



## **RÈGLEMENT INTÉRIEUR**

**DU**

**CENTRE HOSPITALIER HENRI EY**

## SOMMAIRE

<b>TITRE 1 – ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU CH HENRI EY</b>	
<b>Chapitre 1 – La portée du règlement intérieur</b>	<b>4</b>
1 – 1 – 1 – Le règlement intérieur dans le dispositif réglementaire	
1 – 1 – 2 – Validation du règlement intérieur	
1 – 1 – 3 – Suivi et modification du règlement intérieur	
1 – 1 – 4 – Les voies de recours	
<b>Chapitre 2 – La présentation du centre hospitalier</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre 3 – L'organisation administrative du centre hospitalier</b>	<b>5</b>
1 – 3 – 1 – Instances décisionnelles	<b>5</b>
1 – 3 – 2 – Instances consultatives	<b>6</b>
<b>Chapitre 4 – L'organisation interne et médicale du centre hospitalier</b>	<b>7</b>
1 – 4 – 1 – Organisation médicale	<b>7</b>
1 – 4 – 2 – Structures médicales	<b>8</b>
1 – 4 – 3 – Organisation et coordination des soins dispensés aux malades	<b>9</b>
<b>TITRE 2 – ADMISSIONS ET SEJOUR DES PATIENTS</b>	<b>10</b>
<b>Chapitre 1 – L'admission</b>	<b>10</b>
2 – 1 – 1 – L'admission en hospitalisation	
2 – 1 – 2 – L'admission des résidents/usagers dans les structures médico-sociales	
<b>Chapitre 2 – Le séjour</b>	<b>21</b>
2 – 2 – 1 – Le séjour à l'hôpital	
2 – 2 – 2 – Information des patients	
2 – 2 – 3 – Le dossier médical	

<b>Chapitre 3 – La sortie</b>	<b>28</b>
2 – 3 – 1 - Dispositions générales	
2 – 3 – 2 – Dispositions particulières	
<b>Chapitre 4 – La fin de vie et le décès</b>	<b>32</b>
2 – 4 – 1 – Fin de vie	
<b>Chapitre 5 – L'éthique</b>	<b>33</b>
<b>TITRE 3 – DROITS ET DEVOIRS DES PERSONNELS</b>	<b>34</b>
<b>Chapitre 1 – Les dispositions pour l'accueil des personnels et stagiaires</b>	<b>34</b>
<b>Chapitre 2 – Les obligations des agents à l'hôpital</b>	<b>34</b>
<b>Chapitre 3 – Les droits des agents à l'hôpital</b>	<b>35</b>
<b>TITRE 4 – SECURITE, HYGIENE ET QUALITE</b>	<b>39</b>
<b>Chapitre 1 – La sécurité au centre hospitalier Henri Ey</b>	<b>39</b>
4 – 1 – 1 – Nature des règles de sécurité	
4 – 1 – 2 – La sécurité générale	
4 – 1 – 3 – La sécurité technique	
4 – 1 – 4 – La sécurité informatique	
4 – 1 – 5 - L'hygiène	
<b>Chapitre 2 – L'amélioration de qualité</b>	<b>44</b>

### **CHAPITRE 1 – LA PORTEE DU REGLEMENT INTERIEUR**

#### **1 – 1 – 1 - Le règlement intérieur dans le dispositif réglementaire**

Le règlement intérieur est un condensé des dispositions légales et réglementaires concernant les établissements publics de santé.

Il est communiqué à toute personne qui en fait la demande soit auprès de la direction, soit auprès des cadres des services hospitaliers.

#### **1 – 1 – 2 - Validation du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur est arrêté par le Directeur après concertation avec le Directoire et après avis du Conseil de Surveillance.

#### **1 – 1 – 3 - Suivi et modification du règlement intérieur**

Un comité de suivi est appelé à suivre les besoins de mise à jour du règlement intérieur. Il se réunit au moins une fois par an à l'initiative du Directeur de l'établissement.

Après avis du comité de suivi, la modification du règlement intérieur suit la même voie de validation que le présent règlement intérieur initial.

#### **1 – 1 – 4 – Voies de recours**

Toute personne estimant avoir été lésée du fait d'une décision contraire au règlement intérieur de l'établissement ou aux dispositions légales et réglementaires peut, exercer, dans le délai de deux mois de sa notification :

- un recours gracieux auprès du directeur,
- un recours devant le tribunal administratif d'Orléans,
- sans préjudice, le cas échéant, d'actions devant les juridictions compétentes.

### **CHAPITRE 2 – LA PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER**

#### **1 – 2 – 1 - Principales activités du Centre Hospitalier Henri Ey**

Le Centre hospitalier Henri Ey est un établissement public de santé, exerçant une activité de soins en psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'une activité médico-sociale dans le champ de la gériatrie et du handicap psychique et mental.

En 2014, il compte 391 lits, 156 places.

- Activité de psychiatrie
  - 181 lits et 75 places de psychiatrie générale
  - 45 places de psychiatrie infanto-juvénile
- Activité de gériatrie
  - 125 lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
  - 50 lits d'unité de soins de longue durée (USLD)

- Activités dans le domaine du Handicap
  - 27 lits et places de Foyer d'Accueil Médicalisé
  - 30 places d'ESAT
  - 9 places de Foyer d'hébergement
  - 5 places de SAVS

Les services sont répartis en sept pôles d'activité :

- Pôle Chartrain
- Pôle Dunois-Perche
- Pôle handicap-réinsertion
- Pôle de pédo-psychiatrie
- Pôle addictologie
- Pôle de soutien médico-technique
- Pôle administratif et logistique

Les activités sont réparties sur plusieurs sites :

- Le site de Bonneval, siège social de l'établissement, intégrant des unités d'hospitalisation en psychiatrie générale, en psycho-gériatrie, ainsi que des unités d'hébergement et de soins en gériatrie et dans le champ du handicap psychique et mental (Foyer d'accueil médicalisé « Les Magnolias » et ESAT).
- Le site de Chartres comportant un Centre et Dispositif d'Accueil Permanent (CEDAP), des services d'hospitalisation en psychiatrie (au Coudray), des Centre médico-psychologiques (Chartres) et un hôpital de jour (à Lucé).
- Le site de Morancez comprenant des unités d'hospitalisation pour patients anxio-dépressifs ou souffrant de troubles alimentaires (Unité de psychologie Médicale), et une unité d'hospitalisation en addictologie, un Centre Médico-Psychologique et un hôpital de jour en addictologie.
- Le site de Châteaudun, avec un hôpital de jour et un CMP en psychiatrie adulte, un hôpital de jour et un CMP en pédo-psychiatrie.
- Le site de Nogent-le-Rotrou, comportant un hôpital de jour et un CMP en psychiatrie adulte, un hôpital de jour et un CMP en pédo-psychiatrie.

## **CHAPITRE 3 – L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER**

### **1 – 3 – 1 – Instances décisionnelles**

Le Centre Hospitalier Henri Ey est administré par un Conseil de Surveillance présidé par un de ses membres élu par le conseil. Il est dirigé par un Directeur, nommé par décret, qui préside un Directoire de 7 membres.

Le Conseil de Surveillance dont la composition et les compétences sont fixées par le Code de la Santé Publique (article L6143-1 et L6143-5) définit la stratégie de l'établissement et assure l'évaluation et le contrôle de sa politique ; il délibère sur un certain nombre de matières essentielles à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement.

Il se réunit sur convocation de son président au moins quatre fois par an. Son fonctionnement est arrêté par un règlement intérieur.

En lien avec le Président de la Commission Médicale et les autres membres du Directoire, le Directeur assure la gestion et la conduite générale de l'établissement (article L6143-7 du code de la santé publique). Il est chargé de l'exécution des décisions du Conseil de Surveillance et met en œuvre la politique définie par ce dernier. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement qui ne relèvent pas de la compétence du Conseil de Surveillance, en particulier l'élaboration du budget, le recrutement des personnels et la signature des contrats. Il est

assisté à cet effet par une équipe de direction responsable, sous son autorité, du fonctionnement de l'établissement dans un secteur fonctionnel déterminé attribué à chaque directeur-adjoint en référence à l'organigramme de direction.

Le Directoire est constitué de représentants de l'administration et de la communauté médicale nommés par le Directeur, qui le préside. Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et le Directeur des soins en sont membres de droit. Trois praticiens et un membre de l'équipe de direction en complètent la composition. Les missions du Directoire correspondent à une recherche de gestion concertée entre l'équipe de direction et le corps médical. Le Directoire a compétence en particulier sur la préparation du projet d'établissement et approuve le projet médical. Il a également une mission générale de conseil auprès du directeur dans la gestion et la conduite de l'hôpital (articles L6143-7-4 et 5 du code de la santé publique).

### **1 – 3 – 2 – Instances consultatives**

Outre le Conseil de Surveillance, le Centre Hospitalier Henri Ey est doté à titre principal des instances suivantes :

- Une Commission Médicale d'Etablissement (CME) : cette commission – représentative des personnels médicaux de l'établissement – a pour rôle essentiel, en dehors d'une participation à la gestion des personnels médicaux, de préparer avec la direction l'évolution des activités et des organisations médicales, de formuler des avis sur les projets de délibération du Conseil de Surveillance, de contribuer à définir la politique qualité de l'établissement et d'organiser l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins de l'établissement (articles L614-4-1 et 2 code de la santé publique).
- Un Comité Technique d'Etablissement (CTE) : ce comité - assurant la représentation des personnels autres que médicaux de l'établissement – est lui aussi saisi pour émettre un avis sur tous les projets de délibération soumis à l'adoption du Conseil de Surveillance et participe au traitement des dossiers d'ordre général concernant ces personnels (articles 6144-3 et 4 du code de la santé publique).
- Une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique : cette commission, constituée sur la base des différentes catégories de personnels participant à la mise en œuvre de ces soins, est consultée sur les organisations et projets les concernant directement ou indirectement.

D'autres commissions ou comités spécialisés ont également un rôle important :

- Un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) est compétent afin de définir des orientations générales ou des avis en matière de protection sanitaire et de sécurité des personnels travaillant dans l'établissement.
- Une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des malades et de leurs proches.
- Un Comité des vigilances sanitaires et de la gestion des risques (COVIRIS) a une mission de conseil sur la gestion des risques et l'élaboration des plans de prévention.
- Un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) met en œuvre toutes actions de prévention ou à caractère curatif dans ce domaine.

## **CHAPITRE 4 – L'ORGANISATION INTERNE ET MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER**

### **1 – 4 – 1 – Organisation médicale**

#### **1 - 4 – 1 – 1 - Déontologie**

Les personnels médicaux (médecins et pharmaciens) sont soumis au respect d'un code de déontologie qui leur garantit l'indépendance dans leur exercice professionnel, dans le respect des règles propres à chaque profession.

#### **1 - 4 – 1 – 2 – Statuts**

Les praticiens hospitaliers, pharmaciens et médecins à temps plein ou temps partiel, sont des agents publics et se trouvent sous l'empire de la réglementation en matière de recrutement, classement, avancement et gestion des corps fixée par les articles R. 6152-1 à R. 6152-327 du Code de la santé publique.

Les autres statuts de médecins et de pharmaciens (contractuels, assistants et praticiens attachés) sont régis par les dispositions des articles R. 615-2401 à R. 6152-711 du même Code.

Les internes et étudiants en médecine sont régis par les dispositions des articles R. 6153-1 à R. 6153-92 du même Code.

#### **1 - 4 – 1 – 3 – Permanence médicale**

La permanence médicale des soins a pour objet d'assurer, chaque jour de la semaine, y compris la nuit et les jours fériés, la sécurité et la prise en charge des patients hospitalisés ou admis en urgence.

Cette permanence prend la forme d'un tableau de service, établi par l'administration sur proposition du chef de pôle, incluant les gardes et astreintes.

Le tableau de service prend en compte la gestion des congés de toute nature auquel peut prétendre tout praticien.

Les demandes de congés des praticiens font l'objet d'une transmission à l'administration après avis du chef de pôle. Pour ces derniers, la demande fait apparaître la possibilité de remplacement en qualité de praticien dans le pôle, ou, à défaut par le praticien d'un autre pôle.

La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (COPS) conseille la direction dans les mesures tendant à assurer la continuité des soins et l'efficacité des organisations médicales.

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical (praticiens, assistants, attachés) :

- Assurent le service quotidien du jour, matin et après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne de l'unité, examens et soins des malades hospitalisés, consultations en CMP, préparation et dispensation des médicaments incombant aux pharmaciens), en dehors des horaires de garde et astreinte.
- Participent au service des samedis après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation de la continuité des soins, la Direction des

ressources Humaines, en lien avec le Président de la COPS, coordonne la procédure d'établissement des tableaux de service prévus par la réglementation, au respect de laquelle sont tenus l'ensemble des praticiens.

Un tableau de présence de sécurité peut être mis en œuvre sur les sites de l'établissement où cela apparaît possible. Il fait apparaître par demi-journée, sur les jours ouvrés, les noms des praticiens susceptibles d'être appelés sur le site afin d'apporter une réponse aux questions dont le traitement ne peut être différé à l'exclusion de la gestion du fonctionnement normal du service.

## **1 - 4 - 2 - Les structures médicales**

### **1 - 4 - 2 - 1 - Les pôles d'activité**

Les structures de référence en matière d'organisation médicale sont les pôles d'activité médicaux. Ils sont créés sur décision du Directeur après avis du Président de la CME et du Directoire.

Ils sont placés sous la responsabilité d'un chef de pôle et comportent un Conseil de pôle. Leur fonctionnement est régi par le règlement intérieur des pôles d'activité.

Ils comportent des structures internes dénommées « unités médicales » dont la liste est arrêtée par le Directeur après avis du Président de la CME et du Directoire. Chaque unité médicale est placée sous la responsabilité d'un « référent médical ».

Chaque pôle d'activité médical fonctionne sur la base d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu entre le Directeur et le chef de pôle, disposant le cas échéant d'une délégation de gestion. Les résultats de ce contrat sont évalués annuellement.

### **1 - 4 - 2 - 2 - Attributions du responsable de pôle**

Nommé par le Directeur sur proposition du Président de la CME dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique, le chef de pôle :

- Met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement.
- Met en œuvre les moyens définis par le contrat passé avec la Direction afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle, et, dans ce cadre, fournit les éléments d'activité et d'évaluation.
- Organise avec les équipes médicales, soignantes et l'encadrement du pôle – sur lesquelles il a autorité fonctionnelle – le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de la structure prévues par le règlement intérieur des pôles, le projet d'établissement et le projet de pôle.
- Élabore avec le Conseil de pôle un projet de pôle qui, d'une part, prévoit son organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins et, d'autre part, comporte des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.
- Fournit, notamment au Directeur et au président de la CME, dans le cadre de la contractualisation interne, les éléments d'activité et de la qualité des soins.
- Propose au Directeur pour nomination les praticiens appelés à exercer les responsabilités et les missions de référent d'unité.

De façon dérogatoire, compte tenu de la démographie médicale de l'établissement, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement pourra être désigné en qualité de chef de pôle.

Pour l'exercice de ses missions, le chef de pôle est assisté par un cadre supérieur de santé. Un

directeur référent est associé au fonctionnement du pôle.

Certains personnels, tels les psychologues, conservent une autonomie dans leur exercice professionnel tout en relevant de l'autorité fonctionnelle du chef de pôle ou du référent d'unité médicale. Ils doivent à ce titre communiquer au responsable médical leur activité, participer aux réunions organisées par lui et, de façon générale, inscrire leur activité dans le projet de pôle arrêté par le chef de pôle.

### **1 - 4 - 2 - 3 - Attributions du référent d'unité**

Nommé par le Directeur sur proposition du Chef de pôle, le référent d'unité médicale :

- \* Coordonne le fonctionnement médical et soignant de l'unité médicale dont il a la charge, sous l'autorité du Chef de pôle, et en lien avec l'encadrement soignant.
- \* Est responsable de la mise en oeuvre du projet de pôle pour l'unité médicale dont il est référent.
- \* Met en oeuvre les moyens assignés à l'unité médicale.
- \* Assure l'évaluation de l'efficacité des actions engagées au profit des missions assignées à l'unité médicale.

### **1 - 4 - 3 - Organisation et coordination des soins dispensés aux malades**

#### **1 - 4 - 3 - 1 - Coordination des soins**

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils concourent, quelles que soient leur qualification et leur niveau de responsabilité, à la dispensation de soins adaptés aux besoins des patients et au devoir d'assistance envers les patients et les familles, dans le respect du secret médical, du devoir de discrétion, et du respect de la dignité et de l'intimité des personnes. Lorsqu'ils ne sont pas vêtus d'une tenue professionnelle règlementaire, les agents doivent porter un badge (délivré par le CH Henri Ey) précisant leur fonction et nom.

Sous l'autorité du Directeur des soins, membre de l'équipe de direction, qui préside la commission des Soins Infirmiers, de rééducation et Médico-Technique, l'activité des professionnels hospitaliers est organisée et coordonnée autour des besoins des patients, dans le cadre d'une politique recherchant l'efficacité, la sécurité et l'évaluation des soins.

#### **1 - 4 - 3 - 2 - Organisation des soins**

Les différentes unités médicales ou d'hébergement accueillent les personnes hébergées ou soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens.

Dans chacune de ces structures, un cadre de santé ou socio-éducatif assure la coordination, l'organisation et la mise en oeuvre des soins ou de la prise en charge.

Les personnels qualifiés de filière infirmière, de rééducation et médico-techniques, accomplissent les soins techniques et relationnels, éducatifs et d'accompagnement relatifs à l'état clinique et nécessaires au confort des patients ou résidents.

Ils sont assistés, dans cette prise en charge, par d'autres professionnels qualifiés (aide-soignant, aide médico-psychologique ...) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée ou hébergée.

Les agents de services hospitaliers ont la charge, sauf situation particulière, des tâches d'hygiène et d'entretien des locaux et interviennent, de façon générale, sur l'environnement du patient ou du résident.

## **TITRE 2 – ADMISSIONS ET SEJOUR DES PATIENTS**

Le centre hospitalier Henri Ey, garantit à chaque patient et résident :

- le respect de sa dignité ;
- le respect de sa vie privée ;
- le secret des informations le concernant. Ce secret couvre non seulement l'état de santé du patient mais également son nom.

Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans l'établissement, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Sous réserve d'opposition du patient, deux ou plusieurs professionnels de santé de l'établissement pourront 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.

Le secret s'impose vis à vis de la famille et de l'entourage. Toutefois, en cas de diagnostic ou de pronostic grave il ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches, ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient sauf opposition de sa part.

- l'accès sans discrimination à la prévention ou aux soins ;
- Le respect des droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux quel que soit la mesure de soins (soins psychiatriques libres, à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, sur décision du préfet) ;
- Le respect des droits des personnes accompagnées dans les structures et services médico-sociaux rattachés à l'établissement.

### **CHAPITRE 1 – L'ADMISSION**

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi 2013-869 du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge définit les conditions d'admission et de séjour des personnes admises en soins sous contrainte.

L3211-1 à L3223-3 / R3211-1 à R3214-23 du code de la santé publique

#### **2 – 1 – 1 – L'admission en soins psychiatriques**

L'admission en soins psychiatriques se décline sous 3 modalités:

- Les soins psychiatriques libres ;
- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

##### **2 – 1 – 1 - 1 – Les soins psychiatriques libres**

L3211-1 et L3211-2

Les soins psychiatriques libres restent le mode de prise en charge principal. Dans ce cadre, le patient est consentant aux soins.

Toutefois, dans le domaine de la santé mentale, la loi prévoit des cas où ce consentement aux soins n'est pas requis.

### **Le consentement aux soins : L1111-4 / L1111-5 du code de la santé publique**

Le patient prend, avec le médecin, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

La liberté de consentir à des soins est un droit reconnu à chaque personne. Toute personne étant présumée apte à consentir à ses soins, c'est elle seule qui peut donner un consentement libre et éclairé aux soins. Ce principe s'applique différemment dans le cas d'une personne majeure, et dans le cas d'une personne mineure.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle est recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Toutefois, dans le cas du patient mineur ou d'une personne jugée inapte à consentir à ses soins, le personnel soignant et médical doit obtenir ce consentement d'une autre personne autorisée par la loi à le donner en son nom (représentant légal ou juge des tutelles). Cette dernière est tenue d'agir dans le seul intérêt du patient qu'elle représente, en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés de celui-ci.

Lorsque le patient refuse les soins proposés (hors cas de soins sous contrainte), le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix. S'il apparaît que le refus compromet la prise en charge ou l'efficacité du traitement, après information du patient, la sortie pourra être prononcée par le directeur, sur avis médical. Dans ce cas, l'équipe soignante transmettra au patient un document à signer faisant expressément état des risques inhérents à sa décision.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne sera pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient et ce consentement pourra être retiré à tout moment (hors cas de soins sous contrainte).

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne sera réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance si elle est désignée ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

**Dérogation** : Seul sera requis le consentement d'un patient mineur dont les liens de famille sont rompus et qui bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture maladie universelle.

**Les formalités de l'admission** : Avant toute admission en soins psychiatriques libres, le directeur s'assure que la personne malade (ou son représentant légal) a donné son accord pour recevoir les soins requis par son état. Il sera alors demandé au patient de remplir et signer un formulaire de demande d'admission.

Le service des admissions, ou si celui-ci est fermé, le service de soins, photocopie les attestations d'assurance maladie et de mutuelle, indispensables à la prise en charge financière de tout ou partie des soins dispensés.

Si le patient fait l'objet d'une mesure de protection judiciaire (curatelle, tutelle), une copie de l'ordonnance du juge des tutelles devra être remise au service des admissions.

Le service de soins remet au patient le livret d'accueil et le questionnaire de satisfaction lors de son admission.

**L'admission des patients mineurs** : L 1111-2, L 1111-5, L 2212-4, L 2212-7, L 3211-10, L 3211-1, L 3213-1, L 3211-12 et L 3213-9, R 1112-34 à R 1112-36 du code de la santé publique

371, 371-1, 372, 373-2-1 et 373-5 et 390 du code civil

D 132-1 à D 132-5 du code de la sécurité sociale

Un mineur est admis en soins psychiatriques dans un service de psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 16 ans. Au delà, il est pris en charge dans un service de psychiatrie adulte.

L'admission d'un mineur **hors cas d'urgence** est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire), munie d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité de l'admission en soins psychiatriques.

Lors de l'admission, l'identité de l'accompagnant et le régime d'exercice de l'autorité parentale seront vérifiés.

**L'autorisation parentale** : Lorsque les soins et examens envisagés sont usuels c'est-à-dire considérés comme des actes de la vie quotidienne sans gravité : prescription ou geste de soins qui n'expose pas le patient à un danger particulier, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre. Le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause. La demande d'admission est par conséquent recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale.

L'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale est requise (sauf si le juge des affaires familiales a confié l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents) dans le cas des actes non usuels considérés comme lourds : actes dont les effets pourraient engager le devenir du patient et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie...).

**Le refus des titulaires de l'autorité parentale ou impossibilité de recueillir leur consentement** : hors cas d'urgence, il ne peut être procédé à aucune admission. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par ce refus ou cette impossibilité de recueillir le consentement, le médecin chef de pôle peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

En cas d'urgence vitale, si le refus des titulaires de l'autorité parentale compromet l'intégrité corporelle ou la vie du mineur, le directeur, sur avis du médecin, saisira le juge des enfants et/ou le procureur de la République en vue de la mise en place d'une mesure d'assistance éducative. Cependant l'autorisation du juge ou du procureur n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision de soins.

En cas d'impossibilité de recueillir le consentement du représentant légal toutes mesures utiles seront prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur hospitalisé en urgence soient prévenues.

L'admission d'un mineur, placé par l'autorité judiciaire dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), 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.

Une demande d'hospitalisation est renseignée et signée par la personne habilitée selon les cas ci-dessus mentionnés.

Pour toute décision prise par l'autorité judiciaire, une copie de l'ordonnance du juge est à transmettre au service des admissions.

## **2 – 1 – 1 – 2 - Les soins psychiatriques sous contrainte**

Une personne adulte ne peut être hospitalisée sans son consentement que dans les deux cas prévus par la loi : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

Dans le cas de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, il appartient au Directeur de prendre les décisions prononçant l'admission ou le maintien de la mesure de soins sous contrainte.

Toutefois, les soins psychiatriques sur décision du maire ou du Préfet font l'objet respectivement d'un arrêté municipal ou préfectoral.

### **Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent**

L 3212-1 à 3212-9 code de la santé publique

R3212-1 code de la santé publique

Deux conditions cumulatives doivent être au préalable remplies : le patient compte tenu de ses troubles doit être dans l'impossibilité de donner son consentement et son état rend indispensable des soins immédiats assortis d'une surveillance en hospitalisation complète ou sous la forme d'un programme de soins.

**La demande d'admission** : Elle doit être présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, lui donnant qualité à agir dans l'intérêt du patient (tuteur ou curateur) à l'exclusion des personnels soignants exerçant au centre hospitalier Henri Ey.

Cette demande doit être manuscrite, datée et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande sera reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur qui en donneront acte.

La demande comporte les nom, prénoms, date, lieu de naissance et domicile tant de la personne qui demande les soins que de celle du futur patient. Devront également y être indiqués la nature des relations existantes entre le demandeur et la personne malade ainsi que, s'il y a lieu, leur degré de parenté.

En cas d'admission en péril imminent, la demande de tiers n'est pas requise. Toutefois, l'établissement recherchera de manière active, dans un délai de 24h00, un membre de la famille du patient.

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent se décline en trois modalités :

- **L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers dit « classique »** : la demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours rédigés par deux médecins différents inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins (non obligatoirement psychiatres).

**Le premier certificat médical** est établi par un médecin n'exerçant pas au centre hospitalier Henri Ey ; il constatera l'état mental de la personne nécessitant des soins, indiquera les particularités de sa maladie et la nécessité de l'admission en soins psychiatriques sans son consentement.

**Le deuxième certificat médical** conforme au premier est établi par un médecin qui peut être attaché au centre hospitalier Henri Ey.

Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclus, ni entre eux, ni du directeur, ni du tiers demandeur, ni du patient.

- **L'admission en soins psychiatriques en urgence** : soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers **et** soins psychiatriques en cas d'urgence

La loi prévoit ces deux procédures d'admission lorsque la vie de la personne est en danger ou que son intégrité est menacée et qu'il s'avère indispensable de prodiguer des soins immédiats.

**L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers** : Cette procédure permet l'admission dans le seul cas de péril imminent d'une personne en l'absence de tiers déclarés formalisant une demande. Le péril imminent fait référence à la notion d'immédiateté du danger pour la santé de la personne ou sa vie en cas de refus de soins.

L'admission dans ce cadre est prononcée par le directeur au vu d'un seul certificat médical établi par un médecin extérieur à l'établissement. La famille du patient, sauf impossibilité liée à des recherches infructueuses, sera informée dans les 24 heures. Cette démarche se fera dans le respect du secret médical.

Dans ce cas, les certificats médicaux de 24 heures et 72 heures seront établis par deux psychiatres distincts.

**L'admission en soins psychiatriques en cas d'urgence** (nécessité d'un tiers) : Lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Dans ce cas, les certificats médicaux de 24 heures et 72 heures sont établis par deux psychiatres distincts.

### **Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État**

L3213-1 à L3213-11

R3213-1 à R3213-3 code de la santé publique

Cette modalité d'admission est une mesure permettant sur arrêté provisoire du maire ou du préfet, qu'une personne, malgré son refus ou son opposition, soit admise en soins psychiatriques si ses troubles mentaux nécessitent des soins **et** compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

**La demande d'admission :** Le préfet, par arrêté, prononce l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre n'exerçant pas au centre hospitalier Henri Ey.

**La situation de danger imminent/ l'arrêté municipal :** En cas d'urgence et de danger imminent pour la sûreté des personnes, c'est le maire qui, au vu d'un certificat médical, établi par un médecin extérieur à l'établissement prend les mesures provisoires nécessaires, à charge pour lui d'en informer dans les 24 heures le préfet. Ce dernier signe, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques.

Faute de décision préfectorale, la mesure provisoire prise par le maire devient caduque au terme d'une durée de 48 heures.

**La possibilité de transformation de la mesure de soins :** Un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent peut faire l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du Préfet lorsque les troubles, dont il souffre, compromettent la sûreté des personnes (patients, personnels, visiteurs...). La procédure est alors celle régissant l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet.

De la même façon, si les conditions ayant justifiées une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ne sont plus réunies, le patient peut voir cette mesure levée au bénéfice de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, voire, de soins psychiatriques libres.

**Les soins psychiatriques faisant suite à une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale :** une personne ayant commis des faits d'une particulière gravité peut être admise en soins psychiatriques sur décision du préfet si les autorités judiciaires estiment que son état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

### **Les soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux**

L3214-1 à L3214-5

L'établissement accueille les détenus du centre de détention de Châteaudun ou de la maison d'arrêt de Chartres.

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation au sein de l'établissement.

Le certificat médical est établi par un médecin extérieur au centre hospitalier Henri Ey.

L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues ne peut se faire que sous la forme d'une hospitalisation complète.

Les modalités de suivi sont identiques à celles applicables aux patients admis en soins psychiatriques sur décision du préfet.

### **Les modalités de suivi des patients en soins sous contrainte**

L3211-2-1, L3211-2-2, L3211-11, L3212-7, L3213-3, L3213-5, L3213-9-1 / R3211-1, R3211-2, R3211-27 à R3211-33 du code de la santé publique

### Période d'observation :

Le patient admis en soins psychiatriques sous contrainte peut faire l'objet d'une **période d'observation** et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète, qui peut atteindre 72h00.

Dans les **24 heures** suivant son admission, un médecin réalisera un examen somatique complet **et** un psychiatre établira un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission dans chacune des mesures d'admission sous contrainte.

En cas de non confirmation des soins dans le certificat de 24 heures la mesure de soins du patient est levée. Ce dernier peut quitter l'établissement sans avoir à attendre la fin de la période d'observation de 72 heures.

Dans les **72 heures** suivant l'admission, un nouveau certificat médical sera établi.

Dans le cas d'une confirmation de la nécessité de maintenir les soins, le psychiatre proposera, dans ce certificat de 72h00, la forme de prise en charge adaptée : hospitalisation complète ou programme de soins. Cette dernière forme de prise en charge pouvant se décliner en hospitalisation à temps partiel ou prise en charge en ambulatoire.

**Le programme de soins** : établi par le psychiatre, précise les types de soins dispensés, les lieux où ceux-ci sont prodigués et leur périodicité.

Le patient est informé du programme de soins au cours d'un entretien avec le psychiatre.

Le patient est tenu de respecter son programme de soins. A défaut et en cas de dégradation de son état de santé, le psychiatre peut demander à tout moment, sa réintégration au centre hospitalier, en hospitalisation complète.

**Remarque** : le Directeur prendra acte de la demande médicale visant à mettre en oeuvre le programme de soins sans délai, dès réception du certificat ou de l'avis médical.

Toutefois, le préfet dispose d'un délai de 3 jours francs pour décider de la forme de prise en charge des patients relevant de sa compétence.

Dans l'attente de la décision du préfet ou du directeur, le patient reste hospitalisé.

Lorsque le patient fait l'objet de soins sans consentement à la suite d'une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale pour des faits graves, la mise en place d'un programme de soins, la saisine du juge des libertés et la levée de la mesure, nécessitent l'avis préalable d'un collège de professionnels et le cas échéant deux expertises psychiatriques.

**Refus du programme de soins par le préfet** : le préfet peut décider de ne pas suivre l'avis du psychiatre demandant la mise en oeuvre d'un programme de soins. Il informera sans délai le directeur. Ce dernier demandera immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de 72 heures après la décision préfectorale confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet devra ordonner la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'un programme de soins conformément à la première demande médicale.

Dans les 3 jours précédents l'expiration du premier mois d'hospitalisation, selon la modalité d'admission, le Préfet ou le directeur peut prononcer au regard d'un certificat ou avis médical circonstancié établi par un psychiatre, le maintien des soins pour une nouvelle durée d'un mois.

Concernant les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission, un collège de professionnel effectuera une évaluation approfondie de leur état mental.

### **Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de prolongation de l'hospitalisation complète**

L3211-12-1 à 3211-12-5 / R3211-7 à R3211-26 du code de la santé publique

Ce contrôle se cumule avec le recours facultatif dont bénéficie le patient au titre de l'article L3211-12 du code de la santé publique.

L'hospitalisation ne peut se poursuivre au-delà d'un délai de 12 jours sans une intervention de plein droit du juge des libertés et de la détention.

Par ailleurs, ce contrôle est renouvelé tous les 6 mois à compter de la décision judiciaire si le patient est maintenu en hospitalisation complète.

La décision du juge des libertés sera fondée sur l'avis motivé d'un psychiatre ou le cas échéant l'avis collégial (associant le psychiatre traitant du patient, un psychiatre de l'établissement et un membre de l'équipe pluridisciplinaire) lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves.

A cet avis pourront s'ajouter des expertises médicales complémentaires si le juge des libertés en considération de l'avis du médecin psychiatre ou du collège de professionnels mandate une expertise dans les délais légaux. Dans tous les cas, les expertises devront être communiquées au juge dans un délai de 14 jours à compter de l'ordonnance de désignation des experts.

L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin conformément aux conditions de sortie spécifiques à chacune des mesures de soins sous contrainte.

Le juge des libertés peut maintenir l'hospitalisation complète ou en ordonner la mainlevée. Dans ce dernier cas, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prendra fin.

Toutefois, lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises psychiatriques concordantes.

L'ordonnance du Juge des libertés peut faire l'objet d'un appel devant le premier président de la Cour d'appel ou son délégué.

Si le juge ne statue pas dans les délais requis, la mainlevée sera acquise sauf circonstances exceptionnelles.

Si, passé le douzième jour d'hospitalisation complète, un psychiatre atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifiées une hospitalisation sur décision du Préfet ne sont plus réunies, le Préfet peut alors demander l'avis d'un deuxième psychiatre. Ce dernier dispose d'un délai de 72h pour se prononcer.

Si, ce deuxième avis préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le Préfet suit cet avis, le directeur de l'établissement saisira le juge des libertés.

**Le déroulement des audiences :** les audiences sont publiques. Toutefois le juge peut décider que les débats auront lieu à huis clos s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, ou si toutes les parties le demandent, ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice.

Les audiences ont lieu au sein de l'établissement, dans une salle spécialement aménagée sur le site du Couday.

Lors de l'audience, le patient est entendu. Il est assisté d'un avocat de son choix ou, à défaut, commis d'office.

Si un avis médical atteste que, en raison de ses troubles, l'audition du patient est de nature à porter préjudice à son état de santé, il sera représenté par un avocat.

## **2 – 1 – 1 – 3 - Les droits des patients hospitalisés sous contrainte**

L3211-3, L3211-12 / R3211-8 à R3211-26 code de la santé publique

Le patient dispose de la possibilité d'exercer un recours auprès du juge des libertés et de la détention aux fins d'obtenir la mainlevée de la mesure de soins sous contrainte qu'elle qu'en soit la forme de sa prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins).

En outre, il doit recevoir les informations relatives à sa situation juridique, ses droits et voies de recours qui lui sont ouvertes.

Par ailleurs, il doit être le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, informé de la décision d'admission et de chacun des projets de décision visant le maintien de ses soins ou définissant la forme de sa prise en charge afin qu'il puisse émettre ses observations dont il conviendra de tenir compte dans la mesure du possible.

La décision d'admission prononcée par le directeur ou l'arrêté préfectoral sont notifiés au patient dans les 24 heures suivant son admission.

En tout état de cause, le patient dispose du droit :

- ◆ De communiquer avec les autorités ci-dessous mentionnées :
  - le Préfet
  - le président du tribunal de grande instance de Chartres ;
  - le juge des libertés ;
  - le maire de la commune ou son représentant ;
  - le procureur de la République du tribunal de grande instance de Chartres.

### **Aucun courrier ni aucun appel téléphonique ne sera intercepté vis à vis des ces autorités.**

- ◆ De saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et, lorsqu'il est hospitalisé, la commission des relations avec les usagers et la qualité de prise en charge ;
- ◆ De porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- ◆ De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

- ◆ D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- ◆ De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- ◆ D'exercer son droit de vote ;
- ◆ De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient peuvent exercer une partie de ses droits.

**Le cas particulier des personnes détenues en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat :** Le patient détenu hospitalisé conserve son statut et reste donc soumis aux règles de fonctionnement applicables à l'établissement pénitentiaire (visite, courrier...).

Aucun agent de l'établissement ne pourra se charger, pour le compte des patients détenus hospitalisés, d'un service étranger à sa mission.

Le personnel n'est pas autorisé à communiquer aux membres de la famille, aux proches et aux visiteurs les dates d'entrée et de sortie du patient détenu ainsi que les dates et les heures des examens réalisés.

Sous réserve du respect de ces exigences de sécurité et dans le respect des règles déontologiques, le médecin responsable du service peut communiquer des informations relatives à la santé du patient détenu hospitalisé à sa famille, à ses proches ou à la personne de confiance qu'il a désignée.

**Le cas particulier des toxicomanes** R1112-38 du Code de la santé publique : A l'exception du mineur soumis à l'autorité parentale, le patient toxicomane qui se présente spontanément dans l'établissement afin d'y être traité peut, s'il le demande expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

Toutefois, le patient peut demander au médecin traitant un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

## **2 – 1 – 2 – L'admission des résidents / usagers dans les structures médico-sociales** L 311-3 à L 311-11 code de l'action sociale et des familles

L'établissement gère plusieurs structures médico-sociales :

- un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- une unité de soins de longue durée (USLD)
- un foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- un établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- un foyer d'hébergement
- un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

L'établissement s'efforce d'assurer à chaque résident ou usager de ces structures :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes sauf dispositions législatives ou acte judiciaire ou administratif contraires ;
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité adapté à ses besoins et attentes en tenant compte de son consentement éclairé lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal sera recherché ;
- La confidentialité des informations le concernant ;
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.

Par ailleurs, un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation du résident/usager et de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Concernant l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) un contrat de soutien et d'aide par le travail sera conclu.

Le résident ou l'utilisateur ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le préfet, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général.

Si l'état du résident/usager bénéficiant d'une mesure de protection ne lui permet pas de comprendre la portée du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge, un membre du conseil de famille ou, à défaut, un parent, un allié ou une personne de son entourage ayant des liens étroits et stables avec elle, peut être associé à l'élaboration du document.

La personne accueillie pourra si elle le souhaite s'impliquer dans le fonctionnement de sa structure d'accueil en se présentant aux élections du Conseil de la Vie Sociale ou faisant remonter ses doléances au représentant des usagers.

Le résident peut consulter le règlement de fonctionnement des structures (USLD-EHPAD, FAM) et services (ESAT, SAVS) qui définit ses droits, ses obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective.

## **2 – 1 – 2 – 1 – Les modalités d'admission**

**Le cas des personnes âgées :** Les personnes âgées souhaitant être admises dans l'une des structures d'hébergement pour personnes âgées (maisons de retraite, unité de soins de longue durée) constituent au préalable un dossier de pré-admission. Ce dossier comporte plusieurs volets (médical, social et administratif).

Dès lors que le dossier est complet, il est présenté et étudié par une commission d'admission pluri-disciplinaire (administratifs, médicaux, soignants). Les membres évaluent la dépendance, l'état de santé, le volet social... et proposent une orientation (EHPAD, USLD,...) en adéquation

avec les besoins et l'état de santé de la personne.

La commission émet un avis collégial.

La personne ayant constitué le dossier ou sa famille est informée par courrier de la décision de la commission.

L'admission est confirmée à l'issue d'une visite de pré-admission réalisée par le médecin coordonnateur et un personnel soignant.

Lors de son accueil en maison de retraite, unité de soin de longue durée, il sera remis au résident ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel seront annexés :

- a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- b) Un règlement de fonctionnement ;

Par ailleurs, un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge sera élaboré avec la participation du résident / usager ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définira les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement. Il détaillera la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

**Le cas des personnes handicapées :** Concernant le foyer d'accueil médicalisé, l'utilisateur y est orienté par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'admission se fait après constitution d'un dossier complet qui est ensuite examiné par une commission d'admission pluri-professionnelle.

Une rencontre est organisée dans le service. Une période d'essai peut alors être proposée (durée de 2 à 4 semaines) afin d'évaluer l'adéquation entre les besoins du résident et l'offre de l'établissement.

Le foyer d'accueil médicalisé est ouvert aux personnes âgées de 20 à 60 ans.

Un exemplaire du règlement de fonctionnement, du livret d'accueil et du contrat de séjour est remis à la personne demandant son admission ainsi que, le cas échéant, à son représentant légal.

Dans le mois suivant l'admission, le résident ou son représentant légal est invité à signer le contrat de séjour.

## **CHAPITRE 2 – LE SEJOUR**

### **2 – 2 – 1 – Le séjour à l'hôpital**

**La désignation d'une personne de confiance :** L1111-6 du code de la santé publique

Toute personne majeure admise en hospitalisation peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance n'a pas vocation à se substituer au patient. Elle l'accompagne en ce sens qu'elle peut assister aux entretiens, poser les questions et ainsi aider le patient à prendre ses décisions. Mais, elle ne pourra imposer son choix et le professionnel de santé ne saurait d'ailleurs s'y référer s'il n'est pas conforme à ce qu'exprime le patient.

De la même manière, la personne de confiance n'a pas accès, en tant que tel, au dossier médical du patient, ni de son vivant, ni après son décès.

Les patients bénéficiaires d'une mesure de tutelle ne peuvent pas désigner une personne de confiance. Toutefois, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de la personne de confiance désignée antérieurement à la mise en place de la mesure, soit la révoquer.

### **Les directives anticipées** L1111-11 / R 1111-17 à R 1111-20 du code de la santé publique

Toute personne majeure admise au centre hospitalier ou dans ses structures médico-sociales (USLD-EHPAD) a la possibilité de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiqueront ses souhaits relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

Elles sont valables à condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Les directives anticipées s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, l'établissement s'assurera qu'il a demandé à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin pourra à la demande du patient ou du résident, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, soit révoquées. La révocation devra être expresse (écrite).

Leur durée de validité de trois ans est renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire et de signer, l'établissement s'assurera qu'il a demandé à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées. Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans.

Les directives anticipées sont conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

A cette fin, elles sont conservées dans le dossier médical de la personne.

Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier médical.

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

Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

Les visiteurs ne devront pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des

services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur.

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

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

Le cadre infirmier du service s'opposera, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les denrées et boissons introduites en fraude seront restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles et des animaux des associations conventionnées, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement.

### **L'interdiction de fumer :**

décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006

art. L3511-7 code de la santé publique

art. R3512-1 code de la santé publique

Il est interdit de fumer dans les locaux de l'établissement, y compris dans les chambres.

L'usage de la cigarette électronique à l'intérieur des locaux est également proscrite.

Cet article s'applique aux patients et à toute personne pénétrant dans l'enceinte de l'établissement.

**L'utilisation des téléphones portables :** Les téléphones portables sont interdits dans les services (sauf dispositions contraires inscrites au règlement intérieur du service). Afin de préserver le droit à l'image des autres patients, des visiteurs et du personnel, aucune photographie ne peut être prise.

L'établissement met à la disposition du patient un téléphone lui permettant de maintenir ses liens avec ses proches. Le patient l'utilisant s'acquittera des taxes correspondantes. Il peut recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le bon fonctionnement des services.

**Le courrier :** Le courrier est distribué tous les jours par le service.

**L'attitude courtoise :** La vie collective et le respect des droits et libertés respectifs impliquent une attitude, des propos et des comportements qui rendent la vie commune agréable dans le respect de l'intégrité et de la dignité de la personne.

Il est rappelé que les faits de violence volontaire à l'encontre des résidents, des patients et des personnels sont susceptibles de donner lieu à des procédures administratives et judiciaires.

Le patient/résident doit respecter le bon état des locaux et objets qui sont à sa disposition. Il indemnisera l'hôpital pour toute dégradation sciemment commise.

Toute personne est tenue d'observer au sein de l'établissement, une stricte hygiène corporelle et une tenue vestimentaire adaptée.

**Le dépôt des biens** R1113-1 à R1113-9 du code de la santé publique : Seuls les objets dont la nature justifie la détention par la personne admise en hospitalisation ou hébergée durant son séjour dans l'établissement pourront être déposés.

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

Un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés est remis au patient.

Les personnes accueillies en consultation externe ne peuvent déposer d'objets.

En cas d'admission en urgence, les objets de toute nature détenus par les personnes hors d'état de manifester leur volonté sont inventoriés par le personnel de l'établissement puis transmis au régisseur. Dès que le patient est en mesure de le faire, il lui appartient de retirer ses objets non susceptibles d'être déposés.

L'établissement n'est pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés ou non retirés alors que leurs détenteurs étaient en mesure de le faire.

L'établissement n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose. Il en est de même lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

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

Lors de sa sortie définitive, le patient devra retirer les objets déposés auprès du régisseur.

Les objets abandonnés par le patient seront déposés sauf instructions contraires de celui-ci. Le patient, son représentant légal ou ses proches, seront informés de cet abandon.

En cas de décès du patient ou du résident, les héritiers seront destinataires d'un courrier les invitant à retirer les objets déposés.

**L'exercice du culte** : Les patients et résidents peuvent participer à l'exercice de leur culte. Ils peuvent recevoir sur demande de leur part adressée au cadre du service, la visite du ministre du culte de leur choix.

## **2 – 2 – 2 – Information des patients**

R1112-1 à R1112-9 du code de la santé publique

Tout patient pris en charge au centre hospitalier Henri Ey a droit à l'information sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui 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.

Les informations relatives à la santé du patient lui seront communiquées par le médecin responsable du service concerné dans le respect des règles déontologiques applicables. Les

personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

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

En cours d'hospitalisation, le médecin responsable du service communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade.

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

**Le cas particulier des mineurs ou majeurs sous tutelle** : L'information médicale en ce qui concerne les mineurs ou majeurs sous tutelle est transmise aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur à leur demande. Toutefois, les patients mineurs ou majeurs sous tutelle pourront recevoir eux-mêmes une 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 s'agissant des majeurs sous tutelle.

## **2 - 2 - 3 - Le dossier médical**

R1111-1 à R1111-8 du code de la santé publique

L213-2 du code du patrimoine

arrêté du 03 janvier 2007

Circulaire n°DHOS/E1/2009/271 du 21 août 2009 relative à la communicabilité des informations de santé concernant une personne décédée ayant été hospitalisée dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé chargé d'une mission de service public

Les informations concernant la santé des patients sont conservées au sein de l'établissement. Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Il est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein.

Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.

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.

A l'issue du délai de conservation le dossier médical pourra être éliminé. La décision d'élimination est prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale (DIM). Cette élimination est en outre subordonnée au visa de l'administration des archives, qui détermine ceux de ces dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique.

Toutefois les dossiers médicaux conservés au-delà du délai réglementaire sont considérés comme des archives et par conséquent communicables de plein droit à l'expiration d'un délai de 25 ans à compter de la date de décès du patient, pour les documents dont la communication porte atteinte au secret médical. Si la date du décès n'est pas connue, le délai est de 120 années à compter de la date de naissance du patient.

## **2 – 2 – 3 – 1 - Les personnes ou administrations susceptibles d'accéder au dossier médical**

Le patient peut s'il le souhaite avoir accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les médecins de l'établissement. Ces informations lui seront communiquées, sur sa demande.

Toutefois, ne seront pas transmises les informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tiers.

Des personnes autres que la personne soignée peuvent avoir accès à ces informations médicales. Il s'agit des ayants-droit en cas de décès de la personne, la personne ayant l'autorité parentale, le tuteur, le médecin qu'une de ces personnes aura désigné comme intermédiaire ; le médecin responsable de l'information médicale, le médecin coordonnateur.

Le dossier médical peut également être transmis au juge d'instruction dans le cadre d'une enquête pénale sur présentation d'une commission rogatoire.

**Le patient mineur :** 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.

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet pourra s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet.

Le médecin fera mention écrite de cette opposition.

Le médecin saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations s'efforcera d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande sera rejetée.

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

**Les ayants droit :** En cas de décès du titulaire, les ayants droit peuvent solliciter l'accès au dossier. Le dossier leur sera transmis si d'une part leur demande est justifiée au regard des trois motifs exclusifs suivants : connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, et si d'autre part la personne avant son décès ne s'est pas opposée à la communication de son dossier.

Ils devront justifier de la qualité d'ayant droit et préciser, lors de leur demande, le motif pour lequel ils ont besoin d'avoir connaissance de ces informations. Seules les informations permettant de répondre au motif évoqué seront communiquées.

Toute demande de communication de dossier médical ne rentrant pas dans ce cadre stricte sera refusée. Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical.

**Le médecin responsable de l'information médicale (DIM) :** Dans le cadre de ses missions d'informatisation de l'activité médicale, le médecin DIM a accès aux dossiers médicaux. Il assure ses missions dans le respect des règles de confidentialité. Seuls les médecins ont accès aux informations médicales détenues par le médecin DIM.

**Le médecin coordonnateur :** le médecin coordonnateur a accès au dossier médical personnel de la personne hébergée dans l'établissement sous réserve de l'accord de celle-ci ou de son représentant légal.

**Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation :** les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. Cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès.

## **2 – 2 – 3 – 2 - Les modalités de consultation**

La demande écrite de consultation du dossier médical est à adresser à la direction de la clientèle du centre hospitalier Henri Ey.

L'établissement proposera à toute personne qui souhaite accéder aux informations la concernant un accompagnement médical. Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations.

Le patient pourra accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne et en obtenir communication, au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 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 hospitalisations psychiatriques est saisie.

Le délai de huit jours ou de deux mois court à compter de la date de réception de la demande. Lorsque le délai de deux mois s'applique en raison du fait que les informations remontent à plus de cinq ans, cette période de cinq ans court à compter de la date à laquelle l'information médicale a été constituée.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations pourra être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire. Le demandeur reste libre d'accepter ou de refuser cette recommandation.

Le demandeur obtiendra la communication des informations demandées, soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents.

La consultation sur place des informations est gratuite. Tout demandeur souhaitant la délivrance de copies, doit s'acquitter des frais liés au coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents. Les copies sont établies sur un support analogue à celui utilisé par l'établissement de santé ou sur papier, au choix du demandeur et dans la limite des possibilités techniques de l'établissement.

Dans le cas d'une demande de consultation sur place, le demandeur est informé du dispositif d'accompagnement médical organisé par l'établissement.

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

**Le cas particulier des hospitalisations sous contrainte** : lorsque le médecin de l'établissement détenteur des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sur décision du Préfet ou d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, estime que la communication de ces informations au demandeur ne peut avoir lieu qu'en présence d'un médecin, l'intéressé est informé. Si celui-ci refuse de désigner un médecin, le centre hospitalier saisit la commission départementale des soins psychiatriques, qui pourra également être saisie par l'intéressé.

L'établissement transmettra sans délai à la commission, sous pli confidentiel, les informations nécessaires relatives à la santé du demandeur et les éléments qui le conduisent à demander la présence d'un médecin.

L'avis de la commission sera notifié dans le délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande initiale de l'intéressé.

Toutefois, la saisine de la commission ne fait pas obstacle à la communication des informations si le demandeur revient sur son refus de désigner un médecin.

### **CHAPITRE 3 – LA SORTIE**

La sortie est, comme l'admission, prononcée par le directeur sur avis conforme du praticien chef de service ou le médecin psychiatre chargé de la prise en charge du patient, pour les personnes admises en soins psychiatriques libres et soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

Le préfet par arrêté prononce la sortie des patients en soins psychiatriques sur décision préfectorale.

Lors de sa sortie, il est remis au patient un bulletin de situation sur lequel ne figurera aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé son l'hospitalisation.

Il recevra également les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie du patient des prescriptions médicales que le patient devra continuer à suivre. Lui sont également transmises toutes indications qui lui permettront, s'il y a lieu de poursuivre la surveillance du malade.

Le patient reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli doit être remis au service sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire chaque patient ou résident peut faire part directement au directeur de ses observations.

En cas de dépôt de valeurs, le patient doit se présenter pour effectuer le retrait à la régie de l'établissement.

## **Le cas particulier du patient mineur** R 1112-57, R 1111-5 du code de la santé publique

La sortie d'un mineur peut être effectuée par ses parents ou toute personne investie de l'autorité parentale ou, sur présentation de pièces justificatives, par une personne autorisée par ces derniers. Dans ces deux derniers cas, des justificatifs seront exigés pour permettre la sortie du mineur (pièce d'identité de la personne emmenant l'enfant, extrait du jugement). La photocopie de ces documents sera conservée dans le dossier du patient.

La personne exerçant l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle devra préciser si le mineur peut quitter seul l'établissement, lui être confié ou être confié à une tierce personne, qu'elle aura expressément autorisée.

**La sortie à l'insu du service** : lorsque le patient quitte l'établissement sans prévenir, des recherches seront entreprises à l'intérieur et aux abords de l'établissement. En cas de recherches infructueuses :

- la « fugue » sera constatée et, si la situation l'exige, le commissariat de police et ou la gendarmerie informés ;
- la famille informée sauf pour le mineur opposé à l'information de ses parents (ou du titulaire de l'autorité parentale) sur leur hospitalisation.

Le patient en soins libres sera porté sortant d'office et les modalités de sortie consignées dans le dossier médical.

## **2 – 3 – 1 – Les patients en soins psychiatriques libres**

Le directeur sur proposition du médecin chef de service prononce la sortie du patient dont l'état de santé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement.

**La sortie contre avis médical du patient en soins psychiatriques libres** R 1112-62 du code de la santé publique : Les patients en hospitalisation libre peuvent quitter l'hôpital à tout moment sur leur demande. Si leur départ est susceptible de présenter un danger pour leur santé, le médecin chef de service peut donner un avis défavorable à ce départ.

Le malade doit signer une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en toute connaissance des risques qu'il encourt.

Pour les mineurs, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale. Si la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service en plus de la procédure de décharge saisit le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires.

Si la sortie est demandée par un mineur opposé à l'information de ses parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale, elle ne peut avoir lieu qu'avec une personne majeure, le procureur de la République sera informé par le médecin responsable.

Si le malade refuse de signer la décharge, un procès verbal de refus signé par deux témoins doit être établi ; celui-ci tient alors lieu de décharge.

**Le refus de soins** : lorsque le patient en soins psychiatriques libres n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le directeur après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par deux agents du service témoins.

**La sortie disciplinaire** : lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le

directeur prendra avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller, si l'état de santé du patient le permet, jusqu'au prononcé de la sortie.

**L'autorisation de sortie de courte durée (moins de 48 heures) :** Le patient peut sous réserve de l'avis favorable du médecin chef de service validé par le directeur bénéficiaire à titre exceptionnel, de permissions de sortie ne pouvant excéder 48 heures. Le malade qui ne rentre pas dans les délais impartis, sera porté sortant. A défaut, il retrouve son lit sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle admission.

Les journées passées en permission ne sont pas facturées.

Le patient mineur bénéficie de permissions de sortie dans les mêmes conditions que les adultes. Il est confié à ses parents ou au titulaire de l'autorité parentale de la même façon et en suivant les mêmes règles que pour une sortie définitive.

## **2 – 3 – 2 – Les patients en soins psychiatriques sous contrainte**

### **2 – 3 – 2 – 1 - Les autorisations de sorties accompagnées**

L3211-11-1 du code de la santé publique

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, le patient hospitalisé sans son consentement en hospitalisation complète pourra bénéficier d'autorisations de sorties accompagnées de l'établissement de courte durée n'excédant pas 12 heures. Le patient sera accompagné pendant toute la durée de la sortie par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'il a désignée lors de son admission.

Si son état de santé le permet, il peut bénéficier de sortie non accompagnée d'une durée maximale de 48h00.

Ces autorisations d'absence sont accordées par le directeur après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement.

Concernant les personnes en soins psychiatriques sur décision du préfet, la sortie ne pourra avoir lieu qu'en l'absence d'opposition écrite du Préfet devant intervenir au plus tard 12h00 heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée.

Si la mesure fait suite à une demande d'un tiers, celui-ci sera informé, préalablement, de l'autorisation de sortie.

### **2 – 3 – 2 – 2 - Les sorties définitives**

#### **La sortie définitive des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sans tiers**

L3212-4, L3212-8, L3212-9, L3213-6, L3213-9-1 du code de la santé publique

**Sur décision médicale :** il est mis fin à tout moment à la mesure dès lors qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ne sont plus réunies. Le certificat médical circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'admission en soins psychiatriques.

**Sur demande d'un membre de la famille, du représentant légal ou d'un proche :** la mesure de soins peut être levée. Toutefois, le directeur n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou un avis médical établi par un psychiatre et datant de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

Le directeur informe par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours.

**Sur décision judiciaire ou administrative :** Le juge des libertés, la commission départementale des soins psychiatriques ou le préfet peuvent être saisis par le patient ou un proche d'une demande de mainlevée de la mesure de soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

Après étude de la situation médico-administrative du patient et, si les conditions des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sans tiers ne sont plus réunies, ces autorités peuvent accueillir favorablement la demande et lever la mesure, ou, à défaut, la maintenir.

**Sur absence des certificats :** La fin de la mesure est automatique par non production des certificats légaux.

### **La sortie définitive des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat**

L3213-9-1 du code de la santé publique

**Sur décision médicale :** lorsqu'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestera par un certificat médical la disparition des conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques, le directeur informe le préfet dans les 24 heures. Ce dernier prend sa décision dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

Il peut soit lever la mesure, soit ordonner une expertise psychiatrique, soit décider de maintenir la mesure. Dans ce dernier cas, le directeur demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'Etat, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme d'un programme de soins.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur.

Le directeur saisira le juge des libertés afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure dans le cas où la décision préfectorale est intervenue plus de 12 jours après l'admission du patient.

**Sur décision judiciaire :** lorsque le préfet n'ordonne pas la levée de la mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, le directeur est informé. Ce dernier saisira le juge des libertés et de la détention afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure dans le cas où la décision préfectorale est intervenue plus de 15 jours après l'admission du patient.

**Sur décision préfectorale** sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques.

**Sur absence des certificats médicaux légaux ou par défaut de décision du Préfet à l'issue de chacun des délais prévus.**

**Remarque :** La levée d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet n'implique pas obligatoirement sortie de l'établissement. L'hospitalisation peut se poursuivre en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou en soins psychiatriques libres.

**Le cas particulier des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État suite à une décision judiciaire de déclaration d'irresponsabilité pénale :** Il ne pourra être mis fin à leurs soins que sur les avis concordants de deux psychiatres extérieurs à l'établissement et choisis par le Préfet en sus de l'avis du collège de professionnels établissant que le patient n'est plus dangereux pour autrui.

## **CHAPITRE 4 – LA FIN DE VIE ET DECES**

### **2 – 4 – 1 – Fin de vie**

L1110-5, L1111-4, L 1111-10 à 13, L6114-2 et L6143-2-2 du code de la santé publique

L311-8, L313-12 et D311-38 du code de l'action sociale et des familles

R1111-17 à R1111-20, R1112-2 et R4127-37 du code de la santé publique

Le médecin doit informer le patient ou résident en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, lorsqu'il constate qu'il ne peut soulager sa souffrance qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie. En cas d'impossibilité d'informer le patient ou résident, l'information doit être transmise à la personne de confiance préalablement désignée, la famille ou, à défaut, un des proches.

Le patient ou résident en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable peut décider de limiter ou d'arrêter tout traitement. Lorsque sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Le médecin respectera la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de son choix. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

Le patient ou le résident en fin de vie, sera transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

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

Les proches seront admis à rester auprès de la personne en fin de vie et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leur repas dans l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite.

Le décès est attesté par un certificat médical et inscrit sur un registre spécial. Celui-ci est transmis dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient ou résident, le directeur, prévenu par le médecin chef du service, avise l'autorité judiciaire.

La famille ou, à défaut, les proches disposent d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement.

Dans le cas où le corps du défunt est réclamé, il sera remis sans délai à la famille.

En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, l'établissement dans un délai de 2 jours francs procédera à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci.

## **CHAPITRE 5 – L'ETHIQUE**

### **2 – 5 – 1 – La démarche éthique au sein du Centre Hospitalier Henri EY**

Le Centre Hospitalier Henri EY s'est doté d'un comité d'éthique.

#### **2 – 5 – 1 – 1 - Objet**

Le Comité a pour but de réfléchir, échanger, informer sur toute question concernant l'éthique hospitalière. Il peut participer à l'organisation de sessions de formation. Il contribue à l'affirmation d'une culture éthique au sein de l'établissement.

Les membres du Comité conduisent leurs réflexions en intégrant les diverses sources de l'éthique ainsi que les droits de l'homme.

#### **2 – 5 – 1 – 2 - Missions et attributions**

Dans le cadre de la vie hospitalière, certaines situations conduisent à se poser des questions d'ordre éthique.

La mission générale du comité d'éthique est de permettre au centre hospitalier Henri EY d'intégrer la réflexion et le questionnement éthique nécessaire pour faire face :

- aux questions liées aux atteintes à l'exercice des libertés individuelles ou à la dignité des personnes
- aux questions liées aux conflits d'intérêts et aux impacts éthiques des décisions d'ordre budgétaires, administratives, économiques
- aux situations particulières et/ou complexes rapportées par un membre du groupe
- aux situations quotidiennes, en particulier à l'occasion des soins.

Ses missions principales sont d'évaluer et améliorer, en réalisant un état des lieux, des questions liées aux activités de l'établissement pouvant mettre en jeu l'éthique. De travailler sur les valeurs : études de problèmes et de cas particuliers. Les valeurs orientent les conduites, influencent et déterminent en partie les pratiques professionnelles. De sensibiliser et informer les acteurs en mettant à la disposition des professionnels une documentation ressource, émanant des réflexions du comité (avis consultatifs).

Le Comité peut être interrogé, par des personnes participant au fonctionnement de l'institution, par des usagers et leur famille et par des associations représentant des usagers.

En conséquence, le comité d'éthique peut formuler des recommandations, des propositions et/ou des remarques.

Concernant les travaux effectués, le Comité donne des informations à toute personne intéressée, à l'exclusion de toute donnée à caractère nominatif.

En lien avec le centre de documentation, il peut fournir des renseignements concernant les publications, la documentation et les sites spécialisées dans le domaine éthique.

Des formations pourront être organisées pour les professionnels qui en feront la demande.

## **TITRE 3 – DROITS ET DEVOIRS DES PERSONNELS**

### **Titre référé au livret d'accueil du personnel**

#### **CHAPITRE 1 – LES DISPOSITIONS POUR L'ACCUEIL DES PERSONNELS ET STAGIAIRES**

##### **3 – 1 - 1 – Dispositions générales**

Conformément au protocole local diffusé sur la vitrine intranet de la Direction des Ressources Humaines, les conditions d'accueil des nouveaux arrivants s'organisent en 4 temps :

- individuellement par la Direction des Ressources Humaines (DRH) avant et après l'embauche
- individuellement par le cadre ou le responsable de l'unité d'affectation
- collectivement lors d'une réunion plénière « Accueil des nouveaux agents ».

##### **3 – 1 - 2 – Check-List**

Une check-list « Nouvel arrivant », disponible sur la vitrine intranet de la Direction des Ressources Humaines, précise les procédures à suivre par tout nouvel agent. Ce dernier devra retourner à la Direction des Ressources Humaines la check-list complétée et signée.

#### **CHAPITRE 2 – LES OBLIGATIONS DES AGENTS A L'HOPITAL**

##### **3 – 2 - 1 – Agents concernés**

Le personnel non médical comprend des agents permanents stagiaires ou titulaires relevant du statut général des fonctionnaires (Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 portant Droits et Obligations des fonctionnaires et Loi n° 86.33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaire relative à la Fonction Publique Hospitalière).

Il comprend également des agents contractuels à titre permanent ou temporaire.

##### **3 – 2 - 2 – Devoirs vis à vis du patient, du résident et de ses proches**

Le personnel a le devoir de respect à l'égard du patient, du résident et de ses proches, conformément aux articles L.1110-3 du Code de la Santé Publique ; 225-1 et suivants du Code Pénal et 16-3 du Code Civil.

Il doit également respecter la liberté de conscience et d'opinion du patient (Circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé).

Le personnel du Centre Hospitalier doit respecter la dignité du patient. Le médecin ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers le patient.

L'intimité du patient et du résident doit être respectée, dans le cadre des soins comme dans l'accès à la chambre.

Il est formellement interdit de fumer ou vapoter dans les lieux affectés à un usage collectif.

Les personnels ne doivent ni introduire, ni consommer de boissons alcoolisées ni de substances illicites dans l'enceinte de l'établissement.

Conformément à la note de service n° 2010-14, les personnels doivent laisser les téléphones portables personnels dans les vestiaires durant les heures de travail.

### **3 – 2 - 3 – Devoir d'information**

Tout agent du Centre Hospitalier a le devoir de satisfaire aux demandes d'information générale du public et des usagers, dans des conditions compatibles avec les attributions qui lui sont confiées ainsi que la nécessité impérative de préserver le secret professionnel.

### **3 – 2 - 4 – Secret professionnel et discrétion professionnelle**

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal et aux articles 26 et 27 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983, l'ensemble du personnel hospitalier est astreint au secret professionnel et à l'obligation de discrétion professionnelle.

Tout agent de l'hôpital, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir son supérieur hiérarchique et le Directeur avant et après avoir été auditionné.

**3 – 2 - 5 – Obligation d'un exercice professionnel** conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Tout agent doit respecter la continuité du service et la ponctualité. Il est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées et 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 (article 28 de la Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires).

### **3 – 2 - 6 – Service minimum et assignations**

En cas de grève, le recours au service minimum donne le droit au Directeur d'assigner des agents pour atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement minimum du service, qui correspond au planning type mis en œuvre après l'avis du Comité Technique d'Etablissement. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation sous peine de sanction.

### **3 – 2 - 7 – Devoir de formation continue à la sécurité incendie**

L'ensemble des personnels du Centre Hospitalier, de service de jour comme de service de nuit, a l'obligation de suivre les formations à la sécurité incendie qui lui sont proposées et a l'obligation de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés régulièrement dans l'établissement.

## **CHAPITRE 3 – LES DROITS DES AGENTS A L'HOPITAL**

### **3 – 3 - 1 – Liberté d'opinion et de non discrimination**

(Article 6 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 portant Droits et Obligations des fonctionnaires)

La liberté d'opinion est garantie aux agents. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents, fonctionnaires ou non, 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 sexe, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

### **3 – 3 - 2 – Exercice du droit syndical**

L'exercice du droit syndical est garanti aux agents conformément à l'article 8 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 portant Droits et Obligations des fonctionnaires.

### **3 – 3 - 3 – Droit de grève**

Les agents du Centre Hospitalier bénéficient du droit de grève dans les conditions prévues par la Loi dans la mesure où l'exercice de la grève ne compromet pas la continuité du service public hospitalier (cf article 3.2.6)

### **3 – 3 - 4 – Protection fonctionnelle**

Les agents bénéficient à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par le Centre Hospitalier (cf article 11 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983).

### **3 – 3 - 5 – Droit d'accès au dossier individuel**

Tout agent a un droit d'accès à son dossier individuel, en respectant la procédure fixée par la Direction des Ressources Humaines.

### **3 – 3 - 6 – Conditions d'exercice du droit de retrait**

(Articles L.231-8 et suivants du Code du travail)

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail, dès lors qu'il existe un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Le droit de retrait permet alors au membre du personnel concerné de n'encourir aucune sanction ni aucune retenue de traitement. Le travail peut être pénible ou comporter certains risques, sans pour autant présenter une situation de danger et justifier la mise en œuvre du droit de retrait.

Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent.

### **3 – 3 - 7 – Accident du travail et Maladie professionnelle**

La déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle doit être faite dans les 48 heures suivant les faits ou la connaissance des faits, pour assurer à l'agent une prise en charge par l'employeur des frais et des traitements liés aux éventuelles absences, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

### **3 – 3 - 8 – Gestion des carrières**

Les articles 27 et suivants de la Loi n° 86.33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière fixent les modalités de recrutement et de nomination.

Le décret n° 91.155 du 6 février 1991 modifié fixe les dispositions générales applicables aux agents contractuels.

### **3 - 3 - 9 - Rémunération**

Les agents ont droit, après service fait, à une rémunération dans les conditions fixées par l'article 20 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983.

### **3 - 3 - 10 - Congés et RTT**

Les agents ont droit à des congés annuels, des congés de maladie, des congés de maternité, des congés de formation professionnelle, des congés de formation syndicale dans les conditions fixées par le statut général de la Fonction Publique et le statut de la Fonction Publique Hospitalière.

La base annuelle du temps de travail réactualisée chaque année, est disponible dans la vitrine intranet de la Direction des Ressources Humaines, après avis du CTE.

Les agents ont droit à des jours fériés et, en fonction du nombre d'heures travaillées, à un certain nombre de RTT conformément aux notes de service publiées dans la vitrine intranet de la Direction des Ressources Humaines.

### **3 - 3 - 11 - Formation**

(Article 22 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 modifié portant Droits et Obligations des fonctionnaires)

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux agents. Ils peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

### **3 - 3 - 12 - Conditions d'Hygiène et de Sécurité**

(Article 23 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 portant Droits et Obligations des fonctionnaires)

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents durant leur travail.

### **3 - 3 - 13 - Positions**

(Articles 39 et suivants de la Loi n° 86.33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relative à la Fonction Publique Hospitalière)

Tout fonctionnaire est placé dans une des positions suivantes :

- Activité à temps plein, temps partiel ou temps non complet,
- Mise à disposition,
- Recherche d'affectation,
- Détachement,
- Position hors cadres,
- Disponibilité,
- Accomplissement du service national et des activités dans la réserve opérationnelle, dans la réserve sanitaire et dans la réserve civile de la police nationale,
- Congé parental.

### **3 – 3 - 14 – Autorisation d'absence**

(Article 45 de la Loi n° 86.33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière)

Des autorisations spéciales d'absence, qui n'entrent pas en compte dans le calcul des congés annuels sont accordées, sous réserve des nécessités de service, notamment, pour raisons syndicales, électorales ou familiales.

### **3 – 3 - 15 – Cessation définitive de fonctions**

(Article 24 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 portant Droits et Obligations des fonctionnaires)

La cessation définitive de fonctions qui entraîne radiation des cadres et perte de la qualité de fonctionnaire résulte :

- de l'admission à la retraite,
- de la démission régulièrement acceptée,
- du licenciement,
- de la révocation.

### **3 – 3 - 16 – Notation et avancement**

Conformément à l'article 65 de la Loi n° 86.33 du 9 janvier 1986, tout agent titulaire ou stagiaire est noté annuellement.

Une note de service fixant les modalités de progression de la notation est publiée dans la vitrine intranet de la Direction des Ressources Humaines.

Par ailleurs, l'avancement d'échelon et de grade des agents titulaires est fixé conformément aux articles 66 à 69 de la Loi n° 86.33 du 9 janvier 1986 ainsi que par les statuts particuliers de chaque grade.

Les agents en Contrat à Durée Indéterminée sont évalués annuellement et ceux en Contrat à Durée Déterminée à l'issue de chacun de leur contrat.

### **3 – 3 - 17 – Tableau de service – Planning**

Chaque agent doit avoir connaissance du tableau de service au moins 15 jours à l'avance par affichage dans le service. Les modifications à ce tableau sont portées à la connaissance du personnel 48 heures à l'avance, sauf cas de force majeure due notamment à l'absence inopinée d'un agent à remplacer.

### **3 – 3 - 18 – Comité de Gestion des Œuvres Sociales**

Les agents de l'Etablissement disposent au sein du Centre Hospitalier d'un correspondant du Comité de Gestion des Œuvres Sociales, dépendant de la Direction des Ressources Humaines.

### **CHAPITRE 1 – LA SECURITE AU CENTRE HOSPITALIER HENRI EY**

#### **4 – 1 – 1 – Nature 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 visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le Directeur édicte ces règles par voie de recommandations générales ou de 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. Il veille au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre.

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

#### **4 – 1 – 2 – La sécurité générale**

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

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

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

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière.

Toute personne, et particulièrement tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'hôpital est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement. Si nécessaire, il peut être raccompagné à la sortie.

Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement.

En cas de problèmes de sécurité, tous les personnels qui interviennent exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect du statut de la fonction publique hospitalière 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 interviennent dans les services de soins à la demande des personnels en situation de danger ou à la demande du Directeur de l'hôpital ou de son représentant.

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 de l'hôpital durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent et de la procédure réglementaire de dépôt d'objet (référence DAG-Procédure Dépôt d'Objets), ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder à l'ouverture d'une armoire, d'un badge ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

L'ouverture du vestiaire d'un agent est soumise à une décision du Directeur de l'établissement en cas de circonstances exceptionnelles et à la présence et à l'accord des intéressés.

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

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

La mise en œuvre par l'hôpital 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 perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier.

Le Centre hospitalier, représenté par son Directeur, peut se porter partie civile en cas d'affaire pénale concernant des faits de violence perpétrés à l'encontre du personnel.

Le Directeur ou son représentant 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.

Le Directeur de l'hôpital, en sa qualité de représentant légal de l'établissement, a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Le Directeur ou son représentant, administrateur de garde, décide s'il y a lieu de demander une intervention de police au sein de l'hôpital, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

Cependant, en cas de danger potentiel non imminent, et après épuisement des procédures et moyens internes au service, le personnel du service de soins du Coudray fait appel à l'équipe

de sécurité – sûreté et lui demande d'intervenir en fonction de sa disponibilité.

Le personnel du service peut également faire appel à la force publique. Il informe le Directeur du Centre hospitalier ou son représentant de cette demande d'intervention.

En cas de danger avéré et imminent, le personnel du Centre hospitalier doit appeler directement les forces de police. Le service hospitalier concerné prévient également le Directeur ou l'administrateur de garde.

En cas d'enquête d'intervention des autorités de police ou d'enquête de police judiciaire, le Directeur de l'hôpital ou son représentant doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette intervention ou cette enquête interviennent. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

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

Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation et d'hébergement.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site de l'hôpital

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel, ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur 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, le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Dans le cadre du plan Vigipirate, applicable dans les établissements de santé, il y a lieu d'exercer une vigilance accrue dans l'application des mesures de sécurité à mettre en œuvre dans tous les lieux appelés à recevoir du public, notamment dans les établissements de santé.

#### **4 – 1 – 3 – La sécurité technique**

Le Directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des usagers et des personnels fréquentant le Centre Hospitalier.

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 de l'hôpital, le Directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés, notamment du Coviris. La maîtrise des risques passe notamment par le biais du document unique sur les risques professionnels.

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.

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.

Le Directeur de l'hôpital organise la permanence 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 une astreinte technique.

L'hôpital est assujéti aux règles de sécurité incendie applicables aux établissements recevant du public .

L'hôpital doit tenir un registre de sécurité par site sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies. Parmi ces renseignements doivent figurer :

- les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu; les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes coupe-feu, clapets coupe-feu...) ;
- les dates et contenus des opérations de travaux réalisées dans l'établissement ;
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres.

Ces renseignements sont communiqués à la Commission Départementale de Sécurité à l'occasion de ses passages au sein de l'hôpital.

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'hôpital. Cette interdiction concerne au même titre les locaux d'accueil et de réception, les locaux affectés à la restauration collective, les salles de réunion et de formation, les bureaux, les salles et espaces de repos, les locaux réservés aux loisirs, à la culture et au sport et tous les locaux sanitaires et médico-sanitaires, y compris les chambres.

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les malades, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer. Dans les unités de soins, les patients ont l'obligation de remettre leurs briquets et allumettes au personnel soignant lors de leur retour dans les services.

Les dispositions du Code de la route, matérialisées par la signalisation adéquate, sont applicables dans l'enceinte du Centre Hospitalier.

La vitesse y est limitée à 20 km/heure.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruit.

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait engager la responsabilité de l'établissement en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou de déprédations.

Le Directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services d'urgence, les livraisons, les travaux, l'accès des

pompiers, de la police et des services de secours).

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

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement.

Tout contrevenant aux dispositions signalées s'expose à des sanctions (enlèvement de véhicules, interdiction d'accès, etc).

Des poursuites disciplinaires sont possibles à l'encontre du personnel qui ne respecterait pas les dispositions relatives à la circulation et au stationnement.

Les voies de desserte établies dans l'enceinte du Centre Hospitalier constituent des dépendances du domaine public de l'établissement.

A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public.

La direction du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police, ou de faire déplacer elle-même aux frais des contrevenants, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier. Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le refus opposé par tout agent aux injonctions de la Direction visant au respect des règles de stationnement est susceptible d'entraîner des poursuites disciplinaires.

#### **4 – 1 – 4 – La sécurité informatique**

Les utilisateurs du système d'information du Centre Hospitalier doivent appliquer les dispositions de la politique de sécurité de l'information dans le cadre de leurs activités. Ils doivent notamment :

- respecter les obligations légales et réglementaires relatives à la confidentialité des données personnelles, ainsi que les procédures et règles de sécurité de l'information ;
- 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.

#### **4 – 1 – 5 - L'hygiène**

##### **4 – 1 – 5 – 1 - Contribution à l'hygiène en tant que patient**

Toute personne est tenue d'observer au sein de l'établissement, une stricte hygiène corporelle et d'accepter les soins d'hygiène qui s'imposent. L'expression des convictions religieuses ne doit pas faire obstacle à cette règle.

Les patients hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital leur nécessaire de toilette, leur linge et effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc.). Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient conserve ses vêtements et son linge personnel dont il doit assumer l'entretien. L'établissement peut cependant se charger du lavage du linge personnel des patients de l'Unité de Soins Longue Durée et des résidents des EHPAD ou de tous autres patients ou résidents qui peuvent en nécessiter le besoin.

#### **4 – 1 – 5 – 2 - Contribution à l'hygiène dans l'exercice professionnel**

Le personnel est tenu de prendre connaissance et de mettre en pratique les protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement pour lutter efficacement contre toutes les infections (circuit du linge, circuit des déchets, hygiène des mains, protocoles de soins, hygiène vestimentaire et corporelle...).

Le port de la tenue vestimentaire réglementaire contribue au respect des mesures d'hygiène.

Lorsque le personnel est concerné par une tenue vestimentaire réglementaire, il lui est fait obligation de la porter durant le service et de la quitter hors des heures de service. Il en est de même pour les chaussures, y compris lorsqu'elles sont fournies par l'établissement, ou font l'objet d'un achat à l'aide d'une prime spécifique. Le port de cette tenue au restaurant du personnel et en dehors de l'enceinte de l'établissement, ou des dépendances n'est pas admis. Ces personnels sont en devoir de veiller à la propreté de leur tenue de travail et de procéder fréquemment à son changement pour nettoyage.

Les étudiants et les stagiaires sont soumis aux règles précédemment énoncées.

Le centre hospitalier assure l'entretien des tenues des agents par l'intermédiaire d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP). En conséquence, et pour des raisons d'hygiène évidentes les professionnels ne doivent pas entretenir personnellement leurs tenues de travail.

Les étudiants et les stagiaires sont soumis aux règles précédemment énoncées.

## **CHAPITRE 2 – L'AMELIORATION DE LA QUALITE**

### **4 – 2 -1 - Mise en œuvre de la politique qualité et de la gestion des risques**

Elle représente un axe transversal important du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle.

L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels de santé. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes.

### **4 – 2 – 2 - Le pilotage de la démarche qualité et de la gestion des risques**

#### **4 – 2 – 2 – 1 - Démarche qualité**

Depuis plusieurs années l'établissement s'est doté d'une Direction de la qualité et de la gestion des risques, d'une cellule opérationnelle qualité (COQ) et de référents qualité répartis au sein des unités de soins et des services administratifs et techniques.

En lien avec le Directoire, le président de la CME, le CODIR et la CME, la direction de la qualité et de la gestion des risques a pour mission d'une part, d'impulser, d'animer et de conduire la culture, la politique et la dynamique qualité dans l'établissement, et d'autre part de valider la démarche et les plans d'actions proposés par les différents acteurs du Centre Hospitalier Henri EY.

La COQ coordonne la politique qualité, définit et élabore les méthodes et outils de la démarche qualité et gestion des risques. La COQ développe la communication, l'information et la formation utile aux référents qualité et aux personnels et assure la régulation avec les différentes commissions et les référents qualité.

Les référents qualité sont des professionnels qui servent de relais entre les différents pôles et la direction qualité et gestion des risques, pour promouvoir, diffuser l'information, sensibiliser autant que de besoin sur la politique qualité/gestion des risques et sur les projets qualité en cours.

#### **4 - 2 - 2 - 1 - 1 - La démarche qualité et la certification**

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité. Elle s'inscrit dans un double courant international qui prône d'une part : une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs (experts visiteurs) et, d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

C'est une procédure d'évaluation menée par la Haute Autorité de Santé (HAS) instance consultative à caractère scientifique et indépendante, qui se déroule au plus tous les 4 ans. Elle concerne tous les établissements de santé, publics et privés. Son objectif principal est d'évaluer leur démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le Centre Hospitalier Henri EY est certifié sans réserve V2010 (3ème itération). Des plans d'actions qualité (PAQ) sont suivis, mis en oeuvre, et ils alimentent le compte qualité. L'établissement est engagé dans la 4ème itération dont la visite aura lieu en 2015.

#### **4 - 2 - 2 - 1 - 2 - Le programme d'amélioration de la qualité**

Chaque année le programme d'amélioration continue de la qualité/gestion des risques (PAQ) est actualisé en fonction des résultats de différentes évaluations (satisfaction des patients, fiches d'évènements indésirables, plaintes et réclamations, contrôles externes,...) et est validé en Directoire, CODIR, COQ ...

#### **4 - 2 - 2 - 1 - 3 - La place des usagers dans la démarche qualité**

Les usagers sont écoutés, leur expression est recherchée et leur satisfaction est mesurée.

Une commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) fonctionne dans l'établissement.

La satisfaction des patients est mesurée auprès des patients sortants. Le retour en est fait aux services, aux instances et à la CRUQPC pour dégager des axes d'amélioration.

La commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge de la personne accueillie.

#### **4 – 2 – 2 – 1 – 4 - La démarche qualité et l'évaluation des Pratiques Professionnelles**

L'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

En raison de l'importance des enjeux de qualité des soins, le législateur a souhaité promouvoir l'EPP quel que soit le secteur de production de soins ou les modalités d'exercice.

Ainsi, outre la démarche d'EPP obligatoire dans la 2<sup>ème</sup> procédure de certification des établissements de santé, plusieurs autres démarches sont prévues par les textes législatifs qui régissent le système de santé.

Plusieurs formes d'EPP peuvent ainsi concerner les mêmes professionnels de santé. Ces différentes modalités sont donc à articuler entre elles pour en assurer la complémentarité.

Le Centre Hospitalier Henri EY a retenu 8 thèmes d'évaluation des Pratiques Professionnelles qui devront être réalisés d'ici fin 2012. Il a constitué une sous-commission des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) dont la mission est entre autre d'apporter un accompagnement méthodologique, et d'organiser la communication autour des EPP.

#### **4 – 2 – 2 – 2 - La démarche qualité et la gestion des risques**

La gestion des risques est une démarche visant à identifier les risques qui pèsent sur l'établissement au niveau du patient, des infrastructures, de l'environnement, du personnel, des visiteurs..., à les évaluer dans le but de définir un programme de gestion des risques, et à mettre en œuvre les mesures adéquates de prévention ou de protection.

Le comité de suivi des vigilances sanitaires et de la gestion des risques (COVIRIS) définit la politique de gestion des risques et un plan de prévention et de gestion des risques. C'est une instance de réflexion, d'animation et de coordination. Le COVIRIS prépare un plan d'actions annuel. La cellule opérationnelle qualité (COQ) priorise avec le COVIRIS les actions à entreprendre et trouve si nécessaire les moyens de les mener à bien.

L'établissement dispose de diverses sources d'information concernant les risques : les fiches d'événements indésirables, les réclamations et les plaintes des patients, les rapports de garde, les rapports des bureaux de contrôles ou des inspections sur la sécurité, les comptes rendus de visite du CHSCT, les alertes reçues de l'AFSSAPS,...

Le Centre Hospitalier Henri EY dispose d'une Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) et de plusieurs sous-commissions de la Commission Médicale d'Établissement (CME) : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS). Ces sous commissions participent à la mise en œuvre et au suivi du programme de gestion des risques au sein de l'établissement.

L'ensemble de ces démarches a notamment conduit à la rédaction de différents documents : le plan blanc, le plan canicule, le document unique d'évaluation des risques professionnels, le plan de maîtrise sanitaire en cuisine, des procédures ou conduites à tenir (notamment sur le circuit du médicament, les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC), la coqueluche, les accidents d'exposition au sang, la légionellose, l'isolement septique, le lavage des mains...).