derniers et avec leur assentiment, la fouille ne peut être réalisée que par les forces de l'ordre.

34.4. Hospitalisation après un passage aux Urgences

Après l'admission de la personne soignée, l'hospitalisation est décidée par le médecin qui l'a prise en charge et qui doit l'orienter vers le service adapté dans les meilleurs délais.

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé[30].

ARTICLE 35. Dispositions particulières relatives aux admissions

35.1. Femmes enceintes

S'il existe des lits vacants dans le service de Maternité du CHU, la Directrice ne peut refuser l'admission dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement d'une femme enceinte ou dans le mois qui suit l'accouchement d'une femme récemment accouchée et celle de son enfant.

En l'absence de lits disponibles, la Directrice doit organiser un transfert dans un autre établissement assurant le service public hospitalier disposant des moyens nécessaires adaptés à la patiente.

35.2. Accouchement sous X[31]

Lors d'un accouchement, une femme peut demander la préservation du secret de son admission et de son identité. Elle doit, dans ce cas présent, être informée des conséquences juridiques de ce cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance ainsi que, sous pli fermé, son identité.

La patiente doit être informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que dans les conditions prévues à l'article L147-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance. Les prénoms donnés à l'enfant et, le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, ainsi que le sexe de l'enfant et la date, le lieu et l'heure de sa naissance sont mentionnés à l'extérieur de ce pli.

[29] Article R1112-15 du Code de la santé publique
[30] Article R1112-16 du Code de la santé publique
[31] Article L222-6 du Code de l'Action sociale et des familles

Lors de l'admission[32], aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête ne doit être 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.

La Directrice informe de cette admission le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

35.3. Femmes désirant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) peut être pratiquée avant la fin de la douzième semaine.

Si une femme mineure, non émancipée, souhaite garder le secret sur son admission et ses motifs, le médecin doit néanmoins s'efforcer d'obtenir son consentement pour que ses parents ou représentants légaux soient informés. Si la patiente maintien son refus, l'IVG peut avoir lieu. Elle peut se faire accompagner par une personne majeure de son choix dont l'identité doit être tracée dans le dossier.

35.4. Militaires[33]

Si la Directrice est appelée 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.

35.5. Détenus[34]

Les détenus nécessitant des soins hospitaliers doivent être transférés un établissement disposant d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI).

Ils ne doivent être admis dans un autre établissement qu'à titre exceptionnel :

- Lorsque leur état de santé nécessite des soins particuliers ou ne pouvant être réalisés au sein de l'établissement pénitentiaire ou de l'UHSI,
- (et pour les prévenus) pour des raisons tenant à l'impossibilité de les éloigner des juridictions devant lesquelles ils doivent comparaitre.

Sur le territoire, la répartition des soins hospitaliers devant être dispensés à un détenu est la suivante :

- Les patients incarcérés majeurs dépendent de l'unité sanitaire, service du Centre hospitalier de Riom ;
- Les patients incarcérés mineurs dépendent du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure ;
- Les patients incarcérés nécessitant une hospitalisation psychiatrique dépendent du Centre hospitalier Sainte-Marie.

En revanche, il se peut que des patients incarcérés soient transférés au CHU pour des soins ou examens spécifiques, qui ne se trouvent pas aux centres hospitalier de Riom et de Moulins.

En tout état de cause, si les soins doivent durer au-delà de 48 heures, un transfert vers l'UHSI pour les soins somatiques ou l'unité hospitalière des soins adaptés (UHSA) pour une prise en charge psychiatrique des Hospices civiles de Lyon doit être envisagé.

35.6. Patients étrangers

[32] Article R1112-28 du Code de la santé publique
[33] Article R. 1112-29 du Code de la santé publique
[34] Articles R. 1112-30 et suivants du Code de la santé publique

Les personnes de nationalité étrangère sont admises dans l'établissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

En cas de nécessité, le patient peut bénéficier de l'aide d'un interprète.

35.7. Sourds et malentendants

Les patients sourds et malentendants peuvent bénéficier d'un interprète en langue des signes par le biais de l'UASS, rattachée au pôle de psychiatrie.

35.8. Toxicomanes[35]

Les toxicomanes 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.

35.9. Maladies contagieuses à déclaration obligatoire[36]

Au moment de l'admission, les cas, avérés ou suspectés, de maladies ou d'anomalies biologiques mentionnées à l'article L3113-1 du Code de la santé publique doivent être signalés sans délai par le médecin ou le responsable du service de biologie ou du laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par la Directrice générale de l'agence.

Le destinataire du signalement évalue la nécessité de mettre en place d'urgence des mesures de prévention individuelle et collective et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition.

Sur la demande du médecin destinataire du signalement, le déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, notamment l'identité et l'adresse du patient.

Ces informations peuvent être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en œuvre des mesures de prévention individuelle et collective. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

ARTICLE 36. Choix du lieu et du régime d'hospitalisation

Au CHU de Clermont-Ferrand, les patients ont le choix d'opter pour le régime commun d'hospitalisation, ou un régime particulier. Après une information sur les conditions qu'implique ce choix, il doit être formulé par la suite par écrit.

Le régime commun d'hospitalisation est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Alternativement à une hospitalisation complète, les personnes soignées peuvent être admis dans un service d'hospitalisation à domicile. Ce régime particulier permet d'assurer ainsi, au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces services interviennent dans une aire géographique donnée et pour des pathologies prédéterminées.

ARTICLE 37. Consultations externes

Le CHU de Clermont-Ferrand dispose de services de consultations et de soins pour les personnes soignées externes. La liste et la localisation de ces services sont indiquées à l'entrée de l'établissement.

[35] Articles R. 1112-38 et R. 1112-39 du Code de la santé publique
[36] Article R. 3113-4 du Code de la santé publique

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations.

Chapitre 2. Conditions de séjour de la personne soignée

ARTICLE 38. Dispositions et principes généraux régissant le séjour de la personne hospitalisée

38.1. Liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine, et tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit.

Chaque personne soignée dispose du droit de prendre ses décisions elle-même et la possibilité de mener une vie ordinaire au sein du CHU.

38.2. Laïcité et libre exercice de cultes

L'établissement garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies, et met à leur disposition des moyens pour assurer librement l'exercice de leur culte (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, rites funéraires, etc.).

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

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte, ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.

Le principe de la liberté religieuse doit être concilié avec le principe de laïcité qui a cours à l'hôpital et ne doit pas faire obstacle à la bonne organisation du service.

Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne soignée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

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

Les signes d'appartenance religieuse quelle qu'en soit la nature ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement par les personnes soignées, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

De plus, il est interdit de dissimuler son visage dans l'enceinte de l'établissement conformément à la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public.

Le service d'accueil pourra être en mesure d'intervenir et de demander aux personnes concernées de se contraindre au règlement intérieur et aux lois en vigueur sur le territoire français.

38.3. Espace de réflexion éthique

Depuis plusieurs années, une réflexion éthique s'est engagée sur les soins, les prises en charge hospitalières des patients, la fin de vie, le don d'organes, les questions déontologiques qui peuvent se poser au personnel soignant, etc.

Il existe dans l'établissement un comité d'éthique, dénommé Groupe de réflexion éthique clermontois (GREC), qui a pour missions notamment de diffuser des réflexions, des avis et des conseils sur des thématiques ciblées comme la laïcité à l'hôpital.

38.4. Droits civiques

38.4.1. Droit de vote par procuration

Tout électeur peut, à sa demande, exercer son droit de vote par procuration.

Des officiers et agents de police judiciaire compétents pour établir les procurations, ou les délégués des officiers de police judiciaire, se déplacent à la demande des personnes qui, en raison de maladies ou d'infirmités graves, ne peuvent manifestement comparaître devant eux[37].

La demande doit être formulée par écrit et accompagnée d'un certificat médical ou de tout document officiel justifiant que l'électeur est dans l'impossibilité manifeste de comparaître.

La procuration est établie sans frais.

Les mandants doivent justifier de leur identité.

38.4.2. Mariage in-extremis

En cas d'empêchement grave, le Procureur de la République du lieu du mariage pourra requérir l'officier de l'état civil de se transporter au CHU, où l'une des parties est hospitalisée, pour célébrer le mariage. En cas de péril imminent de mort de l'un des futurs époux[38], la réquisition ou autorisation du Procureur n'est pas nécessaire.

38.5. Prise de vue et utilisation de l'image de la personne soignée

Toute personne ou son représentant légal doit préalablement à la captation ou à la diffusion de son image donner son consentement par écrit.

Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion.

Par ailleurs, les personnes devant obtenir ce consentement sont invitées à contacter la Direction de la communication pour retirer un document type d'autorisation de droit à l'image.

Le stockage d'images et notamment la prise d'image de la personne à finalité médicale, doit respecter la législation. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la CNIL.

38.6. Enseignement

[37] Articles R. 72 et R. 72-1 du Code électoral
[38] Article 75 alinéa 2 du Code civil

Dans la mesure où les conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants d'âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté.

En effet, les enfants et adolescents hospitalisés peuvent poursuivre leur scolarité, en lien avec leur établissement d'origine, avec l'aide des enseignants qui sont mis à la disposition de l'établissement. Le service scolaire du site Estaing assure les cours, propose si besoin une scolarité à domicile pendant la convalescence et organise le cas échéant les examens à l'hôpital.

Par ailleurs, pour les enfants contraints à rester alités, la classe interactive dispose de tablettes permettant d'organiser des cours dans différentes matières. Cet outil interactif permet également d'associer les enfants alités à la retransmission des spectacles donnés dans l'espace enfants.

ARTICLE 39. Dépôt et restitution des biens

39.1. Dépôt des biens de la personne soignée

Lors de son admission, la personne soignée est invitée à effectuer le dépôt des sommes d'argent, objets de valeur et papiers d'identité qui sont en sa possession. Ils sont inventoriés à cette occasion.

Une information est donnée à la personne ou à son représentant légal sur les règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement et sur la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés.

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

La responsabilité de l'établissement ne peut pas non plus être engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou un acte de soins (cas de force majeure).

Dans le cas où la personne, hors d'état de manifester sa volonté et devant recevoir des soins d'urgence, se trouve dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement. Un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est dressé, en présence de deux agents, et le dépôt est effectué dès que possible dans le coffre dédié à cet effet à la trésorerie.

Dans l'hypothèse où une personne soignée ou hébergée quitte l'établissement en y abandonnant des objets, un inventaire est dressé par deux agents de l'établissement. Ces objets sont ensuite mis au dépôt selon des modalités analogues à celles prévues pour les personnes incapables de procéder aux formalités de dépôt.

39.2. Gestion des biens des personnes majeures protégées

Les biens des majeurs protégés, hospitalisés ou sortis de l'établissement, sont administrés dans des conditions particulières régies par des dispositions du Code civil et des textes d'application relatifs au régime juridique des majeurs protégés.

Ils peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts de la personne soignée, par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs qui exerce ces fonctions sous le contrôle du juge des tutelles. Ce professionnel peut être un agent de l'hôpital choisi par La Directrice générale parmi les personnels administratifs répondant aux conditions d'exercice de la profession.

La protection des majeurs recouvre la gestion des biens et la protection de la personne. Le mandataire judiciaire en fonction du régime de protection peut effectuer seul les actes de gestion courante. D'autres actes dits actes de disposition sont autorisés par le juge.

39.3. Restitution des biens de la personne soignée

Les biens et valeurs déposés sont restitués à la personne soignée, soit par un régisseur de l'établissement, soit par la trésorerie principale, pendant les heures ouvrables, du lundi au vendredi, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

La personne soignée peut se faire représenter par la personne de son choix munie du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration.

Les objets dangereux ou illégaux sont susceptibles de faire l'objet d'une confiscation sur décision de la Directrice générale ou de son représentant et pourront être remis à la Police.

39.4. Effets personnels des personnes soignées

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital : leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc.), leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc.).

Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, la personne soignée conserve ses vêtements et son linge personnels dont il doit assumer l'entretien.

ARTICLE 40. Service des repas

Le petit déjeuner est servi à partir de 7h30, le déjeuner entre 11h45 et 12h30, et le dîner entre 18h30 et 19h30. Ces horaires peuvent varier selon les nécessités propres du service.

Les menus tiennent compte des souhaits des personnes soignées sous réserve qu'ils soient compatibles avec leur régime alimentaire (prescriptions médicales). Un choix de plats compatibles avec son régime alimentaire ou sa conviction est proposé à chaque personne soignée.

Les restaurants du personnel ne sont pas ouverts aux accompagnants ou visiteurs extérieurs. Des points alimentaires proposant une restauration rapide sont aussi à la disposition des visiteurs.

Peuvent aussi être trouvés dans le hall de chaque site des distributeurs de boissons, sandwichs et confiseries.

ARTICLE 41. Services aux personnes soignées

41.1. Téléphone, Télévision, Internet et ordinateurs portables

Un service payant de télévision, téléphone et accès WIFI est proposé par un prestataire extérieur au CHU.

Si l'ouverture d'une ligne téléphonique n'est pas effectuée par le patient ou son entourage il peut néanmoins recevoir des communications téléphoniques par le standard.

L'introduction de téléviseurs personnels est interdite.

L'utilisation des services de télévision, téléphonie, wifi, ainsi que de tout autre appareil sonore doit se faire dans le respect du repos de l'ensemble des patients.

41.2. Courrier

Le courrier est distribué tous les jours (du lundi au samedi matin) par le service des vaguemestres de l'établissement et le relevé a lieu quotidiennement.

Les vaguemestres sont à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales et notamment pour le transport du courrier préalablement affranchi au tarif en vigueur.

41.3. Service Social

Le service social est à la disposition des hospitalisés et de leur famille : une permanence est organisée.

Sa mission est de faciliter sous tous ses aspects, la vie des personnes soignées à l'hôpital, de rechercher ou de proposer les actions nécessaires à l'accès aux soins, à la réinsertion sociale, familiale, professionnelle et scolaire. En outre, une assistante sociale se rend auprès de la personne soignée à la demande de celui-ci.

ARTICLE 42. Visites

42.1. Horaires des visites

Chaque service, en raison de ses particularités, établit des heures de visites adaptées aux soins et traitements dispensés. Les horaires de visites sont indiqués à l'entrée du service.

Lorsque l'état de la personne soignée le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de 15 ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée en dehors des horaires de visite.

42.2. Modalités des visites

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

Les mineurs sont ou non autorisés à venir visiter une personne soignée en fonction du service, et de tout élément (âge du mineur, état de la personne soignée…) dont l'appréciation appartient au corps médical.

La Directrice générale ou son représentant doit être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les personnes soignées ou proches des personnes soignées ou des personnels.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service ou d'un établissement du CHU sans l'autorisation préalable de la Directrice générale ou de son représentant qui sollicite, si besoin, l'avis du ou des Chefs de service concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur.

Les notaires, qui ont la qualité d'officier public et ministériel, n'ont pas à solliciter d'autorisation de la part de l'administration pour se rendre auprès des personnes soignées qui en font la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

Les associations et organismes qui envoient auprès des personnes soignées des visiteurs bénévoles doivent, préalablement, obtenir l'autorisation de l'administration. Leurs représentants doivent porter un badge nominatif distinctif.

Les personnes soignées peuvent demander au cadre soignant du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent de le visiter. Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin Chef de service.

42.3. Visites et patients mineurs

Tout enfant hospitalisé dans un service de pédiatrie doit pouvoir bénéficier de la visite de son père, de sa mère ou de toute autre personne s'occupant habituellement de lui, quelle que soit l'heure, y compris la nuit, pour autant que la présence du visiteur n'expose ni lui-même, ni l'enfant à un risque sanitaire, en particulier, à des maladies contagieuses.

42.4. Comportements des visiteurs[39]

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur par le service de sécurité ou les agents de sûreté, si nécessaire avec l'appui des forces de police et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur.

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

ARTICLE 43. Comportement des patients

43.1. Déplacement des personnes hospitalisées dans l'hôpital

Les patients demeurent libres de circuler dans l'établissement, sous réserve qu'ils demandent l'autorisation préalablement à un membre du personnel soignant du service et à condition que leurs déplacements ne fassent pas obstruction à l'administration programmée des soins ni ne constituent une gêne pour le fonctionnement des services.

Pour se déplacer, les personnes soignées doivent être revêtues d'une tenue décente.

Pendant la nuit, les personnes soignées doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Il est interdit de se déplacer en trottinette ou en vélo à l'intérieur de l'établissement.

43.2. Désordres causés par les patients[40]

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, La Directrice générale peut prendre, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

Les patients hospitalisés veillent 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 la sortie du patient.

En cas de manquement, l'établissement se réserve le droit d'engager des poursuites.

43.3. Hygiène corporelle[41]

Toute personne est tenue d'observer au sein du CHU, une stricte hygiène corporelle.

ARTICLE 44. Dispositions diverses

44.1. Gratifications

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

[39] Article R1112-47 du Code de la santé publique
[40] Article R1112-49 du Code de la santé publique
[41] Article R1112-52 du Code de la santé publique

44.2. Animaux

Il est interdit, sauf pour les besoins du service ou en présence d'une autorisation spéciale, d'introduire des animaux domestiques dans l'enceinte du CHU.

Cette interdiction ne fait pas obstacle à ce que des chiens-guides d'aveugles ou malvoyants soient autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation et dans les conditions définies avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

44.3. Interdiction de filmer, d'enregistrer ou de photographier

Il est interdit aux personnes soignées et aux usagers de filmer, d'enregistrer ou de photographier les professionnels de santé.

En cas de manquement, l'établissement se réserve le droit d'engager des poursuites.

44.4. Soutien aux personnes accueillies et accompagnement par des associations

Le CHU doit faciliter l'intervention des associations de bénévoles[42] qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales.

Une convention conclue avec le CHU auparavant détermine les modalités de cette intervention.

44.5. Déplacement des usagers au sein de l'établissement

Les usagers doivent se déplacer à pied, il est interdit de se déplacer en trottinette ou en vélo à l'intérieur des bâtiments.

Chapitre 3. Sortie des patients

ARTICLE 45. Permission de sortie[43]

Compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, les patients hospitalisés peuvent bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par la Directrice générale.

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 selon les modalités prévues à l'article 31 du présent règlement.

Concernant les patients mineurs, ces derniers ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles[44].

[42] Articles L1110-11 et L1112-5 du Code de la santé publique
[43] Article R. 1112-56 du Code de la santé publique
[44] Article R. 1112-57 du Code de la santé publique

ARTICLE 46. Décision de sortie aux termes des soins[45]

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 La Directrice générale sur proposition du médecin chef de service.

Toutes dispositions doivent être prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement dispensant des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée adapté à son cas.

ARTICLE 47. Organisation de la sortie des patients

La sortie donne lieu à la remise à la personne soignée d'un bulletin de sortie mentionnant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation[46].

Toute personne soignée doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la justification de ses droits[47].

Lors de sa sortie du CHU, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui a pris le patient en charge, doit être remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle doit être adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

Egalement, au moment de sa sortie, le patient doit recevoir un document l'informant, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

L'établissement participe à l'enquête « e-satis » (questionnaire de satisfaction) qui se complète sur internet de façon anonyme. Les réponses sont collectées par la Haute autorité de santé (HAS). L'objectif est d'évaluer la satisfaction et l'expérience su service rendu du patient lors de son hospitalisation en ambulatoire ou pour des séjours de plus de 48 heures.

ARTICLE 48. Sortie anticipée des majeurs

48.1. Sortie à l'insu du service

L'établissement répond de la sécurité des personnes admises. De manière générale, une attention particulière doit être portée à l'égard des personnes vulnérables, en raison de leur état physique ou psychique.

Dans le cas où une personne soignée a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont entreprises à l'intérieur et éventuellement à proximité immédiate de l'établissement.

Si les recherches entreprises pour la retrouver sont demeurées vaines, et si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, le membre de l'équipe soignante ayant constaté la sortie informe le Directeur et prévient le commissariat de police.

[45] Article R. 1112-58 du Code de la santé publique
[46] Article R1112-59 du Code de la santé publique
[47] Article R1112-61 du Code de la santé publique

Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal de la personne soignée.

Si la personne soignée ne regagne pas le service, sa sortie est prononcée le jour où il a quitté l'établissement.

48.2. Sortie du patient contre avis médical

Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, doit être prononcée par le Directeur après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés[48].

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus doit être dressé.

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.

Un patient, majeur protégé, peut signer une attestation de sortie contre avis médical. Le service en informe alors le tuteur ou curateur.

48.3. Sortie disciplinaire

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

Les patients 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 la sortie du malade dans les conditions prévues dans le paragraphe ci-dessus.

ARTICLE 49. Sortie des patients mineurs

49.1. Sortie définitive

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale doit(vent) venir le chercheur ; en cas de refus ou d'impossibilité de se déplacer, une autorisation expresse doit être obtenue pour déterminer les modalités du retour (seul ou accompagné par une tierce personne). A défaut dans cette situation ou en cas de difficultés autres, La Directrice générale ou son représentant peut suspendre la sortie et/ou saisir le Procureur de la République.

Lorsque la personne soignée mineur a été hospitalisée et que, à sa demande confirmée, le ou les détenteurs de l'autorité parentale n'ont pas été prévenus de la présence du mineur et des soins dispensés, elle est confiée à sa sortie à la personne majeure qu'elle a choisie pour l'accompagner.

49.2. Sortie à l’insu du service

Dans le cas où une personne mineure a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont entreprises à l'intérieur et éventuellement à proximité immédiate de l'établissement.

[48] Article R1112-43 du Code de la santé publique

Le membre de l'équipe soignante ayant constaté la sortie prévient le(s) représentant(s) légal(aux) et si les recherches entreprises pour la retrouver sont demeurées vaines, il informe le Directeur et prévient le commissariat de police.

Si la personne soignée ne regagne pas le service, sa sortie est prononcée le jour où il a quitté l'établissement.

49.3. Sortie contre avis médical

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. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des risques présentés pour la sortie de l'enfant. Si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est signé.

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

ARTICLE 50. Transport en ambulance, VSL, TAXI ou véhicule personnel

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, en véhicule sanitaire ou non, la personne soignée a le libre choix de l'entreprise de transport. Les services tiennent à la disposition des hospitalisés la liste complète des entreprises de transport sanitaire et de taxis agréées du département.

Une prescription médicale de transport établie par un praticien de l'établissement permet à la personne soignée de se faire rembourser les frais de transport dans les conditions de droit commun de l'assurance maladie. Dans le cas contraire, les frais de transport demeurent à sa charge.

La prescription est à l'initiative du praticien et ne peut être réclamée par le patient ou le transporteur ; l'établissement se réserve le droit, le cas échéant, d'effectuer un signalement.

Si la sortie concerne le transfert dans un autre établissement d'hospitalisation, le transport est alors à la charge du CHU.

Chapitre 4. Frais de séjour

ARTICLE 51. Information

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais[49].

Cette information est gratuite.

Pour toute prise en charge effectuée par le CHU, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

ARTICLE 52. Hospitalisations

[49] Article L1111-3-1 du Code de la santé publique

Lors d’une hospitalisation la personne soignée va être assujettie aux frais de séjour. Les frais de séjour comprennent :

- Les coûts des actes assurés par l’hôpital dont le tarif journalier d’hospitalisation ;
- Le forfait journalier hospitalier qui constitue la contribution minimale légale aux dépenses hôtelières ;
- Les suppléments de chambre en régime particulier. La chambre particulière fait l’objet d’un supplément de tarif ;
- Les suppléments éventuels au titre de l’activité libérale d’un médecin hospitalier.

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée, un devis est établi sur la base de la durée estimée du séjour.

L’admission est faite après paiement du devis par la personne soignée.

Sauf dans les mêmes cas d'urgence, les personnes soignées non assurés sociaux 100% payants dont les personne soignées étrangers non-résidents, sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine. Cette attestation doit être acceptée par le CHU avant la prise en charge de la personne soignée.

Dans le cas du forfait journalier (contribution minimale aux dépenses hôtelières), certaines mutuelles prennent en charge le montant de cette contribution.

De plus, si les personnes soignées bénéficient d’une chambre particulière l’assurance maladie ne prendra pas en charge le supplément de tarif. Mais la complémentaire santé peut prendre en charge ce supplément en partie ou en totalité. Dans le cas d’une prise en charge incomplète, le paiement de la différence incombe à la personne soignée.

ARTICLE 53. Consultations

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur.

Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par la Directrice générale du CHU.

Toute personne soignée ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à la Sécurité Sociale ou à un autre organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité du tarif des soins externes auprès de l'hôpital.

Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, la personne soignée acquitte uniquement le ticket modérateur.

Il peut être exonéré totalement du paiement de ce ticket modérateur en fonction de sa situation personnelle ou si celui-ci est pris en charge par un organisme tiers.

Les personnes soignées devant s'acquitter de l'intégralité des frais de soins externes ou du paiement du seul ticket modérateur pourront être amenés à payer ces sommes en régie préalablement ou à l'issue de la consultation et/ou des actes effectués.

Le service social de l'hôpital assiste les personnes démunies pour leur faciliter l'accès aux consultations notamment pour l'obtention d'une couverture sociale.

ARTICLE 54. Les prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les personnes soignées hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement par la Directrice générale. Ces frais sont payables d’avance.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien une personne soignée en fin de vie.

Chapitre 5. Dispositions relatives aux naissances et aux décès

ARTICLE 55. Naissances

55.1 Déclaration des naissances : dispositions générales

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée auprès du service de l'État civil dans les trois jours suivant l'accouchement via le bureau des entrées. Les documents nécessaires à la déclaration de naissance sont transmis. Une copie de l'acte de naissance est conservée au niveau de la maternité.

55.2 Déclaration relative aux enfants décédés dans la période prénatale

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'État civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès ; l'officier d'État civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants.

Lorsqu'un enfant est né vivant mais non viable ou si un enfant est mort-né, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie au vu d'un certificat médical d'accouchement. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès.

ARTICLE 56. Décès

56.1. Aggravation de l'état de santé du patient

La famille ou les proches doivent être prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade[50].

56.2. Constat du décès

Le décès d'un patient hospitalisé doit être constaté par un médecin, dans les plus brefs délais.

56.3. Déclaration de décès[51]

Les décès sont attestés par le certificat prévu à l'article L2223-42 du code général des collectivités territoriales. Ce certificat précise la ou les causes de décès, aux fins de transmission à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et autres organismes. Ce même décret fixe le périmètre des accès ainsi que les modalités de cette transmission, notamment les conditions propres à garantir sa confidentialité. Ce décret détermine également les modalités d'établissement de ce certificat lorsqu'il est établi par des médecins retraités.

Conformément à l'article 80 du code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial. Celui-ci est transmis dans les vingt-quatre heures au bureau d'état civil de la mairie.

56.4. Notification du décès

[50] Article R1112-69 du Code de la santé publique
[51] Articles R1112-71 à R1112-73 du Code de la santé publique

La famille doit être prévenue dès que possible et par tous les moyens appropriés.

La notification du décès est faite pour[52] :

- Les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- Les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- Les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil départemental ;
- 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 ;
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou curateur ;
- Pour les personnes non identifiées, aux services de Police.

56.5. Toilette mortuaire et inventaire après-décès

Lors du décès médicalement constaté, sauf en cas de mort suspecte, le cadre soignant ou l'infirmier(e) de service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc. qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé et signé par deux professionnels de manière contradictoire. Les objets et valeurs sont mis sous enveloppe et remis au Trésorier qui les restitue, sur justification de leurs droits, aux héritiers. Il restitue dans les mêmes conditions les éventuels dépôts qui ont été effectués auprès du régisseur avant le décès.

Les biens usuels de faible valeur sont restitués par la chambre mortuaire aux ayants droits de la personne soignée.

Les actes constatant des créances ou des dettes mais non enregistrés devant notaire sont quant à eux conservés par l'établissement, pendant une durée de cinq ans après le décès. Au-delà, ils peuvent être détruits.

En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Les objets et valeurs non réclamés sont, suivant leur nature, remis un an après le décès, soit à la Caisse des dépôts et consignations, soit au service départemental du Domaine (pour vente) ; si le service du Domaine refuse la remise des objets, ceux-ci deviennent la propriété du CHU.

Le corps est déposé à la chambre mortuaire et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille peut voir le défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Les familles peuvent demander la présentation du corps à la chambre mortuaire de l'établissement.

56.6. Mesures de police sanitaire

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

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets[53].

56.7. Remise des corps

[52] Article R1112-69 du Code de la santé publique
[53] Article R1112-74 du Code de la santé publique

La famille ou, à défaut, les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement[54]. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil.

Dans le cas où le corps du défunt ou de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil est réclamé, il est remis sans délai aux personnes visées ci-dessus[55].

En cas de non-réclamation du corps dans le délai de dix jours, l'établissement dispose de deux jours francs :

- Pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci ; en l'absence de ressources suffisantes, il est fait application des dispositions de l'article L2223-27 du code général des collectivités territoriales ; s'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue, en accord avec l'autorité militaire compétente ;
- Pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais mentionnés ci-dessus sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

Le CHU tient un registre[56] mentionnant les informations permettant le suivi du corps des personnes décédées et des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil, depuis le constat du décès des personnes ou de la date de l'accouchement des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil et jusqu'au départ des corps de l'établissement. Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre de la culture et de la communication fixe les informations qui figurent obligatoirement dans ce registre, et notamment les modalités de son actualisation, les informations qu'il contient et leur durée de conservation.

56.8. Transports du corps

56.8.1. Transports vers la résidence de la personne décédée

Le transport du corps avant mise en bière d'une personne décédée, du CHU à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectué par tout moyen, auprès du maire du lieu du dépôt du corps.

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers son domicile est subordonné :

- A la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- A la détention d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médicolégal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé,
- A l'accord de la Directrice générale ou de son représentant,
- A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès,

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

- Le décès soulève un problème médico-légal,
- Le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé,
- L'état du corps ne permet pas un tel transport,

[54] Article R1112-75 du Code de la santé publique
[55] Article R1112-76 du Code de la santé publique
[56] Article R1112-76-1 du Code de la santé publique

Si le médecin s'oppose au transport du corps avant mise en bière, il doit en avertir par écrit et sans délai la Directrice générale ou son représentant et la famille.

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.

56.8.2. Transports vers une chambre funéraire avant mise en bière

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

- A la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
- A la détention d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas d'obstacle médicolégal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78,79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès.

56.8.3. Transports après mise en bière

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

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile un médecin ou un thanatopracteur atteste de la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

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

Après fermeture du cercueil, le corps d'une personne décédée ne peut être transporté dans une commune autre que celle où cette opération a eu lieu, sans une déclaration préalable effectuée par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil, quelle que soit la commune de destination à l'intérieur du territoire métropolitain ou d'un département d'outre-mer.

56.9. Prélèvements d’organes et de tissus sur la personne décédée[57]

Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Le médecin doit informer les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité, conformément aux bonnes pratiques arrêtées par le ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence de la biomédecine.

Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est révocable à tout moment.

L'Agence de la biomédecine est avisée, préalablement à sa réalisation, de tout prélèvement à fins thérapeutiques ou à fins scientifiques.

[57] Article L1232-1 du Code de la santé publique

56.10. Dons du corps à la science

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche.

Ce don ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main, à une faculté de médecine qui, en cas d'accord, délivre une carte de donateur.

Dans ce cas, les frais de transport du corps peuvent être à la charge de l'institution au profit de laquelle le corps a été donné ou de la famille du défunt selon l'accord qui les lie mais en aucun cas à la charge du CHU.

56.11. Autopsies médicales[58]

En dehors du cadre des mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, une autopsie pourra être pratiquée dans un but scientifique ou pour rechercher les causes du décès, préalablement à l'inhumation, et après autorisation de la Directrice générale ou de son représentant, sauf si la famille du défunt s'y oppose expressément et sauf si le personne soignée, de son vivant, avait fait connaître clairement son opposition, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet.

Toutefois, à titre exceptionnel, une autopsie médicale peut être réalisée malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

Lorsque le défunt est un mineur, le consentement écrit doit être recueilli auprès des deux titulaires de l'autorité parentale.

Les médecins qui procèdent à l'autopsie sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps. Les corps reconnus par les familles leur seront rendus.

56.12. Inhumation

L'inhumation doit avoir lieu dans les 6 jours ouvrables au plus, à compter du décès ou de la délivrance du procès-verbal aux fins d'inhumer par le Procureur de la République.

Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, un corps n'a pas été réclamé, c'est l'établissement qui fait procéder à l'inhumation, dans des conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt ou s'il y a lieu, en appliquant les dispositions concernant les personnes dépourvues de ressources.

S'il s'agit d'un militaire l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

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 succession, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur.

56.13. Admission en chambre mortuaire de personnes décédées

L'admission en chambre mortuaire de personnes décédées en dehors de l'établissement, ne peut se faire que sur réquisition.

[58] Article L1211-2 du Code de la santé publique

Article 57. Dispositions particulières relatives aux décès

57.1. Mort violente, suspecte ou suicide dans l'enceinte de l'établissement

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte ou de suicide, le corps ne doit pas être déplacé avant l'arrivée des services de police et le lieu doit être préservé en l'état. C'est au Directeur de site ou d'astreinte d'en informer l'autorité judiciaire (services de police ou autorité judiciaire).

Le certificat de décès doit mentionner qu'il existe un obstacle médico-légal qui suspend les opérations funéraires jusqu'à la décision de levée de cette suspension par les autorités judiciaires.

57.2. Décès d'une personne soignée au CHU dont les circonstances qui ont conduit à son hospitalisation nécessitent la pose d'un obstacle médico-légal

La pose d'un obstacle médico-légal (OML) par le médecin doit impérativement s'envisager dans les situations suivantes :

- En cas de tentative d'homicide ;
- En cas de tentative de suicide ;
- En cas d'accident de la voie publique ;
- En cas d'accident du travail ;
- En cas de décès d'un détenu ou d'une personne placée en garde à vue ;
- En cas de décès d'une personne soignée hospitalisée en psychiatrie ;
- En cas de refus d'examen scientifique de la part des parents au centre de référence dans le cas de mort subite du nourrisson ;
- En cas de décès d'une personne soignée sans nom patronymique (SNP).

Cette liste est non exhaustive la pose d'un OML est laissée à la discrétion du médecin qui signe le certificat de décès.

Si un doute persiste quant à la pose d'un OML, le médecin peut contacter l'institut médico-légal pour solliciter un avis auprès d'un médecin légiste.

Dans ce cas le médecin qui a rempli le certificat de décès se charge de prévenir les autorités judiciaires (procureur de la République ou police ou gendarmerie) le certificat de décès est transmis au bureau des entrées et le défunt est transféré à la chambre mortuaire de l'hôpital.

L'obstacle médico-légal entraine une suspension de toute opération funéraire (soins de conservation, inhumation) jusqu'à ce que le Procureur émette un « permis d'inhumer » qui rende à nouveau possibles les opérations funéraires.

Chapitre 6. Cas particuliers de prise en charge

ARTICLE 58. Prélèvements et greffes d'organes

58.1. Autorisation

Le CHU de Clermont-Ferrand dispose d'une autorisation, délivrée par la Directrice générale de l'Agence Régionale de la Santé. Pour être autorisé à effectuer des prélèvements d'organes sur une personne vivante, le CHU a dû :

- Justifier d'une organisation et de conditions de fonctionnement permettant l'exécution satisfaisante des opérations de prélèvement ;
- Disposer sur le site d'un service de réanimation ;

- Disposer du personnel médical et des autres personnels nécessaires à l'exercice de l'activité de prélèvement ;
- Disposer des locaux, et au moins d'une salle d'opération, dotés du matériel nécessaire à l'exécution des actes chirurgicaux de prélèvement.

58.2. Intérêt thérapeutique

Un prélèvement d'organes sur une personne vivante ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique d'un receveur.

58.3. Qualité du donneur

Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère du receveur.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, peuvent être autorisés à se prêter à un prélèvement d'organe dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur son conjoint, ses frères ou sœurs, ses fils ou filles, ses grands-parents, ses oncles ou tantes, ses cousins germains et cousines germaines ainsi que le conjoint de son père ou de sa mère. Le donneur peut également être toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur ainsi que toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur.

Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

58.4. Information et recueil du consentement

L'information est délivrée au donneur par un comité d'experts ou, en cas d'urgence vitale, par le médecin qui a posé l'indication de greffe ou par tout autre médecin du choix du donneur.

L'information porte sur les risques courus par le donneur, sur les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychologique du prélèvement, sur les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur la vie personnelle, familiale et professionnelle du donneur ainsi que, le cas échéant, sur les modalités d'un don croisé. Elle porte également sur les résultats qui peuvent être attendus de la greffe pour le receveur. Le donneur est également informé de la nécessité de prélever et de conserver des échantillons biologiques à visée de biovigilance ainsi que de leur possible utilisation à des fins scientifiques dans le respect des dispositions de l'article L1211-2 du Code de la santé publique.

Le donneur exprime son consentement, le cas échéant à un don croisé, devant le président du tribunal judiciaire ou son délégué saisi par simple requête. Si le recours à un don croisé est prévu, la requête en fait mention. Le ministère d'avocat n'est pas obligatoire.

ARTICLE 59. Organisation des soins psychiatriques

59.1 Admission en soins psychiatriques avec le consentement de la personne

En principe, une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans l'autorisation de son représentant légal, si elle est mineure, ou celle de la personne chargée de la protection, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, faire l'objet de soins psychiatriques.

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

En accord avec la personne concernée, une hospitalisation peut être décidée. Elle est alors déterminée avec l'équipe médicale et prend fin sur décision de cette dernière ou du patient. Les titulaires de l'autorité

parentale, les majeurs protégés, seuls ou assistés, ou les personnes chargées de les représenter peuvent également consentir à une hospitalisation.

Si le médecin estime qu'un maintien du patient en milieu psychiatrique s'impose, dans son intérêt ou celui d'un tiers, et en l'absence de volonté de la personne concernée, il peut procéder à la mise en œuvre d'une procédure d'admission dans le consentement du patient.

Dans les autres situations, les conditions de séjour sont les mêmes que pour les patients hospitalisés pour d'autres motifs.

Dans le cas d'altération de la capacité de la personne à identifier ses propres troubles et à solliciter de l'aide, un recours aux soins peut être décidé et organisé même en l'absence de demande formulée en ce sens par l'intéressé.

59.2 Admission en soins psychiatriques sans le consentement de la personne[59]

Ce cas de figure nécessite une collaboration étroite entre les différentes parties : entre professionnels et entre professionnels et l'entourage et autres acteurs locaux impliqués. L'organisation des soins doit être pensée dans la plus grande pertinence pour que le parcours de soins soit fluide et puisse s'appuyer sur les différents dispositifs à disposition sans être illégalement attentatoire à la liberté d'aller et venir.

Les procédures encadrant les soins psychiatriques sans consentement sont prévues par les dispositions des articles L3211-1 et suivants et L3222-1 et suivants du Code de la santé publique.

Les soins psychiatriques sans consentement se divisent en en deux grandes catégories distinctes :

1. Les soins psychiatriques sur demande du directeur de l'établissement (SDDE)
   Anciennement soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;

2. Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)
   Anciennement soins psychiatriques hospitalisation d'office (HO)

59.2.1 Les soins psychiatriques à la demande du directeur de l'établissement (SDDE)

Conformément à l'article L3212-1 du Code de la santé publique, une personne ne peut faire l'objet de soins psychiatriques que lorsque deux conditions sont réunies :

- Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;
- 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 particulière.

La décision d'admission est prononcée par le Directeur de l'établissement.

L'hospitalisation peut être demandée à la demande d'un tiers. Il peut s'agir :

- D'un membre de la famille du malade.
- D'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.
- Du tuteur ou curateur d'un majeur protégé, si ce dernier rempli les deux conditions nécessaires.

La décision d'admission doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions sont réunies.

Le premier certificat médical ne doit pas être établi par un médecin de l'établissement accueillant la personne concernée. Il doit être établi par un médecin extérieur au CHU, qui constate l'état mental de

[59] Articles L3212-1 à L3212-12 et R. 3212-1 à R. 3213-3 du Code de la santé publique

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 mentionné à l'article L3222-1 du Code de la santé publique qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Egalement, le directeur de l'établissement peut prononcer la décision d'admission lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande d'un tiers 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 mêmes conditions que pour le précédent.

Dans ce cas, le Directeur de l'établissement doit informer, 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.

59.2.2 Les soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat ou du maire (SDRE)

Ce dispositif s'appuie sur les articles L3213-1 et suivants du code de la santé publique et L2212-2 du code général des collectivités territoriales. Ainsi, le Préfet dispose d'une compétence de principe (a) et le maire d'une compétence propre, mobilisable en cas d'urgence (b).

(a) Selon l'article L3213-1 CSP, l'admission en soins sans consentement décidée par le Préfet requiert la réunion des conditions suivantes :

> La présence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public
>
> L'attestation de présence de ces critères est précisée par un certificat médical

Il s'agit ainsi, dans ce cas de protéger les tiers et l'ordre public et non pas seulement la personne concernée par la disposition.

(b) La compétence de police administrative du maire est citée à l'article L.3213-2 CSP

Cet article dispose que « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures ».

L'admission est donc arrêtée par le maire dans l'attente d'une décision du Préfet qui interviendra dans les 48h, pour confirmer la décision du maire, adossée à un second certificat médical. Il reste impératif que cet arrêté d'admission soit fondé sur un certificat médical ou, à défaut, un avis rendu par un médecin tel que mentionné à l'article L.3213-2 du CSP.

59.2.3 Déroulement de la prise en charge

La personne doit faire l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin doit réaliser un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil doit établir un certificat médical :

- Qui constate d’une part son état mental ;
- Qui confirme ou non d’autre part, la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission.

Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical sur la base duquel la décision d'admission a été prononcée.

Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans ce dernier certificat (établi dans les soixante-douze heures) la forme de la prise en charge qui peut être soit :

- Une hospitalisation complète,
- Des soins ambulatoires,
- Des soins à domicile,
- Le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet.

A tout moment de la prise en charge, la contrainte peut être levée.

Conformément à l’article L3211-1-3 du Code de la santé publique, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles de la personne admise en hospitalisation sans consentement doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, la personne doit être, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

Elle doit être informée de sa situation juridique, ses droits et des voies de recours qui lui sont offertes.

Les soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète sont soumis au contrôle du Juge des libertés et de la Détention. Il peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques. La saisine peut être formée par :

- Lui-même ;
- La personne faisant l'objet des soins ;
- Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- La personne qui a formulé la demande de soins ;
- Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- Le procureur de la République

ARTICLE 60. Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

60.1. Libre choix de la personne

La personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord.

Préalablement à son admission, la personne soignée doit être, ainsi que sa famille ou la personne de confiance, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- Les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance ;
- Les montants des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge par les organismes de protection sociale et les collectivités départementales.

60.2. Modalités de l'admission

Le CHU remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un livret d'accueil dans lequel se trouve la charte de la personne soignée et les chartes spécifiques à la personne âgée hospitalisée.

Un contrat de séjour est également conclu entre l'intéressé et le CHU afin de déterminer les objectifs, la nature de la prise en charge du résident et de fixer les prestations offertes ainsi que les coûts.

60.3. Frais de séjour

L'établissement est soumis aux règles du Code de l'action sociale et des familles relatives aux USLD et EHPAD habilités à l'aide sociale, et à celles de la comptabilité publique hospitalière.

Ces frais sont arrêtés annuellement par le Président du Conseil Départemental du Puy de Dôme pour les tarifs hébergement et de dépendance et par la Directrice générale de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) d'Auvergne Rhône Alpes pour le forfait soins.

60.3.1. Tarif hébergement

Il comprend, tel que le prévoit la réglementation, les charges hôtelières et générales indépendantes du niveau de dépendance ou de l'état de santé du résident et notamment :

- Les frais d'occupation des locaux dont les travaux d'entretien, les matériels et mobilier, le chauffage et les charges d'investissement ;
- Les charges hôtelières, dont les repas, le blanchissage, l'eau et l'électricité ;
- Les charges de personnel qui en découlent : administration, personnel d'entretien, de blanchisserie et de ménage et personnel d'animation ;

Il ne comprend pas les frais de coiffure, d'esthétique et de pédicurie qui restent à la charge du résident.

Le tarif hébergement est acquitté par le résident ou sa famille, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale.

En cas de non-paiement par le résident ou sa famille du tarif hébergement, le CHU se réserve le droit de mettre en œuvre l'obligation alimentaire.

60.3.2. Tarifs dépendance

Ils comprennent, tel que le prévoit la réglementation, les charges induites par le niveau de dépendance du résident :

- Une partie des frais de blanchissage et d'entretien : personnels, matériels, produits, énergie ;
- Une partie des frais de personnels qui apportent leur aide aux résidents dans les actes de la vie quotidienne ;
- Les fournitures pour l'incontinence.

Trois tarifs sont arrêtés annuellement par le Président du Conseil Départemental du Puy de Dôme par niveau de dépendance : GIR 1-2, GIR 3-4, GIR S-6.

Le niveau de dépendance est évalué par le médecin de l'unité, pour chaque résident, après son entrée, puis une fois par an. Ce classement déterminera le tarif qui lui sera appliqué et sera à sa charge.

Pour les personnes de plus de 60 ans, classées dans un niveau de dépendance de 1 à 4, l'allocation personnalisée d'autonomie peut être demandée auprès du Président du Conseil Départemental du département de situation de son domicile avant son entrée. Si l'APA est accordée, le résident ou son représentant s'engage à ce qu'elle soit versée directement à l'établissement.

60.3.3. Dotation soins

Elle couvre toutes les charges relatives aux soins médicaux et paramédicaux apportés au résident dans les unités :

- Médicaments et fournitures médicales ;
- Charges de rémunérations des médecins, des infirmiers et d'une partie des personnels aides-soignants ;
- Matériels équipements nécessaires aux soins.

Ces dépenses sont couvertes par une dotation versée par l'assurance maladie directement à l'établissement.

60.4. Conditions de facturation

Les personnes soignées et/ ou leurs familles et/ou la personne de confiance doivent être informées préalablement à l'admission des conditions financières d'hébergement. Cette information doit contenir :

- Les conditions financières de prise en charge ;
- Les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence de la personne soignée (en cas d'hospitalisation ou pour convenance personnelle) ;
- Les modalités d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- Les clauses de résiliation du contrat de séjour.

60.5. Respect des personnes

La dignité, l'intimité et la vie privée de la personne soignée doivent être strictement respectées.

60.6. Projet de soins et projet de vie

L'établissement met en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en compte de l'état global de la personne soignée et son évolution. L'élaboration du projet de soins organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels de la personne soignée et, notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet doit rechercher le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hospitalisation, et favoriser les liens de la personne soignée avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des personnes soignées et de leur vie sociale au sein de l'hôpital est un élément essentiel dans leur prise en charge. Toutes les initiatives tenant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu'elles émanent des personnes soignées, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures à l'hôpital. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et venir. Ces initiatives sont coordonnées par l'établissement et s'articulent avec le projet de soins.

60.7. Relation avec les familles

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein de l'établissement doit être encouragée et facilitée. Chaque fois que les conditions notamment sanitaires le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien de la personne soignée : présence la

nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas, permission de sortie.

60.8. Domicile

La chambre des personnes soignées est considérée comme leur domicile. Les personnes soignées sont tenues de souscrire une Police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat est remise à l'établissement.

Le résident peut apporter des petits éléments de mobilier dans les limites de l'espace restant à sa disposition dans la chambre et des nécessités de service.

ARTICLE 61. Dispositions particulières aux établissements d'hébergement des personnes âgées

61.1. Domaine d'application des dispositions relatives aux EHPAD

L'ensemble des dispositions relatives aux personnes soignées sont également applicables aux personnes soignées admis dans les EHPAD mais les besoins particuliers de ces personnes soignées rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour.

61.2. Personnes concernées

L'EHPAD du site Louise-Michel reçoit des personnes âgées ne jouissant plus de leur pleine autonomie pour effectuer les actes courants de la vie quotidienne.

L'accord préalable du médecin du Conseil Départemental est nécessaire pour toute personne ayant moins de soixante ans.

61.3. Services proposés

L'Hébergement – Les unités accueillent les personnes âgées en chambres à un lit ou à deux lits, selon les disponibilités, et sur l'avis du Chef de service et du cadre soignant.

Les résidents ont la possibilité de personnaliser leur chambre avec des objets décoratifs et des mobiliers personnels (à l'exception du lit et de la table de nuit).

Les Repas – En fonction de l'état de santé de chaque résident, les repas peuvent être servis :

- Soit dans le restaurant commun aux 3 unités d'hébergement, situé au rez-de-chaussée.
- Soit au sein des unités (dans la salle à manger ou dans la chambre du résident, si son état de santé l'exige).

Une collation peut également être servie en début ou en cours de nuit aux résidents qui le souhaitent.

Le linge – Le linge de table, de toilette et les draps sont fournis en totalité et sont entretenus par la blanchisserie du CHU. Cette prestation est intégrée dans le tarif hébergement à la charge du résident.

Le résident dispose de ses vêtements personnels. Le linge personnel du résident est marqué à son nom par la lingerie de l'établissement. Le lavage est assuré par l'établissement, sauf si la famille souhaite assurer elle- même l'entretien du linge personnel.

Elle doit dans ce cas le signaler au cadre soignant. L'entretien du linge par la famille n'entrainera pas pour autant une réduction du tarif hébergement.

Soins d'hygiène – Il est demandé au résident de fournir et de renouveler régulièrement tous les objets de toilette qui lui sont nécessaires. Les protections pour incontinence sont fournies par l'établissement.

Les résidents bénéficient tous les jours de soins d'hygiène. Chaque unité dispose d'une salle de bains équipée d'une douche, d'un chariot douche ainsi que d'un équipement permettant les douches au lit.

Courrier – Tous les jours, du lundi au vendredi, le courrier arrivé est distribué et le courrier départ est relevé. Les résidents abonnés à un quotidien, le reçoivent tous les matins.

Téléphone – Chaque résident peut, s'il le souhaite, bénéficier d'un poste téléphonique. La gestion des lignes téléphoniques est assurée par une société prestataire.

Si le résident est transféré dans un autre service du CHU, il conserve le numéro de téléphone qui lui avait été attribué ainsi que la part éventuellement non consommée de son forfait de téléphone.

Téléviseur - Le résident peut utiliser son téléviseur personnel, pour cela une vérification de conformité électrique doit être faite par l'équipe technique de la structure.

Visites – Les visites peuvent avoir lieu toute la journée, sous réserve du respect de l'organisation du service et des soins donnés aux résidents, notamment le matin.

Lorsque l'état de santé du résident le justifie, la présence d'un accompagnant peut être autorisée la nuit. L'organisation matérielle de cette présence (repas, couchage…) peut être étudiée avec le cadre soignant.

Sorties - Chaque résident peut sortir pour la journée, le week-end ou une période de vacances, sous réserve d'avoir obtenu l'accord du personnel médical. A cette occasion, les médicaments et protections urinaires sont fournis par l'établissement.

Coiffeur – L'établissement dispose d'un salon de coiffure, plusieurs professionnels proposent leurs services. Ils interviennent au lit du résident s'il ne peut se déplacer. La facture est envoyée par le professionnel à la personne qui a sollicité le rendez-vous.

Pédicure – Les soins sont assurés par des professionnels extérieurs à l'établissement. Les soins sont dispensés en cabinet ou au sein de l'établissement. La facture est envoyée par le pédicure à la personne qui a sollicité le rendez-vous.

Le choix du médecin traitant – Les résidents des unités d'EHPAD gardent le libre choix du médecin traitant. Ils peuvent à leur convenance conserver leur médecin traitant ou déclarer le médecin responsable de l'unité d'accueil comme médecin traitant.

Ce choix n'aura aucun impact sur la prise en charge médicale qui continuera d'être assurée par le praticien de l'établissement. Cependant, pour les organismes d'Assurance Maladie, seul le médecin traitant déclaré est autorisé à solliciter une prise en charge au titre d'une affection de longue durée et à en assurer le renouvellement.

Il revient donc à la famille ou au représentant légal de s'assurer auprès du médecin traitant de la continuité de la prise en charge sur le plan administratif.

Loisirs – L'équipe d'animation propose tous les jours des activités différentes qui sont organisées soit à tour de rôle dans Chacune des unités de soins, soit de façon globale pour l'ensemble des résidents. Le programme des activités d'animation hebdomadaires est affiché dans les unités de soins.

Certaines animations (spectacles, sorties…) peuvent être payantes et une participation financière peut-être demandée aux résidents.

« L'espace-tendresse » est un lieu situé dans lequel chaque résident peut recevoir sa famille et partager avec elle le repas, ou le goûter qu'elle aura apporté ou préparé sur place. L'espace tendresse dispose d'une cuisine équipée, d'un petit salon avec téléviseur et d'une terrasse clôturée avec barbecue. L'espace tendresse est mis à disposition des familles sur réservation préalable auprès du service animation ou de l'accueil de l'établissement. Il appartient aux familles de maintenir cet espace en bon état de propreté.

L'établissement dispose également d'un kiosque à journaux, ouverts les après-midi du lundi au vendredi.

61.4. Admission en EHPAD

L’admission est prononcée par le Directeur, sur présentation d’un dossier comportant un volet administratif et un volet médical datant de moins de 6 mois (rempli par le médecin traitant ou celui de la structure d’hospitalisation ou d’hébergement).

Une fois admis, l'établissement doit fournir à la personne accueillie et à sa famille une information claire sur le fonctionnement de l'établissement, sur ses droits et ses obligations et ses conditions de prise en charge.

Un livret d'accueil, le règlement de fonctionnement de l'établissement et un contrat de séjour (équivaut à un bail d'habitation) sont remis à chaque résident au moment de l'admission ; il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

61.5. Tarification des prestations

61.5.1. Tarif hébergement

Le tarif hébergement recouvre l'intégralité des prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il n'est pas lié à l'état de dépendance de la personne âgée et est donc identique pour tous les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort. Le tarif hébergement est fixé chaque année par le Conseil Départemental du Puy de Dôme, sur proposition de l’établissement.

Il est à la charge du résident. Les tarifs font l’objet d’un affichage au sein de l’établissement.

Le résident peut éventuellement prétendre, en fonction de ses ressources, à l’allocation logement social (ALS) versée par la Caisse d’allocations familiales. En cas d’insuffisance de ressources, le résident peut faire appel à l’aide sociale. L’assistante sociale est à la disposition des résidents et des familles pour tout renseignement sur ces différentes prestations.

En cas de décès de la personne âgée, seules les prestations d’hébergement délivrées avant le décès peuvent être facturées à sa famille. Les sommes perçues d'avance doivent être restituées dans les 30 jours qui suivent le décès.

Aucune clause du contrat de séjour ne peut obliger la famille à payer des prestations d'hébergement non délivrées du fait du décès du résident.

61.5.2. Tarif dépendance

Le tarif dépendance recouvre les prestations spécifiques « hors soins » directement liées à la dépendance du résident (coût hôtelier, prestations relationnelles et d’aide dans les gestes de la vie quotidienne).

Ce tarif est calculé en fonction de l’état de dépendance du résident, sur la base d’une évaluation (classification en GIR : voir plus bas) faite par l’équipe soignante et médicale. Cette évaluation permet également, en corrélation avec des critères de ressources, de fixer le montant de l’APA (allocation personnalisée d’autonomie) dont peut bénéficier le résident. Cette prestation doit être demandée au Conseil Départemental.

Le « tarif dépendance » est à la charge du résident. L’APA permet de prendre en charge une partie de ce tarif mais le résident devra au minimum acquitter un « ticket modérateur » qui correspond au tarif du GIR5/6.

Pour chaque résident bénéficiaire de l’APA, celle-ci est versée directement au CHU par le Conseil Départemental. Le résident reçoit la facture correspondant à la partie dépendance non prise en charge par l’APA.

Les « tarifs dépendance » sont fixés chaque année par le Conseil Départemental du Puy de Dôme, sur proposition de l'établissement.

En cas d'hospitalisation dans un autre service du CHU :

- Le résident doit s'acquitter du tarif hébergement diminué du montant du forfait journalier hospitalier, puisque le service conserve la chambre en attendant le retour du résident.
- L'APA est maintenue les 30 premiers jours.

Il est demandé, à l'entrée dans l'établissement, une avance sur le premier mois qui sera déduit de la première facture.

Les factures mensuelles sont envoyées soit au résident, soit à son représentant légal, soit au proche qui gère les ressources du résident.

61.5.3. Tarifs soins

Le tarif soins recouvre l'intégralité des dépenses de fonctionnement de l'établissement relatives aux charges du personnel. Il est directement versé à l'établissement par l'Assurance maladie, le résident n'a donc rien à payer, à l'exception des consultations de médecins généralistes ou spécialistes de ville qui ne sont pas incluses dans ce tarif et sont donc à sa charge. Les règles de remboursement sont alors les mêmes que s'il vivait à son domicile.

61.6. Aides financières

En cas de ressources insuffisantes et lorsque les obligés alimentaires, c'est-à-dire les descendants de la personne âgée, ne peuvent contribuer au financement des dépenses du résident, les frais peuvent, selon les cas, être compensés en partie par :

- L'Allocation de Logement Sociale (ALS) pour le tarif hébergement,

L'établissement est habilité afin d'accueillir des personnes bénéficiaires de l'aide sociale, cette prestation est versée par le Conseil Départemental en fonction des ressources et du patrimoine du résident et de la solvabilité des obligés alimentaires. Les sommes versées à ce titre sont récupérables sur succession.

- L'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA), pour le tarif dépendance.

TROISIEME PARTIE

Droits des patients

ARTICLE 62. Chartes

62.1. Charte de la personne hospitalisée[60]

Le CHU respecte les droits des personnes hospitalisées. Les principes inscrits dans la charte de la personne hospitalisée sont les suivants :

- Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge,
- Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins,
- L'information donnée à la personne soignée doit être accessible et loyale,
- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne soignée,
- Un consentement spécifique est prévu pour certains actes,
- Une recherche impliquant la personne humaine ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles,
- La personne soignée peut à tout moment quitter l'établissement,
- La personne soignée est traitée avec égards,
- Le respect de la vie privée est garanti à toute personne,
- La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant,
- Toute personne soignée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil.

Le texte intégral de la Charte des patients hospitalisés est disponible sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé.

62.2. Charte de l'enfant hospitalisé

Le CHU respecte les droits des enfants réaffirmés par la charte de l'enfant hospitalisé[61] qui sont les suivants :

- L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
- Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
- On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.

On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

- Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins.

[60] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et circulaire DHOS/E1/DGS/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées
[61] Charte européenne de l'enfant hospitalisé de 1988

On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.

- Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
- L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
- L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.
- L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

66.3. Charte de la personne âgée hospitalisée

Le CHU respecte la charte de la personne âgée hospitalisée qui a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

Cette charte énonce que :

- Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
- Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus.
- Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
- Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisants.
- Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.
- Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.
- L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

CHAPITRE 1. Dossier médical et données du patient

ARTICLE 63. Dossier médical

63.1. Contenu[62]

[62] Articles R1112-2 et R1112-3 du Code de la santé publique

Pour tout patient pris en charge au CHU, que ce soit en consultation ou en hospitalisation, un dossier médical doit être constitué. Le dossier médical n'appartient pas au malade qui a des droits sur son dossier ni à l'établissement de santé qui l'a constitué qui a des devoirs de conservation et de sécurisation de ce dossier.

Ce dossier doit contenir au moins les éléments suivants (article R1112-1), ainsi classés :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ;
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour ;
- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

63.2. Accès

Toute personne peut avoir accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, des établissements de santé qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé. Le directeur de l'établissement doit veiller à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication de ces informations[63].

Ainsi, le patient peut demander la communication de l'intégralité des documents médicaux conservés dans son dossier médical à l'exception des informations recueillies auprès de tiers. Si le patient est décédé, ses ayants-droits peuvent accéder à certaines informations médicales concernant le patient. Cependant, cet accès doit répondre à trois motifs visés à l'article L1110-4 du Code de la santé publique :

- Connaitre les causes de la mort,
- Défendre la mémoire du défunt,
- Faire valoir leurs droits

Sous réserve de l'opposition prévue aux articles L1111-5 et L1111-5-1, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Si le patient est un majeur sous tutelle, il appartient à son tuteur d'effectuer la demande de communication du dossier médical. Dans les autres cas de protection, curatelle ou sauvegarde de justice, la personne peut effectuer elle-même la demande de communication du dossier médical.

La demande peut arriver par lettre adressée à un service, à la Direction Générale du CHU, au Département d'information médicale, ou à la Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Droits des Usagers. Elle peut également arriver par mail, ou oralement.

En application de l'article L1111-7 du Code de la santé publique, la communication du dossier médical doit être effectuée dans des conditions de délais précises :

- Au plus tard dans les huit jours suivant la demande,
- Au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé.

Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de

[63] Article L1111-7 du Code de la santé publique

l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

63.3. Conservation

Le CHU assure la conservation du dossier médical des personnes soignées. 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. L'établissement ne délivre que des copies.

La durée de conservation des pièces du dossier médical est en principe de 20 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

Les dossiers de transfusions sanguines sont conservés 30 ans.

ARTICLE 64. Dossier médical partagé (DMP)[64]

Conformément à l'article R. 1111-26 du Code de la santé publique, le dossier médical partagé est un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients, dont les modalités de création, d'accès et de fonctionnement sont régies par la présente section.

Le DMP est créé pour tout bénéficiaire de l'assurance maladie, si la personne ou son représentant légal n'exerce pas de droit d'opposition à sa création.

Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, chaque professionnel de santé reporte dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

ARTICLE 65. Traitement des données à caractère personnel

Lors de l'admission et du séjour de la personne soignée au sein de l'établissement, des données à caractère personnel, d'ordre administratif, social ou médical, sont recueillies par le CHU. Destinés à la gestion des dossiers administratifs ou médicaux, ces données font l'objet de traitement informatisé. Leur durée de conservation est basée sur des textes législatifs ou réglementaires en vigueur.

Le CHU veille à la sécurité matérielle et technique du traitement, de la confidentialité et de la conservation de ces informations.

Conformément à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés[65], ces traitements ne doivent pas porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

En application de cette même loi, le patient bénéficie, après avoir justifié de son identifié, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation. Il a également la possibilité de s'opposer, sous certaines conditions, à la saisie et aux traitements de ces données personnelles.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette présente Loi. Tout traitement informatique spécifique mis en

[64] Article L1111-14 du Code de la santé publique
[65] Modifiée par la Loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles

œuvre au sein du CHU et gérant des données nominatives doit être déclaré à la CNIL, avant qu'il ne soit mis en exploitation.

L'utilisation ainsi que le contrôle des moyens informatiques du CHU est régie par la Charte de Bon Usage des Technologies de l'Information élaborée conformément aux recommandations de la CNIL et validées par les instances représentatives du personnel.

A des fins de recherche, ou à des fins statistiques, des données à caractère personnel recueillies au cours de la prise en charge du patient peuvent être utilisées. Le patient doit en être automatiquement informé et peut s'y opposer.

ARTICLE 66. Secret des données relatives au patient

66.1. Etendue du secret

Toute personne prise en charge par le CHU a le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant[66]. Les patients hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement. Ils peuvent également refuser toute visite.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical, telles que le diagnostic ou l'évolution de la maladie, ne peuvent être données que par le médecin dans les conditions définies par le Code de la santé publique. Les renseignements courants portant sur l'état de santé de la personne soignée ne peuvent être fournies que par les médecins aux membres proches de la famille, après accord de la personne soignée.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé et de tout membre du personnel du CHU. Le secret doit couvrir tout ce qui est venu à la connaissance des professionnels dans le cadre de leurs fonctions, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais aussi ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

66.2. Dérogations au secret

66.2.1. Secret à l'égard du patient

Selon l'article L1111-2 CSP, 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.

66.2.2. Secret à l'égard des représentants légaux des patients mineurs

Les patients mineurs peuvent s'opposer expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale et à leur information pour certains soins et actions de prévention (L1111-5 et R1111-6 CSP). Ils peuvent consentir, en souhaitant garder le secret, à des actes de prévention, de dépistage, de diagnostic ou de soins s'imposant pour sauvegarder leur santé, à une interruption volontaire de grossesse, ou encore au dépistage de maladies infectieuses transmissibles.

Le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la

[66] Article L1110-4 du Code de la santé publique

sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

Conformément à leur droit à l'intimité et à la confidentialité lors des soins, les patients mineurs ont également la possibilité de rencontrer le professionnel de santé en tête à tête et d'être examinés hors de la présence de leurs parents.

66.2.3. Secret à l'égard des représentants légaux des majeurs protégés

Si la personne chargée de la protection n'a reçu qu'une mission d'assistance pour les actes relatifs à la personne du majeur protégé ou certains d'entre eux dont les soins, le secret peut lui être opposé à la demande expresse de celui-ci.

Lorsque la mesure de protection ne concerne pas expressément les actes relatifs à la personne du majeur protégé, le secret est opposable en tout état de cause à la personne chargée de la protection.

Les majeurs protégés bénéficient d'un droit à l'intimité et à la confidentialité lors des soins.

66.2.4. Secret à l'égard de l'entourage des patients

Qu'il s'agisse de la personne de confiance, de la famille ou des proches, le secret est opposable à l'entourage du patient en l'absence d'accord de ce dernier pour que ceux-ci reçoivent des informations son état de santé.

Des dérogations ont été instituées pour permettre l'accompagnement des patients ou lorsque ces derniers sont dans l'incapacité d'exprimer leur volonté.

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

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Lorsque le patient se trouve en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, il convient de se référer au chapitre « L'accompagnement en fin de vie » du présent règlement.

Conformément aux articles L1110-4 et L1111-7 du Code de la santé publique, le secret médical ne fait pas obstacle, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, à ce que certaines informations concernant cette personne soient délivrées à ses ayants-droits, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Ces informations doivent être nécessaires pour connaitre les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits.

CHAPITRE 2. Information et recueil du consentement

SECTION 1. INFORMATION

ARTICLE 67. Information : dispositions générales

67.1. Information administrative

Toute personne soignée doit être informée sur les frais auxquels elle est exposée à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic et de soins et sur les conditions de prise en charge.

67.2. Information sur l'identité du personnel

Les personnes hospitalisées ou consultantes doivent être informées par tous les moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins.

En effet, dans un souci d'humanisation de la prise en charge des personnes soignées, il est important que ceux-ci puissent identifier les membres de l'équipe soignante. Une identification du personnel est instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte. Il convient que tout agent respecte le principe d'identification établi dans un souci de facilitation des relations avec les personnes soignées comme des relations interprofessionnelles.

Dans le même objectif, les agents doivent décliner leur identité professionnelle lorsqu'ils reçoivent ou émettent une conversation téléphonique.

ARTICLE 68. Information médicale

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information doit porter 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[67].

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.

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, le médecin doit tenir compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension[68].

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection. Si le malade a préalablement interdit cette révélation, les proches ne doivent pas être prévenus, sauf si certains ont été expressément désignés.

Lorsque plusieurs professionnels de santé interviennent, chacun informe la personne des éléments relevant de son domaine de compétences en les situant dans la démarche générale de soin. Chaque professionnel de santé n’a pas à présumer que l’information relevant de ses compétences a été donnée par d’autres. Toutefois, il s’enquiert des informations déjà délivrées et en tient compte pour celles qu’il donne.

Un référent unique, professionnel de santé, remet à la personne une synthèse des données médicales la concernant, et cela aux différentes étapes du processus de soin. Le choix du référent tient compte des souhaits exprimés par la personne[69].

En principe, c’est le patient et lui seul qui doit recevoir l’information.

Concernant les patients mineurs ou les majeurs placés sous tutelle, il appartient aux titulaires de l’autorité parentale ou au tuteur de recevoir l’information prévue par le présent article. Dans ce cas, les patients peuvent également recevoir l’information et participer à la prise de décision les concernant, d’une manière adaptée soit à leur degré de maturité s’agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement concernant les personnes majeures sous tutelle.

[67] Article L1111-2 du Code de la santé publique
[68] Article R. 4127-35 du Code de la santé publique
[69] Recommandations de bonne pratique « Délivrance de l’information à la personne sur son état de santé » HAS - 2012

ARTICLE 69. Les modalités de délivrance de l'information[70]

69.1. Entretien individuel

L'information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel[71].

L'entretien permet d'ajouter aux informations génériques des éléments adaptés à la situation de la personne, ainsi que de répondre aux questions qu'elle se pose, et de lui permettre d'exprimer ses préférences.

La délivrance de l'information requiert du tact, du temps et de la disponibilité, ainsi qu'un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la personne. Il est souvent nécessaire de délivrer l'information de façon progressive et en plusieurs fois. Elle est réitérée à chaque fois que cela est nécessaire et elle est régulièrement actualisée.

Lorsque la personne exprime la volonté de ne pas être informée, cette volonté est respectée par le professionnel de santé, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Dans ce dernier cas, seule la personne concernée est destinataire de l'information.

69.2. Entretien en présence d'un accompagnant

Lorsque la personne est accompagnée, il convient de s'assurer de son souhait que l'accompagnant soit présent lorsque l'information est délivrée.

Il est important de lui proposer que l'entretien soit en partie en tête à tête, sauf si la personne s'y oppose.

Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de faire appel, si possible, à un interprète. De même, lorsque la personne est en situation de handicap sensoriel (surdité) ou moteur (dysarthries) en dehors de toute altération cognitive, il est recommandé de faire appel à un assistant de communication.

69.3. Entretien en présence de la personne de confiance

Lorsque la personne malade a désigné une personne de confiance[72] et a choisi de se faire assister par elle lors de l'entretien, ce dernier a lieu en présence de la personne de confiance.

Il est important de proposer qu'une partie de cet entretien se fasse en tête à tête, sauf si la personne s'y oppose.

ARTICLE 70. Limites de l'information

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent dispenser le professionnel de santé de délivrer l'information.

De plus, 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. Le professionnel doit néanmoins informer le patient des conséquences éventuelles de son refus.

Un refus du patient d'être informé n'exclut pas, sauf interdiction ou limitation de sa part, une information des proches en cas de diagnostic ou de pronostic grave[73].

---

[70] Recommandations de bonne pratique « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé » HAS - 2012
[71] Article L1111-2 du Code de la santé publique
[72] Article L1111-6 du Code de la santé publique
[73] Articles L1110-4 et R. 4127-35 du Code de la santé publique

SECTION 2. CONSENTEMENT

ARTICLE 71. Recueil du consentement : dispositions générales

71.1. Principe du recueil du consentement[74]

En vertu du principe de codécision, toute personne doit prendre, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne. Conformément à l'article 16-3 du Code civil, le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Si la personne majeure est en état de s'exprimer, elle seule peut consentir à l'acte. Cependant, si elle est hors d'état de s'exprimer, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6 CSP, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Le consentement peut être retiré à tout moment.

71.2. Forme du consentement

Le consentement du patient doit être donné de façon manifeste et claire, par oral.

L'expression du consentement du patient n'est pas subordonnée à l'établissement d'un écrit sauf dans certains cas particuliers comme par exemple : les diagnostics prénatals et préimplantatoires (articles L2131-1 et L2131-4 du Code de la santé publique), les recherches impliquant la personne humaine, les modifications des caractéristiques du sang avant le prélèvement en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui (article L1221-6 du Code de la santé publique).

ARTICLE 72. Recueil du consentement du patient mineur et du patient majeur protégé

72.1. Recueil du consentement du patient mineur

Le consentement, en principe, doit être celui des représentants légaux. Cependant, conformément à l'article L1111-4 du Code de la santé publique, le consentement du patient mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à sa décision.

72.2. Recueil du consentement du patient majeur protégé

Le consentement des personnes majeures protégées dépend, en principe, de deux éléments :

- Les dispositions législatives spécifiques encadrant la réalisation des actes médicaux concernés et fixant les conditions de recueil du consentement.
- La décision du Juge des tutelles prévoyant ou non, conformément à l'article 459 du Code civil, l'assistance ou la représentation des personnes majeures protégées.

Ainsi, en l'absence de dispositions prévues par la loi, et conformément à la décision du juge, il peut y avoir trois hypothèses ;

- Le majeur protégé consent seul
- Le majeur protégé consent en étant assisté par une personne chargée de sa protection
- La personne chargée de la protection du patient consent à sa place

Cependant, conformément à l'article L1111-4 du Code de la santé publique, le consentement du patient majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à sa décision.

[74] Article L1111-4 du Code de la santé publique

ARTICLE 73. Absence de consentement : dispositions générales

73.1. Urgence[75]

L'urgence peut justifier l'action immédiate des professionnels de santé, sans un recueil préalable du consentement de la personne concernée. Notamment, l'urgence peut :

- Permettre au professionnel de santé de réaliser une intervention ou une investigation sur une personne, même si cette dernière est hors d'état d'exprimer sa volonté, et sans que la personne de confiance, la famille ou les proches ne soient consultés (article L1111-4 du Code de la santé publique)
- Permettre la réalisation d'une intervention mutilante (pour un motif médical très sérieux) sans information de l'intéressé et sans son consentement (article R. 4127-41 du Code de la santé publique)

L'urgence permet également aux professionnels de santé de délivrer des soins à un patient mineur ou à une personne majeure protégée sans le consentement préalable des représentants légaux ou des personnes chargées de la protection.

Sous réserve des dispositions de l'article L1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer, en principe, de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires (article R. 4127-42 du Code de la santé publique).

Il est possible de procéder à une intervention chirurgicale en urgence, sans le consentement du représentant légal du mineur[76].

73.2. Personne hors d'état d'exprimer sa volonté

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté[77].

ARTICLE 74. Refus de soins

74.1. Refus de soins du patient majeur

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement[78]. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité.

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre un traitement, la personne met en danger sa vie, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. La personne peut faire appel à un autre membre du corps médical.

74.2. Refus de soins du patient mineur et du patient majeur protégé

Les titulaires de l'autorité parentale disposent, en principe, du droit de s'opposer à un acte de prévention, de diagnostic, ou de soins concernant le mineur. Cependant, le choix de s'opposer à des soins suppose que les parents du patient suivent, de manière constante et attentive l'évolution de l'état de santé de l'enfant.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin doit délivrer les soins indispensables.

---

[75] Articles L1111-4 et articles R4127-36 et R4127-41 du Code de la santé publique
[76] Article R. 1112-35 du Code de la santé publique
[77] Article L1111-4 du Code de la santé publique
[78] Article L1111-4 du Code de la santé publique

Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Le CHU a la possibilité, tout comme un médecin, de saisir le Ministère public en vue de l'ouverture d'une procédure d'assistance éducative dès lors que le refus des parents créé une situation de danger pour le mineur.

CHAPITRE 3. Accompagnement en fin de vie

ARTICLE 75. Respect de la volonté des patients

75.1 Autonomie décisionnelle

Conformément à l'article L1111-4 du Code de la santé publique, et en application de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le respect de la volonté des patients s'applique, y compris lorsqu'ils sont en fin de vie, à toutes les décisions concernant leur santé.

La volonté des patients peut directement être exprimée par ces derniers au moment des soins.

Le patient doit prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé. Après avoir reçu une information dans les conditions fixées par l'article L1111-2 du Code de la santé publique, le patient doit consentir aux actes de prévention, de diagnostic et de soins.

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour que le patient ait pris conscience, et ait compris la situation.

S'agissant des patients mineurs ou des majeurs protégés, les titulaires de l'autorité parentale ou les personnes chargées de la représentation consentent, en principe, aux soins les concernant. Néanmoins, leurs consentements doivent également être systématiquement recherchés s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

75.2 Avis consultatifs

75.2.1 Les directives anticipées[79]

Les directives anticipées représentent l'opportunité, donnée au patient, d'exprimer sa volonté relative à la fin de sa vie, en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux. Cette possibilité de rédiger des directives anticipées, offerte à toute personne majeure, est consacrée à l'article L1111-11 du Code de la santé publique, issu de la Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, et modifié par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

La personne placée sous tutelle peut également rédiger les directives anticipées avec l'autorisation du Juge des tutelles ou du Conseil de famille s'il a été constitué. Cependant, le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Les directives anticipées s'entendent nécessairement d'un document écrit, daté, et signé par leur auteur, dûment identifié par l'indication de ses noms, prénoms, date et lieu de naissance. Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer ses volontés, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins d'attester que ce document est l'expression de sa volonté.

Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de Santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. L'article R. 1111-18 du Code de la santé publique prévoit une rubrique permettant à la personne d'exprimer sa volonté de

[79] Article L1111-11 du Code de la santé publique

bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès lorsque les traitements la maintenant en vie sont arrêtés.

A tout moment, les directives anticipées sont révisables et révocables.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf :

- En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation ;
- Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, doit être prise à l'issue d'une procédure collégiale, et est inscrite dans le dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, à la famille ou aux proches.

Pour être prises en compte, les directives anticipées doivent être accessibles et exploitables. Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement[80].

Par exemple, elles peuvent être déposées et conservée, sur décision de la personne qui les a rédigées, dans l'espace de son dossier médical partagé, par un médecin de ville, dans le dossier médical.

75.2.2 La personne de confiance[81]

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. La personne de confiance :

- Accompagne le patient, si ce dernier le souhaite, dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ;
- Est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire.

La personne de confiance n'a pas la responsabilité de prendre des décisions en lieu et place du patient. Elle témoigne des souhaits, des volontés et convictions de la personne.

Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage. Ainsi, son avis prévaut sur le témoignage de la famille ou des proches.

En effet, lorsque le patient se trouve en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, le médecin a, conformément à l'article L1111-12 du Code de la santé publique, l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il doit recueillir prioritairement le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

S'il décide d'engager une procédure de limitation ou d'arrêt des traitements, il doit, en l'absence de directives anticipées, recueillir prioritairement, là-encore, auprès de la personne de confiance, le témoignage de la volonté exprimée par le patient[82].

Le médecin peut, à la demande de la personne de confiance, engager la procédure collégiale de limitation ou d'arrêts des traitements.

75.2.3 La famille et les proches

Si la personne n'a pas rédigé de directives anticipées, ni désigné de personne de confiance, le médecin doit consulter la famille ou, à défaut, un de ses proches, avant la réalisation de toute investigation ou

[80] Article R1111-19 du Code de la santé publique
[81] Article L1111-6 du Code de la santé publique
[82] Article R4127-37-2 du Code de la santé publique

intervention conformément à l'article L1111-4, alinéa 5 du Code de la santé publique. Seule l'urgence ou l'impossibilité permettent d'exonérer le médecin d'une telle démarche.

Lorsque la personne se trouve en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, et si elle n'a rédigé aucune directive anticipée, ni désigné de personne de confiance, les mêmes règles s'appliquent. Le médecin doit s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient, en recueillant le témoignage de la famille ou des proches.

ARTICLE 76. Droit à des soins appropriés et prise en charge des symptômes d'inconfort

76.1. Droit à des soins appropriés et principe de proportionnalité

Les patients en fin de vie ont droit, conformément à l'article L1110-5 du Code de la santé publique, aux traitements et soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées.

Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir au patient de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

76.2. Droit à la prise en charge de la souffrance

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance[83]. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition, et compte tenu de la situation, pour que ce droit soit respecté. La souffrance doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie[84].

Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

76.3. Droit à une sédation profonde et continue[85]

76.3.1. Droit à une sédation profonde et continue pour les personnes majeures

Une sédation profonde et continue provoque une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie.

A la demande d'un patient, elle peut être mise en œuvre dans deux situations :

- Lorsque le patient est atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme, et qui présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Le recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue, ou son refus, doit être motivé. Les motifs du recours ou non à cette sédation sont inscrits dans le dossier du patient, qui en est informé.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable, en application des articles L1110-5-1, L1110-5-2 et L1111-4 et dans les conditions prévues à l'article R. 4127-37-2 du Code de la santé publique, le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée

[83] Article L1110-5 du Code de la santé publique
[84] Article R4127-37 du Code de la santé publique
[85] Articles L1110-5-2 et R4127-37-3 du Code de la santé publique

du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées.

Le recours à une sédation profonde et continue, ainsi définie, doit, en l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, être décidé dans le cadre de la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37-2 du Code de la santé publique.

76.3.2. Droit à une sédation profonde et continue pour les personnes mineures

Il peut être admis, en l'absence de consentement des titulaires de l'autorité parentale et dans des situations d'urgence, que la sédation profonde et continue puisse relever des soins indispensables destinés à éviter la souffrance des mineurs et majeurs protégés, que le médecin doit délivrer, conformément à l'article L1111-4 du Code de la santé publique.

76.4. Droit à l'accès à des soins palliatifs[86]

Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. L'objectif de tels soins n'est pas la guérison, mais la préservation de la qualité de la vie des patients et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle.

Le CHU, depuis la Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, et conformément à l'article L1112-4 du Code de la santé publique, a l'obligation de mettre en œuvre les moyens propres à assurer les soins palliatifs que l'état des patients requiert.

Les moyens d'assurer les soins palliatifs doivent :

- être définis dans le projet médical de l'établissement, comprenant un volet relatif à l'activité palliative et devant justifier les pôles ou structures internes au sein desquels sont dispensé les soins palliatifs[87] ;
- être identifiés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens[88] qui définissent, pour les services au sein desquels sont dispensés ces soins, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits de soins palliatifs.

76.5. Droit à l'accompagnement

Le médecin[89], mais également l'infirmier[90] doivent accompagner le patient jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Le médecin veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

Lorsque la personne hospitalisée est en fin de vie, il est priorisé une chambre individuelle. Ses proches sont admis à rester auprès d'elle et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent rester prendre leur repas dans l'établissement et prolonger leur présence en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

[86] Article L1110-9 du Code de la santé publique
[87] Article L6143-2-2 du Code de la santé publique
[88] Article L6114-2 du Code de la santé publique
[89] Article R4127-38 du Code de la santé publique
[90] Article R4312-21 du Code de la santé publique

Les bénévoles d'accompagnement[91], par leur présence, constituent, avec l'accord du patient ou de ses proches, un complément auprès des équipes soignantes[92].

ARTICLE 77. Limitations et arrêts des traitements

77.1. A propos de l'acharnement thérapeutique

Les actes de soins ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable[93]. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.

La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés.

77.2. Procédure de limitation et d'arrêt des traitements

77.2.1. Pour les patients majeurs en état d'exprimer leur volonté

Une limitation ou un arrêt des traitements peut résulter d'une décision exprimée par le patient. Cette décision doit être réitérée dans un délai raisonnable. Le patient peut faire appel à un autre membre de l'équipe médicale[94].

Le médecin est tenu de respecter la volonté du patient à la condition de l'avoir préalablement informé des conséquences de ses choix et de leurs gravités. Cette procédure doit être inscrite dans le dossier médical du patient[95].

Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entrainer une souffrance insupportable, il peut également demander à bénéficier d'une sédation profonde et continue.

77.2.2. Pour les patients hors d'état d'exprimer leur volonté

Le médecin doit rechercher la volonté du patient, celle éventuellement exprimée lorsque son état de santé le lui permettait. Il doit rechercher l'existence de directives anticipées ou, à défaut, consulter la personne de confiance, la famille ou des proches[96].

La décision de limitation ou d'arrêt des traitements ne peut être prise qu'à l'issue d'une procédure collégiale prévue aux articles L1110-5-1 et R. 4127-37-2 du Code de la santé publique. Il doit s'agir d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant extérieur.

La décision de limitation ou d'arrêt des traitements n'est pas subordonnée au consentement de la personne de confiance, ou des membres de la famille ou des proches.

La décision doit impérativement être motivée et inscrite dans le dossier médical. Doivent y figurer les motifs de la décision, la volonté exprimée dans les directives anticipées de limiter ou arrêter les soins, le témoignage de la personne de confiance, de la famille ou des proches.

La décision de limitation ou d'arrêt des traitements doit être notifiée à la personne de confiance ou, à défaut, la famille ou des proches[97].

---

[91] Article L1110-11 du Code de la santé publique
[92] Modalités précisées par la circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
[93] Article L1110-5 du Code de la santé publique
[94] Article L1111-4 du Code de la santé publique
[95] Article L1111-4 du Code de la santé publique
[96] Article R1111-20 du Code de la santé publique
[97] Article R4127-37-2 du Code de la santé publique

La décision, prise par le médecin en charge du patient, doit être mise en œuvre par ce même médecin, ou sous sa responsabilité.

Conformément aux articles L1110-5-1 et L1110-5-2 du Code de la santé publique, le médecin doit sauvegarder, en tout état de cause, la dignité du patient. Il doit lui dispenser des soins palliatifs et recourir, en principe, à une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

77.2.3. Patients mineurs et majeurs protégés

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé[98], le médecin doit recueillir en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

Qu'il s'agisse d'un majeur protégé ou d'un mineur, l'avis exprimé par le tuteur ou le représentant légal ne lie pas le médecin auquel il appartient de prendre la décision d'arrêts des traitements.

[98] Article R4127-37-2 du Code de la santé publique

QUATRIEME PARTIE

Droits et devoirs du personnel hospitalier

Chapitre 1. Droits du personnel hospitalier

ARTICLE 78. Droit à l'expression directe et collective

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des personnels du CHU.

ARTICLE 79. Droit de grève et service minimum

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le règlementent. Ce principe garantit à tout agent le droit de faire grève.

En cas de grève, un service minimum est mis en place afin d'assurer la continuité du fonctionnement des services, lequel ne peut en aucun cas être interrompu.

ARTICLE 80. Droit syndical

Le droit syndical est garanti au personnel de l'établissement qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et exercer des mandats.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, leurs représentants peuvent bénéficier d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable, sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis de l'usager. A ce titre les réunions publiques sont interdites au CHU, sauf autorisation expresse de la Directrice générale ou de son représentant.

ARTICLE 81. Liberté d'opinion

Les agents de l'établissement sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Cette liberté est garantie dans le cadre des lois, règlements et règles statutaires qui la réglementent. La liberté d'opinion s'exerce dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion professionnelle incombant à tout agent de l'établissement.

Toute interview accordée par le personnel dans le cadre de ses fonctions et/ou de son exercice professionnel au sein de l'établissement ou à l'extérieur est, en effet soumise à une autorisation préalable de la Directrice générale par le biais du Service de Communication.

ARTICLE 82. Egalité de traitement

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les professionnels en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance vraie ou supposée à une ethnie.

ARTICLE 83. Accès aux informations nominatives et dossier du professionnel

Pour la gestion et le suivi de la carrière des professionnels qu'il emploie, le CHU constitue un dossier administratif individuel comportant l'ensemble des pièces intéressant la situation administrative des agents.

Ce dossier peut être consulté par l'agent à sa demande.

La Direction des ressources humaines comme l'ensemble des personnels du CHU sont tenus par une obligation de confidentialité vis-à-vis des demandes extérieures d'informations relatives au dossier administratif des professionnels.

ARTICLE 84. Droit à la protection fonctionnelle et juridique

Sous réserve du respect des dispositions réglementaires applicables et lorsque les circonstances le justifient, tout professionnel du CHU, victime d'une attaque (violences, menaces, injures, diffamations, agissements constitutifs de harcèlement…) à l'occasion ou en raison de l'exercice de ses fonctions, peut bénéficier de la protection fonctionnelle de son employeur.

Cette protection fonctionnelle est également accordée lorsque la responsabilité civile ou pénale d'un professionnel est mise en cause par un tiers à l'occasion de faits commis dans l'exercice des fonctions qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

Il appartient au professionnel victime d'une attaque ou poursuivi devant une juridiction répressive pour faute de service d'adresser une demande écrite et motivée de protection fonctionnelle apportant toutes précisions utiles sur les faits ou les poursuites pour éclairer la Direction dans sa prise de décision.

ARTICLE 85. Droit de retrait et Danger grave et imminent (DGI)

Les modalités d'exercice du droit de retrait sont régies par les termes du Règlement en santé, sécurité et conditions de travail (article 4.2 dudit document).

Les dispositions relatives au danger grave et imminent sont régies par les termes du Règlement intérieur du Comité Social d'Etablissement, figurant à l'article 3-2 dudit document.

ARTICLE 86. Droit à la formation

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux personnels, selon les conditions et modalités définies par voie réglementaire.

ARTICLE 87. Services à la disposition des personnels de l'établissement

87.1. Restauration sur place

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas de midi sur place dans un lieu spécialement réservé à cet effet à proximité de leur lieu de travail. Au sein du CHU, trois selfs sont mis à la disposition des agents hospitaliers salariés et des accompagnants.

Pour avoir accès au self, le personnel doit être muni d'une carte professionnelle ou carte d'accès sécurisé. Cette carte fonctionne en prélèvement sur salaire (post paiement) ou doit être créditée avant tout passage en caisse. L'accès au self doit se faire en tenue civile.

87.2. Blanchisserie

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont assurés par la blanchisserie de l'établissement. Lorsque la tenue professionnelle est fournie par l'établissement, le port en est obligatoire pour l'agent. Une caution peut être mise en place pour les tenues et logements mis à disposition.

87.3. Vestiaire

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail où il peut y déposer ses effets et objets personnels. L'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

L'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

ARTICLE 88. Amicale du personnel

Les agents du CHU disposent au sein de l'établissement d'un accès à l'Amicale du personnel. L'Amicale est une association loi 1901 et non pas un Comité d'Entreprise.

ARTICLE 89. Internat

Les internes du CHU sont logés et nourris à l'internat dans la limite des places disponibles.

Dans la mesure où il reste des places disponibles après que toutes les demandes des internes affectés au CHU soient satisfaites, il est possible de loger des internes affectés dans les hôpitaux périphériques ou en stages extrahospitaliers mais ceci moyennant un loyer.

Conformément au statut de l'interne, les internes non logés (non nourris) ont droit à une indemnisation.

L'internat fait partie intégrante du CHU, les espaces collectifs sont soumis au présent règlement intérieur et notamment aux règles relatives à la sécurité. Une caution peut être mise en place pour les logements mis à disposition.

ARTICLE 90. Commission de déontologie

Tout établissement a l'obligation de disposer d'une organisation garantissant la déontologie (référent ou commission). Les règles déontologiques (impartialité, intégrité, probité, neutralité, non-cumul d'activité, prévention des conflits d'intérêts…) recoupent notamment les enjeux de cumul d'activité (et création d'entreprises), le respect des règles de passation des marchés publics, les liens d'intérêt éventuels…

La composition mêle 7 professionnels, provenant à la fois du CHU et d'autres entités (université, tribunaux…).

La commission peut être saisie par une direction ou par un professionnel qui souhaite poser une question relative aux sujets traités par la commission, sur un mail garantissant la confidentialité : deontologie@chu-clermontferrand.fr.

La commission se dote de son propre règlement intérieur.

ARTICLE 91. Référent alerte

Un lanceur d'alerte est une personne physique qui signale ou divulgue, sans contrepartie financière directe et de bonne foi, des informations portant sur un crime, un délit, une menace ou un préjudice pour l'intérêt général, une violation ou une tentative de dissimulation d'une violation d'une norme

internationale, européenne, légale ou réglementaire. Le lanceur d'alerte pourra signaler des agissements qui lui auraient été rapportés par un collègue dans le cadre professionnel, sinon il devra en avoir eu personnellement connaissance.

Une procédure interne détaillant le recueil et le traitement garantissant la confidentialité du signalement avec un délai de conservation strictement nécessaire et proportionné au traitement, et une information du professionnel dans un délai de 7 jours, est annexée au présent règlement intérieur.

Un mail spécifique consultable par la ou les personnes désignées par la commission est créé et garantit la confidentialité : referentalerte@chu-clermontferrand.fr.

Chapitre 2. Devoirs du personnel hospitalier

SECTION 1. PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DE LA PERSONNE SOIGNEE

Tout manquement à ces principes peut donner lieu à des sanctions disciplinaires.

ARTICLE 92. Accueil et respect du libre choix des personnes soignées et de leurs familles

A tout niveau de responsabilité et à tout instant, le personnel s'efforce d'assurer aux personnes soignées dont il a la charge, le maximum de confort physique et moral.

Pendant le service, le personnel doit veiller à ne pas troubler le climat de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

En toutes circonstances, le personnel doit adopter une attitude respectueuse à l'égard de la personne soignée et de ses proches.

Sauf opposition expresse consignée dans son dossier médical, les familles, les proches et les personnes de confiance de la personne soignée, doivent être accueillis et informés avec tact et ménagement en toutes circonstances.

Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci doivent faire appel à des entreprises privées de transports sanitaires, des opérateurs funéraires...

Il en va de même pour le choix du régime particulier et des prestations annexes (télévision, téléphone, repas des accompagnants...) proposées par le CHU et indiquées dans le livret d'accueil. Le personnel est tenu de respecter la décision de la personne soignée ou de ses proches.

ARTICLE 93. Promotion de la bientraitance

Les personnels du CHU agissent dans le souci de la personne soignée. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits de la personne soignée et l'amélioration de sa vie quotidienne.

Le CHU veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

ARTICLE 94. Devoir d'information du public

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement intérieur.

ARTICLE 95. Respect de la liberté de conscience des personnes soignées et des visiteurs

Tout agent est tenu à un devoir d'impartialité. En effet, il ne peut modifier son attitude envers la personne soignée et sa famille en fonction de leurs convictions politiques, religieuses, philosophiques ou syndicales ou en fonction de ses convictions propres.

Il en résulte qu'aucune forme de prosélytisme, de propagande ou de pression ne doit être exercée sur les personnes soignées ou leur famille. Ces derniers doivent notamment être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical.

Les réunions publiques, sauf autorisation expresse de la Directrice générale, sont interdites au sein du CHU.

ARTICLE 96. Connaissance et application des différentes chartes

En fonction du service dans lequel il exerce, l'ensemble du personnel doit connaître la charte de la personne soignée et les chartes spécifiques à l'enfant hospitalisé et à la personne âgée hospitalisée, qui sont affichées et disponibles dans le livret d'accueil.

ARTICLE 97. Le secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au respect du secret professionnel. Le secret couvre l'ensemble des informations concernant les usagers, que celles-ci soient confiées directement par la personne soignée ou qu'elles viennent à la connaissance des personnels par d'autres moyens dans l'exercice de leurs fonctions.

Si la règle du secret est absolue, certaines informations peuvent être légalement transmises à certains organismes sociaux.

Certaines informations peuvent également, avec l'accord de la personne soignée, être transmises aux membres de la famille, aux proches ou à la personne de confiance.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible dans la double limite des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de ladite personne et du périmètre de leurs missions (Art. R1110-1 CSP). Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par la personne soignée à l'ensemble de l'équipe.

La règle du secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de déclaration obligatoires prévues par la loi et notamment : naissance, décès, maladies à déclaration obligatoire, accident du travail, maladie professionnelle, maladie mentale nécessitant une hospitalisation, surveillance sanitaire des enfants en bas âge ; interruption d'une cure de désintoxication d'un personne soignée traité dans le cadre d'une injonction thérapeutique, dénonciation de sévices à des mineurs ou à des majeurs protégés, ou encore dénonciation des crimes.

En dehors de ces dérogations, la violation du secret professionnel est une infraction punie par la loi et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires ou ordinales et des sanctions pénales.

Conformément à l'article 40 du Code de Procédure Pénale (CPP), les personnels du CHU qui ont connaissance d'un crime ou d'un délit doivent porter ces faits à la connaissance du Procureur de la République.

ARTICLE 98. Discrétion professionnelle

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

Ceci recouvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu ou entendu.

Cela signifie que les agents ne peuvent communiquer dans leur vie personnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux, blogs ou forums toute information dont ils auraient connaissance à l'occasion de leur fonction.

ARTICLE 99. Obligation de réserve

Tout agent hospitalier doit conserver dans son expression, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions.

ARTICLE 100. Respect et préservation de la tranquillité de la personne soignée

100.1. Lutte contre le bruit

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grades ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des personnes soignées.

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

Chaque membre du personnel doit notamment par son comportement participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

100.2. Lutte contre le tabagisme et l’alcoolisme

Conformément à la législation et en cohérence avec l’adhésion du CHU au réseau « Lieux de santé sans tabac », et pour des raisons de santé et de sécurité (risques d’explosion avec les prises d’oxygène dans les chambres), il est formellement interdit de fumer au sein de l’établissement. Les règles sont les mêmes pour les cigarettes électroniques.

Il est interdit et cela aussi conformément à la législation d’introduire ou de consommer des boissons alcoolisées de toute sorte dans l’enceinte de l’hôpital.

Les agents qui quittent momentanément le service afin de pouvoir fumer à l'extérieur de l'hôpital dans les espaces réservés doivent veiller à ne pas s'absenter au-delà des temps de pause réglementairement prévus.

Le CHU a pour objectif de dénormaliser le tabagisme à l’hôpital, d’accompagner le patient et le professionnel fumeur, et de réduire l’exposition au tabagisme. La démarche « Lieux de santé sans tabac » de l’établissement vise notamment à développer la sensibilisation des agents ainsi qu’un réseau de professionnels de santé référents tabac permettant de sensibiliser et de prescrire des substituts nicotiniques pour chaque patient fumeur accueilli.

100.3. Comportement général

Un comportement irréprochable est exigé de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des personnes soignées est formellement proscrite.

100.4. Tenue vestimentaire

Cet article ne concerne pas les spécificités de tenue liées à certaines activités spécifiques (tablier de plomb en radiologie, tenue opératoire, etc.).

Les agents du CHU ont l'obligation d'utiliser les tenues professionnelles qui leur sont fournies par le CHU. Les membres du personnel et les stagiaires du CHU sont tenus d'adopter une tenue vestimentaire appropriée à l'activité.

La tenue vestimentaire participe à donner aux patients et visiteurs du CHU une image professionnelle crédible des intervenants et à affirmer l'identité de l'établissement.

Elle doit véhiculer un message de qualité des soins et des services, de sécurité, d'hygiène et de respect. Le port de bijoux, de piercings, et de vernis à ongles favorisent le portage de germes multi-résistants aux antibiotiques et doivent être évités, voire interdits dans certaines situations.

La tenue vestimentaire vise également à assurer la protection des patients et des agents.

De plus, elle doit permettre aux patients et aux visiteurs d'identifier rapidement les intervenants. L'identification par badge ou étiquette est obligatoire pour tous à l'intérieur de l'établissement. Elle doit être portée de façon à être facilement visible. Aucune modification du badge n'est autorisée (dessin, autocollant, nom modifié ou partiellement effacé). Le port d'autres insignes (autocollants, pins, macarons, etc.) n'est pas autorisé, sauf en accord avec la hiérarchie.

Le CHU étant une institution publique et laïque, les membres du personnel se doivent de respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, un devoir de réserve, de discrétion et de neutralité concernant leurs convictions et croyances. Pour ce faire, les membres du personnel, ainsi que les étudiants et stagiaires qui, dans le cadre de leur activité, sont en contact avec les patients et leur entourage, ne doivent pas porter de signes extérieurs à forte portée symbolique (religieux, politique, etc.), qu'il s'agisse de vêtements, de bijoux ou d'insignes.

Le changement climatique impacte aussi les établissements de santé, les canicules et périodes de fortes chaleurs s'emballent et peuvent donner lieu à une adaptation ponctuelle des règles par la Direction.

Le non-respect de l'une de ces consignes pourra entraîner une sanction disciplinaire.

100.5. Limitation de l'accès à l'hôpital à certaines personnes

Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent sans autorisation de la Directrice générale ou son représentant dans les services et les chambres dans l'intention d'y exercer leur activité doivent immédiatement être exclus.

De même, en cas de visite expressément refusée par la personne soignée, le cadre soignant doit interdire l'accès de la chambre au visiteur indésirable.

En cas d'intrusion ou de comportement violent et non maîtrisable, les agents témoins ou pris à partie doivent alerter La Directrice générale ou son représentant, lequel décide des mesures à prendre pour garantir la sécurité des personnes soignées, du personnel et des biens.

100.6. Usage du téléphone portable

Les personnels en activité dans les services utilisent leur téléphone portable avec la plus grande discrétion possible et sous réserve de confidentialité et hors des zones sensibles. En dehors de leur temps de pause, cet usage ne peut être que professionnel.

SECTION 2. PRINCIPES DE BONNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Tout manquement à ces principes peut donner lieu à des sanctions disciplinaires.

Article 101. Obligations statutaires

101.1. Obligation d’exercice personnel des fonctions

Tout personnel, quel que soit son rang, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il en résulte que l'agent nommé sur un poste à l'occasion de son recrutement ou lors d'un changement d'affectation doit prendre ses fonctions.

A défaut, toute absence non signalée ou non justifiée sera considérée comme une absence irrégulière. Elle entrainera une retenue sur salaire et peut à terme justifier une radiation des cadres pour abandon de poste.

101.2. Obligation d’exercice exclusif des fonctions et interdiction d’exercer une activité privée à but lucratif

Toute personne qui souhaite exercer une activité privée lucrative en complément de son emploi public, quel que soit son statut (agent contractuel, fonctionnaire stagiaire ou titulaire), doit en faire la demande préalable à la Direction des Ressources Humaines.

La Direction des Ressources Humaines assure la gestion des demandes d’autorisation de cumul d’activité dans le respect de dispositions réglementaires et peut en référer à la commission de déontologie (référent déontologue) qui sera notamment chargée de rendre un avis sur les plus complexes.

101.3. Responsabilité relative aux biens détenus ou déposés par les patients hospitalisés

Aucun employé du CHU ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des personnes soignées. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort. Il convient de respecter le protocole rédigé à cet effet.

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

Lorsqu'un agent trouve un objet abandonné dans l'enceinte du CHU par une personne soignée à l'issue de son séjour dans l'établissement, il doit le remettre au trésorier suivant la même procédure que lorsqu'il recueille les biens d'une personne hors d'état de manifester sa volonté.

101.4. Obligation de probité et de désintéressement

Le fait, pour tout membre du personnel de recevoir, exiger ou ordonner de recevoir une somme qu'elle sait ne pas être due ou de détourner tout objet qui lui a été remis en raison de ses fonctions, est strictement prohibé et peut être passible de poursuites et de sanctions pénales.

De plus, les personnels de l'établissement ne peuvent prendre par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CHU de Clermont-Ferrand qui soient de nature à compromettre leur indépendance.

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une entreprise en relation avec le CHU, ils doivent en informer la Directrice générale pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec une entreprise, et d'autant plus s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de l'entreprise.

En cas de doute, la commission de déontologie (référent déontologue) peut être saisie par tout agent ou toute direction pour rendre un avis.

Sont applicables dans ce domaine, des sanctions non seulement disciplinaires mais également pénales.

101.5. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce

Il est interdit aux professionnels de l'établissement de bénéficier, à titre personnel, d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de sécurité sociale.

Les agents ne peuvent accepter des personnes soignées ou de leurs familles aucune gratification, ni rémunération liée à l'exécution de leur service.

En cas de doute, la commission de déontologie (référent déontologue) peut être saisie par tout agent ou toute direction pour rendre un avis.

ARTICLE 102. Travail en équipe pluridisciplinaire

Les agents du CHU sont constamment amenés à travailler en équipes pluridisciplinaires. L'institution assure la promotion d'un certain nombre de valeurs communes du travail en équipe afin d'améliorer la qualité du « prendre soin » des personnes soignées et des résidents, en développant des compétences collectives et en facilitant l'intégration des futurs collègues.

ARTICLE 103. Règles de comportement

Les agents ne doivent en aucun cas porter atteinte à la dignité de leurs collègues de tout grade par un comportement déplacé ou des propos agressifs ou diffamatoires. De tels comportements ou propos sont passibles de sanctions disciplinaires.

Le fait pour un agent d'adopter, directement ou indirectement, un comportement irrespectueux envers les membres de sa hiérarchie de nature à perturber le bon fonctionnement du service constitue une faute professionnelle, susceptible de donner lieu à des poursuites disciplinaires, sous le contrôle du juge.

Toute dégradation des installations et équipements de l'établissement (graffitis, mésusages répétés, non-respect des consignes…) constitue également une faute professionnelle, susceptible de donner lieu à des poursuites notamment disciplinaires et à facturation.

ARTICLE 104. Obligation envers les supérieurs hiérarchiques

104.1. Exécution des ordres reçus

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

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

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

104.2. Information du supérieur hiérarchique

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

En effet l'agent doit signaler immédiatement à son supérieur hiérarchique toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ainsi que toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Le fait de donner l'alerte est en effet un devoir et une des obligations de sécurité du salarié.

104.3. Assiduité et ponctualité

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et paramédical, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement de l'établissement. Les horaires sont fixés par tableau de service et sur la base de plannings prévisionnels de travail.

Toute absence doit être autorisée. Toute absence non prévue et n'ayant pas fait l'objet d'une demande préalable, doit faire l'objet d'une information auprès du supérieur hiérarchique et être justifiée dans les 48 heures, dès le premier jour d'absence. En cas de non-respect de ces règles, l'agent est placé en position de congés sans traitement.

104.4. Témoignage en justice ou auprès des services de Police

Tout agent du CHU appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service doit en aviser immédiatement la Directrice générale ou son représentant.

ARTICLE 105. Obligation de signalement des incidents et risques

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

De même, tout agent qui constate un événement indésirable qui a causé ou aurait pu induire des conséquences pour une personne soignée, un personnel ou un bien l'établissement doit remplir une fiche de signalement d'évènement indésirable informatisée (disponible sur le portail intranet).

Une charte d'encouragement au signalement des évènements indésirables souligne que les données recueillies lors de l'analyse des incidents restent confidentielles et qu'aucune procédure disciplinaire ne sera entamée à l'encontre d'un salarié ayant signalé un manquement aux règles de sécurité, quel que soit son niveau d'implication dans l'évènement considéré, sauf manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité ou professionnelles.

ARTICLE 106. Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'hôpital.

Les atteintes aux biens de l'établissement peuvent faire l'objet d'une procédure disciplinaire, judiciaire et/ou d'une procédure de remboursement des frais engagés par l'établissement pour réparer les dommages causés.

ARTICLE 107. Charte graphique de l'établissement

Le personnel doit respecter les chartes graphiques du CHU validées par le service communication du CHU et/ou par la commission dossier patient, notamment pour :

- Certains documents établis par les secrétariats médicaux
- Les parties informatisées du dossier patient faisant l'objet d'une structuration
- La rédaction des ordonnances médicales externes.

De même, le personnel doit respecter les modèles de documents pour l'utilisation du logo du CHU.

ARTICLE 108. Utilisation des moyens informatiques du CHU

Le CHU est garant de l'information délivrée aux patients et des règles de communication des informations médicales, scientifiques et techniques. Le CHU met en œuvre les moyens de repérer les pratiques et circuits permettant de se prémunir des manipulations de l'information et des pratiques d'influence afin de garantir la neutralité et le respect du service public.

Le CHU dispose d'une charte de bon usage des technologies de l'information. Cette charte expose les principes et les bonnes pratiques auxquels chaque utilisateur du Système d'Information est tenu de se conformer pour :

- Assurer à chaque utilisateur un accès optimal au système d'information en termes de performances et de fonctionnalités ;
- Garantir le respect de la réglementation et de l'éthique ;
- Agir en conformité avec la politique de sécurité du système d'information.

Cette charte s'applique à toutes les personnes (salariés du CHU, stagiaires, intervenants extérieurs…) susceptibles d'utiliser les équipements du CHU liés aux technologies de l'information, localement et à distance et concerne l'ensemble des moyens informatiques, dont le CHU est propriétaire et ceux mis à disposition du personnel par des sociétés tierces dans les locaux du CHU.

La charte de bon usage des technologies de l'information est accessible sur l'intranet du CHU ainsi que dans la gestion documentaire.

108.1. Règles relatives à la communication par voie électronique

Le CHU met à la disposition des utilisateurs une messagerie électronique réservée à des fins strictement professionnelles. L'utilisateur est responsable du contenu et de la forme de tout message émis depuis son adresse CHU.

L'utilisation de la messagerie nominative professionnelle doit être strictement personnelle. L'utilisateur s'engage à ne pas se faire passer pour une autre personne en utilisant son adresse et ne doit pas modifier les documents reçus.

Tout message envoyé depuis l'adresse professionnelle CHU associe au moins symboliquement le CHU à son contenu. A ce titre, les professionnels de l'établissement et leurs représentants, dans leur communication interne et externe, s'engagent à porter des informations ne portant pas atteinte à l'image du CHU, au service public et à la valeur des professionnels. Les messages contraires aux dispositions de la charte de déontologie et à la réglementation en vigueur (respect de l'obligation de neutralité et du principe de laïcité, prosélytisme y compris politique, par exemple) sont interdits.

L'usage privé des outils numériques (ordinateurs, accès internet…) doit être conforme à l'ordre public, et ne doit pas mettre en cause ou porter atteinte à l'intégrité, à la réputation ou à l'image de l'administration (liste non exhaustive : interdiction de consultation de sites ou de contenus pornographiques, terroristes, de jeux, d'armes, ou contraire à la réglementation en vigueur).

A cet égard, un usage privé de la messagerie est toléré dans ce cadre, à condition qu'il soit raisonnable et limité au minimum dans le temps, licite dans les contenus transmis, et qu'il n'affecte pas la sécurité et le fonctionnement normal des services.

Tout échange de données à caractère personnel relatives à la santé doit en revanche passer par l'outil institutionnel de messagerie sécurisée de santé habilitée et conforme au respect du RGPD.

Tout mésusage conduira à limiter ou supprimer l'accès à la messagerie.

108.2. Règles relatives à la communication par voie électronique par les organisations syndicales

Chaque organisation syndicale représentative dans l'établissement peut disposer d'une boite aux lettres de messagerie électronique à son nom. Les listes de diffusion sont sous la responsabilité du syndicat qui s'engage à retirer, sur simple demande, les coordonnées des agents qui souhaitent leur radiation. Les coordonnées personnelles des agents ne peuvent en aucun cas être communiquées par l'établissement.

Les messages envoyés sont communiqués pour information au chef d'établissement conformément aux dispositions de l'article 9 du décret 86-660. Pour cela, chaque mail envoyé par une organisation syndicale dans ce cadre, dans les limites fixées ci-après, devra être adressé en copie à la DRH (secretariat_drh@chu-clermontferrand.fr).

Les organisations syndicales s'engagent à ne pas multiplier les envois en nombre et à respecter la limite ci-après définie. Les organisations syndicales doivent assurer la sécurité de leurs informations et s'engagent à respecter les procédures informatiques en vigueur dans l'établissement.

Les groupes de diffusion de la messagerie du CHU peuvent être utilisés afin de diffuser des tracts dans la limite d'un mail par mois par organisation syndicale (hors diffusion du compte-rendu CSE/F3SCT) en respectant les règles ci-après, en sus des règles propres à la distribution de documents d'origine syndicale (cf. plus haut) :

- intégration de l'ensemble des informations dans le corps du message sans pièce jointe ;

- possibilité d'intégration d'un lien permettant d'accéder aux documents mis en ligne dans la rubrique Intranet de chaque organisation syndicale ;

- diffusion d'informations relatives aux activités de l'établissement, aux projets en cours et au dialogue social ;

- interdiction de toute référence à des dossiers individuels ou nominatifs.

Afin de respecter et de préserver la liberté de choix des professionnels de l'établissement, chaque message envoyé devra comporter la mention suivante après la signature :

« Dans le cas où vous ne souhaiteriez plus recevoir de message en provenance de notre organisation syndicale, vous pouvez inscrire notre adresse de messagerie dans la liste des adresses indésirables dans votre boîte. Dans votre boîte de réception, sélectionnez le mail, faites clic droit sur le mail, sélectionnez Courrier indésirable, sélectionnez Bloquer l'expéditeur. Si vous souhaitez recevoir à nouveau nos messages, vous pouvez supprimer ce blocage en allant dans Règles, sélectionnez Gérer les règles et les alertes ».

Pour ces envois, les organisations syndicales sont également autorisées à utiliser les adresses mail personnelles des agents que ceux-ci leur auront confiées, à la condition que ces adresses ne soient pas visibles dans les envois.

ARTICLE 109. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers (notamment les équipements de protection individuelle).

Ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois, en lien avec le service de santé au travail (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail telles que test d'alcoolémie ou de dépistage de drogues, dont la consommation est bien évidemment prohibée.

Les agents sont ainsi tenus de se présenter aux convocations des visites médicales effectuées par le service de santé au travail ou à la demande de l'employeur. A défaut, ils engagent leur responsabilité et s'exposent à des sanctions disciplinaires et des suspensions de traitement. Par ailleurs, tout agent ayant des problèmes de santé en rapport avec son activité peut en faire part au médecin du travail auquel il est rattaché.

Tout agent est tenu de se soumettre aux obligations de vaccination prévues par la Loi. De même, les agents occupant des emplois pour lesquels des vaccinations sont obligatoires ou recommandées par le médecin du travail dans un but de prévention des risques professionnels, doivent se soumettre à un suivi régulier de ces vaccinations (présentation du carnet de vaccination). Par ailleurs, tout examen complémentaire demandé par le médecin du travail est obligatoire dans le cadre de l'aptitude au poste. L'ensemble des personnels du CHU, est notamment tenu de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement.

ARTICLE 110. Règlement en Santé, Sécurité et Conditions de travail

Un Règlement en Santé, Sécurité et Conditions de travail est annexé au présent Règlement intérieur.

CINQUIEME PARTIE

Dispositions relatives à la sécurité, à la circulation et au stationnement

SECTION 1. NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

ARTICLE 111. Nature et finalité des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles ont également pour but de pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels. Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle.

Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances.

Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers ou personnels.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, la Directrice générale édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

ARTICLE 112. Opposabilité des règles de sécurité

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

Dans la mesure où les conventions qui lient le CHU à certains organismes logés sur son domaine n'en disposent pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance de la Directrice générale les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

SECTION 2. SECURITE GENERALE

ARTICLE 113. L'accès au Centre Hospitalier et Universitaire

L'accès dans l'enceinte du site est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur travail. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par la Directrice générale qui le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation de la Directrice générale.

De même, pour des raisons de sécurité, la Directrice générale peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles. Sauf besoins ou autorisations spéciales de la direction, il est interdit

d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

ARTICLE 114. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital

Les personnes soignées et les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des autres personnes soignées, ni gêner le fonctionnement des services.

Les personnes soignées et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis du centre hospitalier universitaire et des personnels hospitaliers.

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site, avec en cas de besoin appel aux autorités de Police.

ARTICLE 115. Personnels assurant la sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité de la Directrice générale, dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 modifiée et des textes pris pour son application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code pénal (légitime défense ou état de nécessité).

Ils ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande de la Directrice générale ou des personnels responsables de ces unités.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir aux sorties du CHU, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit.

Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les personnes soignées qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur du CHU, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par une unité de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

ARTICLE 116. Matériels de sécurité générale

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéoprotection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique a lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par La Directrice générale aux instances représentatives locales compétentes du centre hospitalier.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des personnes soignées et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. Il doit être conforme aux règles énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et faire l'objet d'une déclaration à la préfecture de police.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéosurveillance doivent observer les dispositions de la loi du 21 janvier 1995 et celles des décrets pris pour son application.

ARTICLE 117. Atteintes au bon fonctionnement du CHU – Règles de responsabilités

La mise en œuvre par l'établissement de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

ARTICLE 118. Les atteintes aux biens de l'établissement

Les atteintes aux biens de l'établissement peuvent faire l'objet d'une procédure judiciaire et/ou d'une procédure de remboursement des frais engagés par l'établissement pour réparer les dommages causés. Le contrat d'assurance du CHU prévoit les conditions de remboursement en cas de dommages matériels.

Les personnels ont également un comportement économe pour tout ce qui concerne les consommables (à l'exemple des fluides divers dont l'eau, l'électricité, le chauffage ou l'air conditionné), conforme à la démarche de transition écologique du CHU.

ARTICLE 119. Objets et produits interdits, comportements violents

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

Cette confiscation fait l'objet d'un rapport à la Directrice générale.

Toute incitation à la consommation ou à l'échange de ces produits de la part d'une personne soignée auprès d'autres personne soignées est immédiatement signalée par l'équipe soignante auprès de la Directrice générale ou son représentant, qui pourra décider d'exclure celui-ci et de signaler l'événement aux forces de l'ordre et à la justice.

ARTICLE 120. Rapports avec l'autorité judiciaire

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

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

ARTICLE 121. Rapports avec les autorités de police

Il revient à la Directrice générale de décider s'il y a lieu de demander au sein du CHU une intervention des services de police.

En cas d'enquête de police judiciaire, la Directrice générale doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de personne soignée…).

Il veille à ce que soient pris en considération les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt de la personne soignée, notamment la préservation du secret médical.

ARTICLE 122. Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, la Directrice générale prend toutes les mesures justifiées par la nature des évènements et proportionnées à la gravité de la situation. La F3SCT en est informée pour les matières relevant de sa compétence.

La Directrice générale peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les Chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès du CHU à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, des véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site du centre hospitalier.

En cas de péril grave et imminent pour le centre hospitalier universitaire, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, la Directrice générale peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, la Directrice générale prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du centre hospitalier universitaire, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

En cas de survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle portant atteinte à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement et, après concertation avec le Directoire, la Directrice générale du CHU peut décider, sur la base de son pouvoir de police administrative, de suspendre l'application des dispositions contenues dans le Règlement intérieur.

ARTICLE 123. Plan Vigipirate

Les personnels et le public accueilli au sein du CHU sont régulièrement informés des dispositions applicables dans le cadre du plan Vigipirate. Les différentes évolutions de postures de ce plan conduisent l'établissement à mettre en œuvre des mesures conformes aux préconisations qui doivent être respectées par l'ensemble des professionnels, prestataires et usagers.

SECTION 3. SECURITE DE FONCTIONNEMENT

ARTICLE 124. La Gestion des Risques

La Directrice générale prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des personnes soignées et des personnels fréquentant le CHU.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement du centre hospitalier, la Directrice générale définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernées.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent

qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement à la Directrice générale ou à son représentant, qui informe la F3SCT.

Conformément à la réglementation, le service de santé au travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

ARTICLE 125. La sécurité incendie

Les sites Gabriel Montpied, Louise-Michel et Estaing sont assujettis aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public et aux immeubles de grande hauteur pour ce qui concerne le site de Gabriel Montpied. Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :

- La conduite à tenir en cas d'incendie ;
- Les modalités de mise en sécurité et d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- Les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables ;
- La vacuité permanente des itinéraires d'évacuation ;
- L'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- L'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- L'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

L'ensemble des personnels du CHU, est d'ailleurs tenu de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement.

ARTICLE 126. Interdiction de fumer et de vapoter

Par mesure d'hygiène et de sécurité et selon les termes de l'ordonnance n°2006-596 du 23 mai 2006 et le décret n°2007-1133 du 23 juillet 2007, il est interdit de fumer dans les locaux des sites y compris les chambres d'hospitalisation ; une signalisation apparente rappelle cette interdiction. Cette interdiction de fumer s'applique également pour la cigarette électronique, en particulier à proximité des locaux accueillant des enfants[99].

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris en soins de suite et soins de longue soins médicaux et de réadaptation, en USLD individuels et aux chambres de personne soignées.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires et/ou pénales en cas de manquement à cette interdiction. Des « zones fumeurs » à l'extérieur des bâtiments sont mises à disposition des fumeurs. Il est demandé de ne pas laisser les mégots en dehors des cendriers.

ARTICLE 127. Sécurité du système d'information

Le CHU s'est doté d'une Politique de Sécurité du Système d'Information (PSSI).

Les utilisateurs du système d'information du CHU doivent appliquer les dispositions de la PSSI dans le cadre de leurs activités. Ils doivent notamment :

- Respecter les obligations légales et règlementaires relatives à la confidentialité des données personnelles, ainsi que les procédures et règles de sécurité de l'information ;

[99] Articles L3512-6 et suivants du CSP, et articles R3515-2 et suivants du CSP.

- Utiliser leurs droits d'accès (systèmes, applications, informations, réseaux et moyens de communication) pour faire ce qui est prévu et uniquement ce qui est prévu ;
- N'utiliser que les moyens et procédures qui leur ont été confiés pour accéder au système d'information ;
- Protéger les moyens d'identification et d'authentification qui leur ont été confiés ou placés sous leur responsabilité (codes, mots de passe, dispositifs de sécurité) contre toute utilisation illicite ;
- Protéger les informations, le savoir-faire et les moyens de sécurité contre toute menace (vol, divulgation, accès, malveillance) ;
- Informer le responsable hiérarchique et le Responsable Sécurité du Système d'Information de tout incident, infraction à la Politique de Sécurité ou à ses règles d'application.

Le CHU s'est doté d'une charte de Bon Usage des Technologies de l'Information qui s'impose à tous.

Il dispose d'une hotline fonctionnant de 08 heures à 17 h et d'une astreinte de 17 heures à 08 heures en semaine et de 17 heures à 08 heures les week-end et jours fériés.

ARTICLE 128. Garde technique

La Directrice générale du CHU organise la garde technique afin de faire face, en permanence, aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital. Il désigne les agents des services techniques de l'hôpital qui assurent ces gardes.

Les personnels du CHU observent strictement les règles de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Il dispose d'une hotline fonctionnant de 8 heures à 17 h et d'une astreinte de 18 heures à 0 heures.

SECTION 4. REGLES DE CIRCULATION, DE STATIONNEMENT A L'INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT

ARTICLE 129. Voies de desserte

Les voies de desserte du CHU appartiennent au domaine public de l'établissement. Elles ne peuvent être considérées comme des voies ouvertes à la circulation publique. Elles sont prioritairement ouvertes au personnel et aux usagers. Elles sont soumises au régime de la domanialité publique.

ARTICLE 130. Circulation

Les dispositions du Code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du CHU. La vitesse y est limitée à 25 km/h. Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

ARTICLE 131. Responsabilité

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du CHU, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations.

ARTICLE 132. Stationnement

132.1. Dispositions générales

Le stationnement dans l'enceinte du CHU n'est pas autorisé en dehors des emplacements matérialisés et/ou aménagés.

Le CHU s'engage dans une politique de mobilités douces et souhaite limiter l'autosolisme.

L'établissement peut utiliser tout moyen pour assurer la régulation et le contrôle de l'accès aux places de stationnement, notamment le gardiennage et des dispositifs mécaniques. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels, aux personnes à mobilité réduite ainsi qu'aux véhicules sanitaires légers.

Il est interdit d'entrer avec un vélo ou une trottinette et de stationner ces derniers à l'intérieur des locaux (dans un souci d'hygiène et de sécurité incendie concernant ces équipements dotés de batteries électriques). Ces derniers doivent être stationnés sur les parkings extérieurs prévus à cet effet dont certains sont sécurisés pour les agents.

132.2. Stationnement pour les gens du voyage

Le CHU de Clermont-Ferrand ne met pas à la disposition des gens du voyage une aire de stationnement. Le stationnement des gens du voyage se décide au cas par cas après accord de la direction concernée. L'application des mesures décidées par la direction concernée sera suivie principalement par l'équipe de sécurité.

132.3. Stationnement pour les camping-cars

Il n'existe pas de place dédiée au stationnement des camping-cars au CHU de Clermont-Ferrand.

132.4. Infractions au stationnement

Le stationnement au CHU est géré par les agents de sécurité qui ne sont pas assermentés.

En cas d'infraction au stationnement, l'agent de sécurité effectue une recherche du propriétaire du véhicule (éventuellement par contact avec le service du commissariat de police) pour le faire partir avec avertissement verbal. L'agent peut également mettre des avertissements papier sur les véhicules.

En cas de nécessité, il peut être demandé l'intervention de la police pour la verbalisation et en ultime recours des services de la fourrière (cette intervention ne se fait qu'après accord de la direction concernée).

SIXIEME PARTIE

Dispositions relatives au Règlement Intérieur

ARTICLE 133. Approbation du Règlement intérieur

La Directrice générale arrête le règlement intérieur après concertation avec le Directoire, avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Social d'Etablissement et du Conseil de Surveillance, et information de la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médicotechnique.

ARTICLE 134. Mise à disposition du Règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès de la Direction Générale et de la Direction Qualité, Gestion des Risques et Droits des Usagers (DQGRDU) et sur les sites internet et intranet de l'établissement.

ARTICLE 135. Mise à jour du Règlement intérieur

Le présent règlement intérieur fera l'objet de mises à jour régulières, dans les formes prescrites par la réglementation, notamment lorsque des dispositions légales ou réglementaires nécessiteraient d'en modifier le contenu.

ANNEXES

- Charte de bon usage des technologies de l'information
- Charte de déontologie
- Règlement en Santé, Sécurité et Conditions de travail
- Procédure interne de recueil des signalements