



**PRÉFET
DE LA GIRONDE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°33-2024-010**

PUBLIÉ LE 18 JANVIER 2024

Sommaire

CH LIBOURNE / Direction Générale

33-2023-12-15-00007 - Règlement intérieur du CH de Libourne et ses annexes
(172 pages)

Page 3

CH LIBOURNE

33-2023-12-15-00007

Règlement intérieur du CH de Libourne et ses
annexes



Règlement intérieur du Centre Hospitalier de Libourne

1

[Table des matières](#)

Table des matières

Table des matières	2
Chapitre 1 – Organisation de l'établissement	11
Section 1. Organes décisionnels et consultatifs	11
Sous-section 1. Organes décisionnels	11
Article 1. Le Conseil de surveillance	11
Article 2. Le Directeur	11
Article 3. Le Directoire	11
Article 4. Le Président de la Commission médicale d'établissement	12
Sous-section 2. Organes consultatifs et de dialogue social	12
Article 5. La Commission médicale d'établissement	12
Article 6. Le Comité social d'établissement (CSE)	12
Article 7. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT),	12
Article 8. La Commission de l'activité libérale	13
Sous-section 3. Les commissions spécifiques	13
Article 9. Les Commissions administratives paritaires (CAP)	13
Article 10. Les Commissions Consultatives Paritaires (CCP)	14
Article 11. Les instances spécialisées relatives à la qualité et la sécurité des soins	14
Article 12. La Commission des Usagers	15
Sous-section 4. Les instances et référents déontologiques et éthiques	15
Article 13. Le référent déontologue	15
Article 14. Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier	15
Sous-section 5. Les référents laïcité et égalité	16
Article 15. Le référent laïcité	16
Article 16. Le référent égalité professionnelle	16
Section 2. L'organisation en pôles de l'établissement	17
Article 17. Principes de l'organisation en pôles	17
Article 18. Nomination et missions du chef de pôle	18
Article 19. Gouvernance et instances de pôle	18
Article 20. Contrats de pôle et délégations de gestion	19

Chapitre 2 – Accueil et prise en charge des usagers.....	19
Section 1. Règles générales d’admission.....	19
Sous-section 1. Modes d’admission.....	19
Article 21. Prononciation de l’admission.....	19
Article 22. Admission programmée et admission directe.....	19
Article 23. Admission en urgence.....	20
Sous-section 2. Formalités administratives à l’admission.....	20
Article 24. Accueil du patient lors de l’admission.....	20
Article 25. Pièces à fournir lors de l’admission.....	21
Sous-section 3. Régimes de prise en charge.....	21
Article 26. Principe du libre choix du malade.....	21
Article 27. Admission en régime commun.....	22
Article 28. Admission en régime particulier.....	22
Article 29. Admission au titre de l’activité libérale des praticiens hospitaliers.....	22
Article 30. Régimes de consultations et de soins externes.....	23
Section 2. Cas particuliers d’admissions.....	23
Sous-section 1. Les patients mineurs.....	23
Article 31. Admission des patients mineurs.....	23
Article 32. Information et consentement aux soins.....	23
Article 33. Mineurs relevant d’un service départemental de l’Aide Sociale à l’Enfance ...	23
Article 34. Autorisations de sortie des mineurs en cours d’hospitalisation.....	24
Article 35. Sortie des mineurs en fin d’hospitalisation.....	24
Article 36. Mineurs en situation de rupture familiale.....	24
Sous-section 2. Les femmes enceintes.....	25
Article 37. Admission des femmes enceintes.....	25
Article 38. Accouchement dans le secret.....	25
Article 39. Admission des femmes désirant avoir recours à une interruption volontaire de grossesse	25
Sous-section 3. Les patients hospitalisés sans consentement.....	25
Article 40. Dispositions générales.....	25
Article 41. Les soins psychiatriques à la demande d’un tiers ou en cas de péril imminent	26
Article 42. Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l’État.....	26
Article 43. Droits spécifiques aux patients hospitalisés sans consentement.....	27

Article 44. Contestation des soins sans consentement.....	28
Article 45. Isolement et contention en psychiatrie.....	28
Sous-section 4. Autres situations particulières	28
Article 46. Les majeurs protégés	28
Article 47. Les patients étrangers.....	29
Article 48. Les militaires	29
Article 49. Patients toxicomanes.....	29
Article 50. Les détenus	30
Section 3. Conditions de séjour.....	30
Sous-section 1. L'accueil des patients	30
Article 51. Livret d'accueil	30
Sous-section 2. Le séjour des patients	31
Article 52. Dépôt et restitution des biens et valeurs personnels du patient	31
Article 53. Exercice du droit de visite	31
Article 54. Service des repas dans les unités d'hospitalisation	32
Article 55. Comportement des hospitalisés	32
Article 56. Effets personnels.....	33
Article 57. Moyens de communication (téléphonie, courrier).....	33
Article 58. Télévision, accès à internet, informatique.....	34
Article 59. Prise de vue et utilisation de l'image	34
Article 60. Exercice des pratiques religieuses	35
Article 61. Droits civiques.....	35
Article 62. Bénévoles et associations	35
Article 63. Stagiaires.....	36
Sous-section 3. Service social des patients	36
Article 64. Missions et modalités de recours au service social	36
Section 4. La sortie des patients.....	37
Article 65. Compétence du Directeur.....	37
Article 66. Permissions de sortie	37
Article 67. Formalités de sortie	37
Article 68. Sortie contre avis médical.....	38
Article 69. La sortie à l'insu du service	39

Article 70. Sortie du nouveau-né.....	39
Article 71. Sortie par mesure disciplinaire	39
Section 5. Naissances et Décès	39
Sous-section 1. Dispositions relatives aux naissances	39
Article 72. Déclaration de naissance	39
Article 73. Déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale	40
Sous-section 2. Dispositions relatives aux décès	40
Article 74. Attitude à suivre à l'approche du décès	40
Article 75. Constat du décès.....	41
Article 76. Annonce du décès.....	41
Article 77. Indices de mort suspecte	41
Article 78. Toilette mortuaire et inventaire après décès	41
Article 79. Dépôt des corps à la chambre mortuaire	42
Article 80. Mesures de police sanitaire	42
Article 81. Transport de corps avant mise en bière	42
Article 82. Transport de corps après mise en bière	43
Article 83. Prélèvement d'organes et de tissus.....	44
Section 6. Droits des patients.....	44
Sous-section 1. Information	44
Article 84. Droit à l'information médicale du patient	44
Article 85. Information des familles	45
Sous-section 2. Le dossier du patient.....	45
Article 86. Le contenu du dossier	45
Article 87. Accès du patient ou de ses ayants-droits au dossier médical	46
Sous-section 3. Le consentement aux soins.....	46
Article 88. Principe du consentement aux soins	46
Article 89. Le refus de soins.....	47
Article 90. La personne de confiance	48
Article 91. Les directives anticipées	48
Sous-section 4. Relations avec les usagers.....	48
Article 92. Evaluation de la satisfaction des patients.....	48
Article 93. Traitement des plaintes et réclamations	49

Article 94. Respect de la personne et de son intimité	49
Article 95. Promotion de la bientraitance	49
Article 96. Prise en charge de la douleur	49
Article 97. Droit aux soins palliatifs	49
Article 98. Obligation de signalement des évènements indésirables	50
Sous-section 5. Traitement des données de santé	50
Article 99. Traitement des données à caractère personnel	50
Article 100. Le Délégué à la protection des données (DPO)	51
Chapitre 3 – Personnels de l'établissement	52
Section 1. Dispositions applicables à l'ensemble des personnels (PNM/PM et stagiaires)	52
Sous-section 1. Principes fondamentaux liés au service public et au respect du patient	52
Article 101. Le principe de laïcité	52
Article 102. Le principe de continuité	52
Article 103. Obligation d'accueil et d'information du public	52
Article 104. Le respect du secret professionnel	53
Article 105. L'obligation de discrétion professionnelle.....	54
Article 106. Le devoir de réserve.....	55
Article 107. Neutralité du service public	55
Sous-section 2. Principes de bonne conduite professionnelle et obligations des personnels ..	55
Article 108. L'obligation de désintéressement.....	55
Article 109. La prévention des conflits d'intérêt.....	55
Article 110. L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative	56
Article 111. L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces	56
Article 112. L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique	56
Article 113. L'obligation d'information du supérieur hiérarchique	57
Article 114. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité	57
Article 115. Le bon usage des biens du Centre Hospitalier	57
Article 116. Usage des véhicules de service du Centre Hospitalier	57
Article 117. L'exigence d'une tenue appropriée et d'un langage correct.....	58
Article 118. L'identification des personnels	58
Article 119. Le bon usage du système d'information et des réseaux sociaux	58

Article 120. L'obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés au Centre Hospitalier	59
Article 121. Dispositions générales relatives à l'alcool, armes, stupéfiants et substances dangereuses/illicites.....	59
Sous-section 3. Les droits et garanties des personnels.....	59
Article 122. Liberté d'opinion, de conscience, et non-discrimination	59
Article 123. Egalité de traitement et principe de non-discrimination	60
Article 124. Protection contre le harcèlement moral et sexuel.....	60
Article 125. Droit à l'expression directe et collective.....	60
Article 126. Droit syndical	60
Article 127. Droit de grève	60
Article 128. Droit à une protection dans l'exercice de ses fonctions : la protection fonctionnelle	61
Article 129. Droit de retrait : danger grave et imminent	62
Article 130. Droit d'alerte.....	62
Article 131. Droit à la formation professionnelle.....	62
Article 132. Droit d'accès au dossier administratif	63
Article 133. Droit à la déconnexion	63
Section 2. Dispositions spécifiques au personnel médical.....	64
Sous-section 1. Dispositions statutaires.....	64
Article 134. Personnel médical à temps plein et à temps partiel	64
Article 135. Praticiens contractuels.....	64
Article 136. Les internes et docteurs juniors.....	64
Article 137. Les étudiants hospitaliers	64
Article 138. Les sage-femmes.....	64
Sous-section 2. Dispositions spécifiques au personnel médical	65
Article 139. Le code de déontologie médicale	65
Article 140. La continuité de service	65
Article 141. L'obligation de développement professionnel continu	65
Article 142. L'éthique médicale.....	65
Article 143. Les devoirs envers les patients	65
Article 144. Le secret médical	66
Article 145. L'activité libérale.....	67

Article 146. La recherche biomédicale	67
Section 3. Qualité de vie au travail et politique sociale	67
Article 147. Prévention des risques professionnels	67
Article 148. Accompagnement d'un agent victime de violences	67
Article 149. Le Service de Prévention de Santé au travail.....	68
Article 150. L'accueil du nouvel arrivant au sein du Centre Hospitalier	68
Article 151. Les services à disposition du personnel.....	68
Chapitre 4 – Sécurité et hygiène	69
Section 1. Dispositions générales.....	69
Article 152. Pouvoir de police du Directeur	69
Article 153. Finalité des règles de sécurité.....	69
Article 154. Opposabilité des règles de sécurité.....	70
Article 155. Rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police et de gendarmerie. 70	
Article 156. Circonstances exceptionnelles.....	71
Article 157. Plan VIGIPIRATE	71
Article 158. Plan de gestion des Situations sanitaires exceptionnelles (Plan Blanc)	71
Article 159. Garde de direction	72
Section 2. Sécurité des biens et des personnes	72
Article 160. Accès au Centre Hospitalier	72
Article 161. Horaires d'accès aux sites	72
Article 162. Accès au Centre Hospitalier, dispositions spécifiques.....	73
Article 163. Attribution et restitution de clefs ou badges donnant droit d'accès à des locaux de l'hôpital 74	
Article 164. Changement de destination d'un local	74
Article 165. Calme et tranquillité au sein du Centre Hospitalier.....	75
Article 166. Personnels de sécurité et de sûreté	75
Article 167. Equipements de sécurité et de sûreté.....	76
Article 168. Infractions perpétrées dans l'enceinte de l'établissement	76
Article 169. Sécurité et protection des personnels.....	77
Article 170. Sécurité des biens	77
Article 171. Dépôt de plainte	77
Section 3. Règles de sécurité propres au fonctionnement	77

Sous-section 1. Sécurité Incendie.....	77
Article 172. Dispositions générales sur la sécurité incendie	77
Sous-section 2. Sécurité technique	79
Article 173. Définition	79
Article 174. Astreinte technique	79
Sous-section 3. Sécurité informatique	80
Article 175. Charte d'accès au système d'information	80
Section 4. Circulation et stationnement	80
Sous-section 1. Circulation sur les sites hospitaliers.....	80
Article 176. Statut et destination des voiries intérieures hospitalières.....	80
Article 177. Application du Code de la Route	80
Sous-section 2. Stationnement dans l'enceinte de l'établissement	81
Article 178. Dispositions générales	81
Article 179. Accès aux parkings pour les usagers.....	81
Article 180. Accès aux parkings pour les personnels du Centre Hospitalier	82
Article 181. Police de la voirie intérieure	82
Article 182. Limite de responsabilité.....	82
Section 5. Hygiène.....	82
Article 183. Hygiène – Dispositions générales	82
Article 184. Règles d'hygiène dans le cadre des travaux et opérations de maintenance..	82
Article 185. Interdiction de fumer et de vapoter à l'hôpital	83
Chapitre 5 – Dispositions relatives au Règlement intérieur.....	84
Article 186. Approbation du règlement intérieur	84
Article 187. Opposabilité du règlement intérieur	84
Article 188. Mise à disposition du règlement intérieur	84
Article 189. Mise à jour du règlement intérieur.....	84
Liste des annexes.....	85

Chapitre 1 – Organisation de l'établissement

Section 1. Organes décisionnels et consultatifs

Sous-section 1. Organes décisionnels

Article 1. Le Conseil de surveillance

Le Conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion. Il délibère et donne son avis sur les matières qui lui sont attribuées par la loi (article L6143-5 du Code de la Santé publique).

Article 2. Le Directeur

Le Directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement. Il représente celui-ci dans tous les actes de la vie civile et agit en justice en son nom.

Dans certaines matières définies par la loi il exerce ses compétences après concertation avec le Directoire.

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

Il peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature aux personnes placées sous son autorité.

Article 3. Le Directoire

Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation. Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le Directoire est présidé par le Directeur de l'établissement.

Il est composé de sept membres dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

La concertation préalable aux décisions du Directeur se déroule à l'initiative de ce dernier et selon des modalités qu'il définit. Le Directoire se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé.

Article 4. Le Président de la Commission médicale d'établissement

Le Président de la Commission médicale d'Etablissement est le vice-président du Directoire.

Conformément aux dispositions réglementaires¹, il est notamment chargé de coordonner la politique médicale de l'établissement ; il élabore avec le Directeur le projet médical de l'établissement et assure le suivi de sa mise en œuvre. Il définit, conjointement avec le Directeur et après concertation avec le directoire, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Une charte de gouvernance est conclue entre le Directeur et le Président de la Commission médicale d'établissement (**en annexe**)

Sous-section 2. Organes consultatifs et de dialogue social

Article 5. La Commission médicale d'établissement

Conformément aux dispositions du Code de la Santé publique, la Commission médicale d'établissement est l'instance représentative des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques.

Ses missions, sa composition et ses modalités de fonctionnement sont définies dans son règlement intérieur en **annexe**.

Article 6. Le Comité social d'établissement (CSE)

Le Comité Social d'Etablissement (CSE) est la nouvelle instance de représentation du personnel dans la fonction publique hospitalière.

Les missions, la composition et les modalités de fonctionnement du Comité Social d'Etablissement et de sa formalisation spécialisée (F3SCT) sont définies dans le règlement intérieur du CSE en **annexe**.

Article 7. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT),

Conformément aux dispositions du Code de la Santé publique, la Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est l'instance qui représente au sein de l'établissement les différentes catégories de personnels des services de soins.

¹ Article L6143-7-3 du Code de la santé publique

Ses missions, sa composition et ses modalités de fonctionnement sont définies dans son règlement intérieur en [annexe](#).

Article 8. La Commission de l'activité libérale

Le Centre Hospitalier de Libourne a mis en place une Commission de l'activité libérale qui est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats signés par les praticiens.

Ses modalités de fonctionnement, sa composition et ses missions sont définies dans la Charte de l'activité libérale en [annexe](#).

Sous-section 3. Les commissions spécifiques

Article 9. Les Commissions administratives paritaires (CAP)

Les commissions administratives paritaires (CAP) sont les instances de représentation des personnels de la Fonction Publique Hospitalière, compétentes à l'égard des fonctionnaires.

Au nombre de 10, elles correspondent chacune à une catégorie hiérarchique, soit :

- 4 commissions pour les corps de catégorie A,
- 3 commissions pour les corps de catégorie B
- 3 commissions pour les corps de catégorie C.

Une CAP locale (CAPL) est créée par l'assemblée délibérante d'un établissement, dès que l'effectif des fonctionnaires relevant de cette commission est au moins égal à 4 pendant 3 mois consécutifs.

Lorsqu'une CAP locale ne peut pas être créée, les fonctionnaires relèvent d'une CAP départementale (CAPD), créée par l'Agence régionale de santé (ARS) et gérée par un établissement situé dans le département.

Fonctionnement :

Les représentants du personnel sont élus par les fonctionnaires tous les 4 ans. Les représentants de l'administration à une CAP locale sont désignés par l'assemblée délibérante de l'établissement. Les représentants de l'administration à une CAP départementale sont désignés par le directeur de l'établissement qui en assure la gestion. Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants. Les fonctionnaires participent par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant aux commissions administratives paritaires à l'application des règles statutaires et à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière.

Les commissions administratives paritaires (CAP) sont consultées pour :

13

[Table des matières](#)

- certaines décisions individuelles affectant les agents ;
- en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2e, 3e et 4e groupes à l'égard des fonctionnaires ;
- certaines demandes de réintégration de fonctionnaires ;

Les CAP se réunissent autant que de besoin. Les séances des commissions ne sont pas publiques.

Article 10. Les Commissions Consultatives Paritaires (CCP)

Une commission consultative paritaire (CCP) est une instance consultative composée, en nombre égal, de représentants de l'administration et de représentants du personnel, compétente à l'égard des personnels contractuels.

Une CCP est créée dans chaque département par l'Agence régionale de santé (ARS) et gérée par un établissement situé dans le département.

Fonctionnement :

Les représentants du personnel sont élus par les agents contractuels tous les 4 ans. Les représentants de l'administration sont désignés par le directeur de l'établissement qui assure la gestion de la commission. Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants. Les contractuels participent par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant aux commissions consultatives paritaires à l'application des règles et à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière.

Les commissions consultatives paritaires (CCP) sont consultées pour :

- certaines décisions individuelles affectant les agents contractuels ;
- en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2e, 3e et 4e groupes à l'égard des contractuels ;

Les CCP se réunissent autant que de besoin. Les séances des commissions ne sont pas publiques.

Article 11. Les instances spécialisées relatives à la qualité et la sécurité des soins

Ces instances sont notamment :

- Le Conseil stratégique Qualité
- la Cellule Opérationnelle de Gestion des Risques (COGR)
- le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)
- le Groupe de réflexion sur l'Accompagnement et les Soins palliatifs (GRAP)

La composition et les attributions de ces comités sont détaillées dans leurs règlements intérieurs respectifs.

Article 12. La Commission des Usagers

Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches, et de la prise en charge.

La composition de la Commission des Usagers (CDU) et ses modalités de fonctionnement sont définies dans son règlement intérieur en **annexe**.

Sous-section 4. Les instances et référents déontologiques et éthiques

Article 13. Le référent déontologue

Créée par la Loi du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, la fonction de référent déontologue doit être mise en place dans tous les établissements publics, dont les Etablissements Publics de Santé :

Le référent déontologue a pour mission :

- De répondre aux interrogations des professionnels
- De leur apporter tout conseil utile au respect des obligations et des principes déontologiques (avis sur certaines demandes d'autorisation de cumul d'activités, prévention des situations de conflits d'intérêts, avis sur les déclarations d'intérêts et de situation patrimoniale...

Le référent déontologue peut également être saisi pour avis (Loi du 6 août 2019 Transformation de la Fonction Publique) sur :

- Les projets de cessation temporaire ou définitive de fonction d'un praticien hospitalier souhaitant exercer une activité privée lucrative
- La question de la compatibilité du projet de création ou de reprise d'une entreprise par un praticien hospitalier avec les fonctions exercées.

Le référent déontologue est compétent à l'échelle du Groupement hospitalier de territoire et peut être saisi par tous les établissements membres du GHT « Alliance de Gironde » à l'adresse : deontologue@chu-bordeaux.fr

Article 14. Le Comité d'Éthique du Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier a mis en place un Comité d’Ethique pluriprofessionnel, associant notamment des représentants médicaux, non médicaux, psychologues ou représentants des usagers pour accompagner la réflexion éthique dans l’établissement.

Le Comité d’Ethique a un rôle consultatif uniquement. Il répond aux problématiques éthiques soulevées par les professionnels et par les patients ou leurs proches.

Sous-section 5. Les référents laïcité et égalité

Article 15. Le référent laïcité

La loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République a créé la fonction de référent laïcité au sein de l’ensemble des administrations des trois versants de la fonction publique.

Le CH de Libourne a ainsi mis en place un référent laïcité avec un champs de compétence sur l’ensemble des Hôpitaux du Nord Gironde.

Le référent laïcité a pour mission :

- Le conseil aux chefs de service et aux agents pour la mise en œuvre du principe de laïcité, notamment ;
- L’analyse et la réponse aux sollicitations portant sur des situations individuelles ou sur des questions d’ordre général ;
- La sensibilisation des agents au principe de laïcité et diffusion de l’information au sujet de ce principe ;
- L’organisation de la journée de la laïcité le 9 décembre de chaque année ;
- Le conseil en cas de difficulté dans l’application du principe de laïcité entre un agent et des usagers du service public en lien avec le responsable des liens avec les usagers.

Il peut être joint à l’adresse mail : Referent.laicite.nordgirond@ch-libourne.fr

Article 16. Le référent égalité professionnelle

Le Centre Hospitalier de Libourne est particulièrement engagé dans l’égalité professionnelle de genre. Dans ce cadre, il a mis en place un référent égalité professionnelle dont l’une des missions est de proposer et suivre un plan d’action à l’égalité professionnelle, en lien avec les Hôpitaux de la Direction commune Nord Gironde.

Le référent égalité professionnelle est nommé par décision du Directeur.

Il dispose d'une lettre de mission précisant ses missions, son positionnement, ses moyens sur lesquels il peut s'appuyer et, le cas échéant, l'articulation avec ses autres fonctions et missions, notamment celles relatives au portage de la politique d'égalité de genre au sein du Centre Hospitalier.

Le référent égalité professionnelle a pour mission :

- D'informer et sensibiliser les personnels médicaux et non médicaux aux risques de discrimination liée au genre ;
- De contribuer au diagnostic préalable et à l'élaboration du plan d'action égalité, partagé au sein des Hôpitaux du Nord Gironde ;
- De contribuer à la préparation et au suivi des concertations et négociations en vue d'un accord relatif à l'égalité ;
- De participer à la réflexion sur la politique de gestion RH et sa traçabilité, afin de garantir l'égalité professionnelle ;
- De promouvoir toute action pouvant concourir à l'information et à la sensibilisation des agents à la prévention des stéréotypes liés au genre.

Le référent a également vocation à se coordonner avec les collègues du GHT Alliance de Gironde notamment en termes de politique de promotion de l'égalité, animée au sein de l'instance de l'égalité, au bénéfice des établissements parties, et en lien avec les référents égalités des autres établissements.

Le plan d'action pour l'égalité entre les femmes et les hommes :

Le référent égalité professionnelle a vocation à suivre et à déployer au sein du GHT le plan d'action pour l'égalité de genre. Le plan d'action vise à prévenir et abolir les discriminations et agissements sexistes. Un des objectifs de ce plan est également de traiter les écarts de rémunération et garantir des égales opportunités de progression de carrière et d'accès à l'emploi.

Ce plan vise également à :

- Mettre en place des actions de sensibilisation et de formation à l'égalité professionnelle ;
- Informer et sensibiliser les personnels médicaux et non médicaux aux risques de discrimination en lien avec les instances des établissements en matière de prévention du harcèlement et des discriminations
- Participer à l'état des lieux et au diagnostic de la politique d'égalité professionnelle mise en œuvre par le Centre Hospitalier de Libourne et les Hôpitaux de la Direction commune ;
- Suivre la mise en œuvre des actions menées en matière d'égalité professionnelle ;

Il peut être joint à l'adresse mail : egalite.professionnelle.nordgironde@ch-libourne.fr

Section 2. L'organisation en pôles de l'établissement

Article 17. Principes de l'organisation en pôles

Le Centre Hospitalier est organisé en pôles d'activité cliniques et médico-techniques.

L'organisation en pôles est définie par le Directeur conformément au Projet médical de l'établissement, après avis du Président de la CME et concertation avec le Directoire.

Les pôles d'activité sont composés

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

Article 18. **Nomination et missions du chef de pôle**

Chaque pôle d'activité clinique ou médico-technique est placé sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle.

Le chef de pôle est nommé conjointement par le Directeur et le Président de la CME, pour une durée de 4 ans renouvelable.

Le chef de pôle met en œuvre la politique du Centre Hospitalier afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il organise, avec les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle.

Cette organisation est mise en œuvre dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Article 19. **Gouvernance et instances de pôle**

Le chef de pôle est accompagné dans ses missions par un directeur référent de pôle, désigné par le Directeur de l'établissement, et assisté par un cadre supérieur de santé et un cadre administratif de pôle.

Le directeur référent de pôle conseille le chef de pôle au niveau stratégique et assure la coordination entre le pôle, la direction de l'établissement et les directions fonctionnelles. Il participe aux instances du pôle (bureau, conseil, assemblée de pôle).

Le cadre supérieur de pôle est lié hiérarchiquement à la direction des soins et fonctionnellement au chef de pôle et au directeur référent de pôle. Il est notamment garant de la continuité, de la qualité et de la sécurité des activités paramédicales et il participe à une gestion efficiente des ressources humaines et matérielles du pôle.

Le cadre administratif de pôle est lié hiérarchiquement à la direction des affaires financières et fonctionnellement au directeur référent et au chef de pôle. Il apporte au chef de pôle un appui au pilotage du pôle, à l'analyse, suivi et reporting des indicateurs, au pilotage des organisations et à la gestion de projet, ainsi qu'aux relations inter-pôles.

Article 20. Contrats de pôle et délégations de gestion

Un contrat de pôle est signé entre chaque chef de pôle, le Directeur de l'établissement, et le Président de la CME, après concertation avec le Directoire, pour une durée de 4 ans.

Le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il prévoit les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs. Il prévoit les délégations de gestion accordées au pôle.

Chapitre 2 – Accueil et prise en charge des usagers

Section 1. Règles générales d'admission

Sous-section 1. Modes d'admission

Article 21. Prononciation de l'admission

L'admission est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis et alors que les disponibilités en lits permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur de l'Agence régionale de santé.

Article 22. Admission programmée et admission directe

Hormis les cas d'urgence reconnus par un médecin ou un interne de garde de l'établissement, l'admission au Centre Hospitalier est programmée et décidée sur présentation d'un certificat d'un

[Table des matières](#)

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

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge.

Article 23. Admission en urgence

Si l'état de santé d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, l'admission est prononcée même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

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

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, le cas échéant aux urgences. Les objets précieux détenus par le malade peuvent être mis en dépôt.

Tout patient dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement pour y recevoir les soins appropriés, doit signer une attestation traduisant expressément ce refus, après avoir été informé des risques encourus. A défaut, un procès-verbal de refus d'admission est dressé.

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

Sous-section 2. Formalités administratives à l'admission

Article 24. Accueil du patient lors de l'admission

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par du personnel médico-administratif dans les services de consultations. L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par le personnel soignant dans les services d'hospitalisation.

Dès son admission, le patient est invité à désigner une personne à prévenir en cas de besoin.

En cas de défaut d'identité concernant le patient admis, le centre Hospitalier de Libourne recherchera toute information auprès du SAMU, des pompiers, des ambulanciers ou de toute personne ayant participé au transport du patient jusqu'à l'établissement.

Article 25. Pièces à fournir lors de l'admission

Cadre général des pièces à fournir pour le dossier d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

Lors de leur admission, il est demandé aux patients de produire une pièce d'identité et un justificatif de domicile. En outre, les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent et ceux de leur éventuelle mutuelle complémentaire. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle et de la couverture santé solidaire doivent être munis de l'attestation idoine.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat doivent être munis de leur attestation AME en cours de validité. Les bénéficiaires de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre doivent laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

Cas particulier du dossier d'admission du patient sans organisme social

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

Dans l'hypothèse où la somme versée serait supérieure au montant dû à l'issue de la prise en charge, la différence fera l'objet d'un remboursement au patient.

L'assistant social peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Il assiste le patient pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

Sous-section 3. Régimes de prise en charge

Article 26. Principe du libre choix du malade

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des disponibilités, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'hôpital, conformément aux principes de la Charte de la laïcité.

Article 27. Admission en régime commun

Les patients ont le choix de leur régime d'hospitalisation. Les régimes dérogatoires au droit commun sont le régime particulier et le régime libéral. Chaque patient a la possibilité soit d'être admis en régime commun, soit de demander à être admis en régime particulier ce qui peut lui permettre de bénéficier d'une chambre particulière. Le choix pour le régime d'hospitalisation doit être formulé par écrit dès l'admission, par le malade lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

Article 28. Admission en régime particulier

Le patient a la possibilité d'être admis en régime particulier pour bénéficier d'une chambre seule. Le choix du régime particulier entraîne un supplément au prix de journée. Ce supplément de prix n'est pas dû lorsque l'isolement du patient en chambre à un lit est requis par son état de santé.

Article 29. Admission au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers

Certains praticiens peuvent opter l'exercice d'une activité libérale dans le cadre des dispositions prévues par la loi.

A leur demande, les patients peuvent être pris en charge par des médecins ayant passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale, dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers. En cas d'hospitalisation, ce choix doit être formulé par le malade lui-même ou par son accompagnant, par écrit et dès son entrée à l'hôpital, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

Dans tous les cas, le malade doit recevoir préalablement à sa prise en charge et par écrit, toutes les indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de son choix, notamment sur les honoraires fixés par entente directe entre le malade et le praticien, la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. La prise en charge médicale peut dans ce cas s'effectuer dans les services où elle s'exerce en secteur public.

Le délai de rendez-vous dans le secteur public, ne saurait justifier qu'on impose au patient une prise en charge en secteur privé. Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Article 30. Régimes de consultations et de soins externes

Les patients peuvent recevoir des soins en consultations externes publiques. Des consultations externes peuvent être également effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens hospitaliers. Le choix du secteur libéral de consultation externe implique que les honoraires médicaux soient fixés par entente directe entre le praticien et son patient.

Section 2. Cas particuliers d'admissions

Sous-section 1. Les patients mineurs

Article 31. Admission des patients mineurs

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité ou en cas d'urgence, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale, de l'autorité judiciaire ou du service de l'Aide Sociale à l'Enfance de la Direction générale de la solidarité du Conseil Départemental.

En cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des titulaires de l'autorité parentale est exigée.

Dans le cas où cette autorisation ne pourrait être obtenue, suite au refus ou à l'impossibilité de signer des titulaires de l'autorité parentale, le Directeur ou son représentant peut saisir l'autorité judiciaire afin de provoquer une mesure d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

Article 32. Information et consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Le mineur a le droit de recevoir lui-même une information et de participer à la prise de décision le concernant de manière adaptée à son degré de maturité.

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le mineur a la possibilité de choisir une personne de confiance pour l'accompagner ou recevoir les données médicales le concernant.

Article 33. Mineurs relevant d'un service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance

Lorsque le mineur relève d'un service d'Aide Sociale à l'Enfance, le Directeur ou son représentant adresse à la Direction générale de la solidarité (service de l'aide à l'enfance) du Conseil Départemental,

dans les quarante-huit heures de l'admission, sous pli cacheté, le certificat confidentiel du chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Article 34. Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, le mineur ne peut être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confié qu'à une personne titulaire de l'autorité parentale, un tuteur ou la personne qui en a la garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Le mineur ne peut signer une attestation s'il veut quitter le Centre Hospitalier contre avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant ou l'adolescent.

L'autorité parentale signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé du mineur par cette sortie ; si elle refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par deux agents hospitaliers.

Si la demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle du mineur, le Directeur ou son représentant saisit le Procureur de la République ou le Juge des Enfants afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

La ou les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles doivent faire connaître à l'administration hospitalière ou au service de soins la possibilité pour le mineur de quitter ou non seul le Centre Hospitalier, et, le cas échéant, le confirmer par écrit.

Article 35. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du Centre Hospitalier si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justificatifs sont exigés en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justificatifs est conservée dans le dossier du patient.

Article 36. Mineurs en situation de rupture familiale

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture

complémentaire mise en place par la loi portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Sous-section 2. Les femmes enceintes

Article 37. Admission des femmes enceintes

Le Directeur ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans les services de gynécologie-obstétrique refuser l'admission d'une femme enceinte dans le mois précédant l'accouchement ou d'une femme récemment accouchée dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Toutefois, en cas de saturation des capacités d'hospitalisation ou de prise en charge médicale à la maternité, la patiente sur avis médical pourra être transférée sur un autre établissement obstétrical, dans le cadre de l'accord de régulation en vigueur entre établissements.

Article 38. Accouchement dans le secret

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de l'accouchement, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission dans les conditions prévues à l'article 326 du Code Civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Article 39. Admission des femmes désirant avoir recours à une interruption volontaire de grossesse

Le Centre Hospitalier de Libourne est doté d'une unité où peuvent être pratiquées les interruptions volontaires de grossesse.

La prise en charge des patientes est organisée conformément aux dispositions prévues notamment par le Code de la Santé publique dans ses articles L2212-1 et suivants.

Sous-section 3. Les patients hospitalisés sans consentement

Article 40. Dispositions générales

Le consentement du malade à son hospitalisation dans un établissement traitant les troubles mentaux demeure la règle. L'hospitalisation est alors dite libre et le patient dispose des mêmes droits relatifs aux libertés individuelles que les personnes soignées pour une autre cause.

Dans certains cas, strictement encadrés par la loi, il est néanmoins nécessaire d'assurer des soins même lorsque le patient ne s'y prête pas volontairement.

De tels modes d'hospitalisation suivent deux types de procédure :

- Les soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur d'établissement : soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT) et soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI) ;
- Les soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Article 41. [Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent](#)

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT/SDTU)

Trois conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux ;
- L'impossibilité pour la personne de consentir aux soins ;
- La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante (hospitalisation complète) ou régulière (programme de soins).

Exceptionnellement, en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, et uniquement dans ce cas, le Directeur ou son représentant peut prononcer, à la demande d'un tiers, l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin de l'établissement d'accueil (SDTU).

La notion de tiers fait référence à toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou de son entourage, ou de toute autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants de l'établissement d'accueil.

Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)

En cas de péril imminent pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers à la date d'admission (absence de personne susceptible d'être tiers ou refus des personnes susceptibles d'être tiers), le Directeur ou son représentant peut prononcer l'admission en soins psychiatriques sur la base d'un certificat médical établi par un médecin qui ne peut exercer dans l'établissement d'accueil.

Article 42. [Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État](#)

Quatre conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux ;
- L'impossibilité pour la personne de consentir aux soins ;
- La nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière ;
- L'atteinte à la sûreté des personnes, ou, de façon grave, à l'ordre public.

La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Article 43. Droits spécifiques aux patients hospitalisés sans consentement

Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles nécessaires dans le cadre des soins sans consentement sont adaptées et proportionnées à l'état mental de la personne et à la mise en œuvre du traitement requis.

En toute circonstance, la dignité de la personne est respectée et sa réhabilitation recherchée.

Dès la décision d'admission et avant chaque décision de maintien des soins sans consentement ou de nouvelle forme de prise en charge, la personne est, si son état le permet, informée de sa situation juridique et de ses droits et invitée à faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état. La personne soignée sans son consentement bénéficie d'un examen somatique complet dans les premières 24 heures suivant son admission.

Le juge des libertés et de la détention contrôle systématiquement toutes les mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète avant le douzième jour suivant l'admission et ensuite, si les soins sont continus en hospitalisation complète, tous les 6 mois. Il peut prononcer la mainlevée de la mesure. Le défaut de décision du juge avant la fin des délais entraîne la mainlevée de la mesure.

Au cours de l'audience devant le juge des libertés et de la détention, le patient est assisté ou représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office par le juge. Si le patient n'est pas en état de comparaître devant le juge des libertés et de la détention, il est représenté par son avocat.

Pour favoriser la guérison du malade, sa réadaptation ou sa réinsertion sociale, le directeur ou son représentant, peut lui faire bénéficier de sorties de courte durée sur proposition des praticiens du Centre Hospitalier, avec ou sans accompagnement.

La personne soignée sans son consentement peut également faire l'objet d'un programme de soins, c'est-à-dire d'une prise en charge hors hospitalisation complète.

En tout état de cause, la personne soignée sans son consentement dispose des droits :

- De communiquer avec les autorités : le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le procureur de la République, le maire de la commune ou son représentant ;
- De saisir la commission départementale des soins psychiatriques (C.D.S.P.) et, si elle est hospitalisée, la commission des usagers (CDU) du CH ;
- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- De consulter le présent règlement intérieur et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- D'exercer son droit de vote ;

27

[Table des matières](#)

- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix, en dehors de toute forme d'extrémisme.

Ces droits peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt de la personne malade sauf le droit d'émettre ou de recevoir des courriers, le droit de vote et le droit de se livrer aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Article 44. Contestation des soins sans consentement

Tout patient en soins sans consentement est informé par écrit des modalités de ses soins, de ses droits et des voies de recours. Les soins sans consentement peuvent être contestés, sur simple lettre, par recours amiable, auprès du Directeur, représenté par le directeur de la Psychiatrie, ou auprès du juge des libertés et de la détention qui peut être saisi à tout moment.

La saisine peut être faite par :

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

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. Toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

Article 45. Isolement et contention en psychiatrie

Comme l'établit l'article 3222-5-1 du Code de santé publique, l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision (prescription) d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte par les professionnels de santé désignés à cette fin, dans le cadre prévu par la loi.

Sous-section 4. Autres situations particulières

Article 46. Les majeurs protégés

Les majeurs protégés peuvent être accueillis dans tout service de l'établissement. Leur prise en charge, et notamment leur information et le recueil de leur consentement, est adapté au niveau de protection dont ils bénéficient, avec une sollicitation, chaque fois que nécessaire, du mandataire assurant leur protection.

Article 47. Les patients étrangers

Les personnes de nationalité étrangère sont admises au Centre hospitalier dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Elles doivent, si elles ne présentent pas de justificatifs de prise en charge, et hors cas d'urgence, verser avant l'admission la provision pour frais de traitement sur la base d'un devis qu'ils signent. Un système d'acompte peut être mis en place.

Les ressortissants d'un état membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux. Ils doivent lors de leur admission présenter la carte internationale de sécurité sociale ou les formulaires internationaux normalisés attestant de la prise en charge financière des soins.

Article 48. Les militaires

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par la réglementation. Si le Directeur général ou son représentant est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état de santé requiert des soins urgents, il signale cette admission au chef du corps d'affectation de l'intéressé ou à défaut à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé du malade ou blessé le permet, toutes mesures sont prises afin qu'il soit transféré vers l'établissement de santé des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

Article 49. Patients toxicomanes

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au Centre Hospitalier afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées, un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

En cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé, le secret professionnel prévaut. Toutefois, les produits stupéfiants illégaux (en l'espèce, les produits non autorisés en France mais également des médicaments stupéfiants détenus illégalement c'est à dire sans ordonnance justificative) présents dans un établissement de santé doivent être remis aux autorités compétentes sans que l'identité du patient qui les détenait ne soit révélée.

Il revient à la direction de l'hôpital d'apprécier la situation au cas par cas et de prendre, en conscience, la décision d'effectuer ou non un signalement sur le fondement de l'article 40 du code de procédure pénale. Le signalement peut notamment être motivé par le risque que court le personnel de l'établissement.

Article 50. Les détenus

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

Le séjour des détenus doit être réduit au temps strictement nécessaire. Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision de l'autorité judiciaire, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier, si la surveillance prévue ci-dessus ne gêne pas les autres malades.

Tout incident sera signalé aux autorités compétentes. Les détenus malades non hospitalisés peuvent être examinés et recevoir des soins dans les services du Centre Hospitalier.

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, de l'armée ou de la marine, et s'exercent sous l'égide de l'autorité judiciaire, militaire ou de police.

Section 3. Conditions de séjour

Sous-section 1. L'accueil des patients

Article 51. Livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein du Centre Hospitalier. Il contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. La charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret ainsi qu'un questionnaire de satisfaction. Ce livret est mis à jour régulièrement. Il peut être complété par les livrets d'accueil spécifiques propres à certains services de soins ou activités. Le livret d'accueil est mis à disposition des consultants externes, sur leur demande.

Sous-section 2. Le séjour des patients

Article 52. Dépôt et restitution des biens et valeurs personnels du patient

Dépôt des biens du malade

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer le dépôt des biens de valeur en sa possession.

Les dépôts volontaires de sommes d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur peuvent être effectués soit entre les mains d'un régisseur de recettes de l'établissement, soit auprès de la Trésorerie Principale, contre délivrance d'un reçu. La demande de dépôt d'objets non précieux est, de principe, refusée par l'établissement.

Certaines chambres du Centre Hospitalier de Libourne sont équipées d'un coffre à code électronique. Le patient est invité à y entreposer tout objet de valeur (téléphone, clés, papiers, portefeuille) pour la durée de son hospitalisation.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont il est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant, et le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement.

Le Centre Hospitalier ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus, que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

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

Restitution des biens du malade

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par un régisseur de l'établissement, soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité lorsque la restitution est faite au déposant. Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Article 53. Exercice du droit de visite

Modalités du droit de visite

Les visites aux hospitalisés ont lieu en règle générale tous les jours l'après-midi, selon des horaires définis dans les services et portés à la connaissance des familles par voie d'affichage à l'entrée des unités de soins concernées.

Des dérogations aux horaires de visite peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service. Les visiteurs doivent respecter les règles d'hygiène spécifiques, dans les services hospitaliers qui l'exigent.

Les patients peuvent demander aux membres de l'équipe soignante de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Comportement des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services. Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres des patients des boissons alcoolisées ou des produits toxiques de quelque nature qu'ils soient.

Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin chef du service.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur ou son représentant, après avis du responsable médical de l'unité de soins.

Article 54. Service des repas dans les unités d'hospitalisation

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient soit collectivement dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Repas aux accompagnants

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas sont facturés au tarif « visiteur » fixé annuellement par le Centre Hospitalier.

Détermination des menus

Les menus des repas sont arrêtés chaque semaine par une commission des menus comprenant notamment une diététicienne ; ils sont communiqués à chaque service. L'hospitalisé dont le régime alimentaire est le régime normal a la possibilité de choisir entre plusieurs mets. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Le Centre Hospitalier n'est pas responsable de l'innocuité des denrées alimentaires éventuellement introduites par les visiteurs. L'accord du médecin est requis.

Article 55. Comportement des hospitalisés

Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans l'autorisation d'un membre du personnel soignant. Leur état de santé et le bon fonctionnement du service hospitalier peuvent imposer certaines restrictions à leur liberté d'aller et venir. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Désordres causés par le malade

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service. Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Des dégradations commises volontairement peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées au paragraphe précédent.

Hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène personnelle est de règle.

Article 56. Effets personnels

Les hospitalisés sont tenus d'apporter dans l'établissement leur nécessaire de toilette, leur linge et effets personnels. Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le malade conserve ses vêtements et son linge personnels, dont il assure l'entretien. En cas de nécessité, le CHU met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, du linge et des vêtements appropriés.

Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord de l'équipe soignante.

Article 57. Moyens de communication (téléphonie, courrier)

La collecte et la distribution du courrier ordinaire sont organisées chaque jour au sein du service.

Les hospitalisés ont la possibilité de souscrire un abonnement pour l'usage d'un appareil téléphonique dans leur chambre. Ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Si les hospitalisés ne disposent pas d'un appareil téléphonique dans leur chambre, ils peuvent recevoir des communications téléphoniques au sein du service, dans la mesure où celles-ci ne perturbent pas le fonctionnement du service.

Afin de ne pas perturber la tranquillité des usagers, de leurs familles et des professionnels, et le bon déroulement des soins, les téléphones portables ou objets connectés sont interdits d'usage dans les zones et unités de soins sensibles. Toutefois, les usagers et les visiteurs peuvent utiliser leurs téléphones portables ou objets connectés, sous réserve de discrétion, dans les halls d'entrée des bâtiments ou des étages.

Les professionnels du Centre Hospitalier ou des sociétés extérieures amenées à travailler dans l'enceinte du CH ont la possibilité d'utiliser leurs téléphones portables ou objets connectés sous réserve de discrétion et de confidentialité, et dans le respect du bon fonctionnement du service.

En cas de non-respect de cette prescription, l'usage du téléphone mobile ou objet connecté pourra être restreint.

Article 58. Télévision, accès à internet, informatique

Les appareils de télévision personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement. La location des postes de télévision installés dans les chambres est gérée par un prestataire choisi par l'établissement et soumise à facturation.

En aucun cas, les récepteurs de télévision, de radio, ou tout autre appareil sonore, ne doivent gêner le repos des patients.

Un accès au haut débit est proposé sur certains sites par le prestataire de télévision et de téléphonie. Le propriétaire de l'appareil en assure dès lors l'entière responsabilité.

Dans tous les cas, l'utilisateur doit se conformer aux principes énoncés dans le règlement d'utilisation des moyens informatiques du CH et de la charte d'utilisation des moyens loués par le patient auprès du titulaire de la convention.

Article 59. Prise de vue et utilisation de l'image

Il est formellement interdit de filmer, de photographier ou d'enregistrer au sein du Centre Hospitalier, à l'exception d'images strictement personnelles où aucun élément (visuel ou légende) ne permet de reconnaître le CH, d'autres patients, des visiteurs ou des personnels de l'établissement.

De ce fait, la diffusion d'informations et de photos relevant de l'activité du CH, de ses équipes et de ses patients sur les réseaux sociaux et autres médias est soumise à l'autorisation de la Direction. En cas de non-respect de cette disposition, des poursuites pour atteinte à la vie privée ou à l'image du CH seront réalisées.

Dans le cadre de son activité, le Centre Hospitalier peut conduire des actions de communication interne et externe. Toute personne est en droit de refuser d'être photographiée ou filmée.

En cas d'accord, toute personne ou son représentant légal doit préalablement, à la captation ou à la diffusion de son image, donner son consentement par écrit. Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion. Par ailleurs, les personnes devant obtenir ce consentement sont invitées à contacter la Direction de la Communication pour retirer un document type d'autorisation de droit à l'image.

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

Article 60. Exercice des pratiques religieuses

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients, comme des principes de la Charte de la Laïcité. Les coordonnées des ministres des différents cultes (catholique, musulman, protestant et israélite) sont disponibles sur demande auprès du service de soins. Une équipe d'aumônerie hospitalière intervient également dans l'établissement.

Article 61. Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du CH leur droit de vote, par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

En outre, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du service où il est hospitalisé, en présence d'un officier d'état civil désigné par le procureur de la République.

Article 62. Bénévoles et associations

L'hôpital facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement de l'hôpital et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du Centre Hospitalier doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec lui une convention

qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent également lui fournir la liste nominative des personnes qui interviendront au sein du CH.

Les visiteurs doivent porter un badge indiquant leur identité et leur qualité.

Les bénévoles intervenant au sein du CH au titre des diverses associations de visite et d'aide aux patients sont tenus au respect du présent règlement intérieur, à l'obligation de secret et de discrétion professionnels et au respect de la dignité et de l'intégrité de la personne soignée notamment.

En cas de non observance de ces obligations, le Directeur ou son représentant peut prononcer l'exclusion de l'intervenant extérieur.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Article 63. **Stagiaires**

Les stages organisés pour les étudiants et les professionnels au sein du Centre Hospitalier doivent obligatoirement faire l'objet d'une convention signée, entre ce dernier et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire, avant l'entrée en stage.

Les stagiaires de moins de 18 ans ne sont pas autorisés à intervenir auprès des patients.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage. Les obligations de secret et de discrétion professionnels leur sont, entre autres, opposables.

Sous-section 3. **Service social des patients**

Article 64. **Missions et modalités de recours au service social**

Dans le cadre de la mission du service social, les assistants sociaux ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales et médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux.

Le service social est à la disposition des personnes hospitalisées et de leurs familles sur l'ensemble des sites, durant les jours ouvrables du lundi au vendredi.

Section 4. La sortie des patients

Article 65. Compétence du Directeur

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins du CH de Libourne, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas.

Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

Article 66. Permissions de sortie

L'hospitalisé peut, compte tenu de la longueur de son séjour ou de son état de santé, bénéficier à titre exceptionnel de permissions de sortie, soit de quelques heures durant la journée, soit d'une durée maximum de 48 heures hors délai de route. Le transport de l'intéressé est à sa charge ou à celle de sa famille, sauf cas particulier prévu par la réglementation en vigueur. Ces permissions sont autorisées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant.

Sous réserve des dispositions relatives à la sortie à l'insu du service, lorsqu'un malade autorisé à quitter le CH en permission ne rentre pas dans les délais fixés, il est porté sortant et ne peut être admis à nouveau dans l'établissement qu'après accomplissement des formalités d'entrée et dans la limite des places disponibles.

Article 67. Formalités de sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits.

Transport sanitaire

37

[Table des matières](#)

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale. Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport.

Le Centre Hospitalier de Libourne tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département.

Lettre de liaison

Le praticien qui a adressé le patient au CH de Libourne en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Recueil de la satisfaction du patient

Tout patient reçoit, avec le livret d'accueil, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut déposer ce questionnaire auprès de la Direction des relations avec les usagers et, s'il le désire, sous une forme anonyme.

Article 68. Sortie contre avis médical

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le Centre Hospitalier de Libourne.

Par exception, cet article n'est pas applicable aux patients suivants :

- Les patients mineurs,
- Les patients admis en soins sans consentement,
- Les patients sous mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle ...),
- Les patients gardés à vue ou faisant l'objet d'une audition judiciaire,
- Les patients détenus

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des dispositions prévues à l'article relatif au refus de soins.

Le patient doit alors signer une décharge consignnant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus.

En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Article 69. La sortie à l'insu du service

Au cas où un patient quitte le Centre Hospitalier de Libourne sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du CH et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le Directeur ou son représentant doit prévenir la gendarmerie. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Article 70. Sortie du nouveau-né

Sous réserve des cas particuliers (prématurés, nécessité médicale, force majeure constatée par le médecin responsable), le nouveau-né quitte le Centre Hospitalier en même temps que sa mère.

Article 71. Sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur ou son représentant peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale ou un autre hôpital. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est faite au préalable au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

Section 5. Naissances et Décès

Sous-section 1. Dispositions relatives aux naissances

Article 72. Déclaration de naissance

Les naissances ayant lieu au sein du Centre Hospitalier de Libourne sont déclarées par le père, la mère ou à défaut par un agent du CH chargé de l'état civil. Cette déclaration est effectuée, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le Directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un agent du CH à la mairie (de l'arrondissement ou de la commune où a eu lieu la naissance). Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par le CH de Libourne.

Article 73. Déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès.

L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès.

Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère.

Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse.

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du CH de Libourne.

Sous-section 2. Dispositions relatives aux décès

Article 74. Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du Centre Hospitalier dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du CH et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le CH d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le groupe hospitalo-universitaire sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

40

[Table des matières](#)

Article 75. Constat du décès

Le décès est constaté par un médecin senior qui établit le certificat de décès défini par la réglementation. Ce document est communiqué au service mortuaire. Les décès sont inscrits sur le registre des décès. La déclaration en est transmise dans les 24 heures au bureau de l'Etat civil de la commune du lieu de décès, sauf en cas de dispositions convenues avec cette administration.

Un procès-verbal de constat de la mort attestant du décès, et plus précisément à la suite d'un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, est réalisé.

Le constat ou certificat de décès est préférentiellement établi par voie dématérialisée.

Article 76. Annonce du décès

Les familles ou les proches doivent être prévenus, dès que possible et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de l'état de santé du patient, et du décès de celui-ci.

La notification du décès est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- Pour les militaires, à l'autorité compétente ;
- Pour un mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance, le chef de service de l'aide sociale à l'enfance ou à défaut le cadre de garde de cette institution ;
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne ayant la garde du mineur ;
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, au mandataire spécial ;
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- Pour les personnes non identifiées, à la gendarmerie

Article 77. Indices de mort suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

Article 78. Toilette mortuaire et inventaire après décès

L'inventaire des biens, ayant appartenu au défunt, sera dressé par le service soignant. La personne décédée sera transférée à la chambre mortuaire sans aucun effet personnel ou de valeur. Dans le cas contraire, le service de soins doit en aviser par écrit le personnel de la chambre mortuaire en le mentionnant sur la fiche de liaison.

Article 79. Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Les corps des patients décédés au sein du CH de Libourne doivent dans tous les cas être transportés à la chambre mortuaire.

L'admission dans la chambre mortuaire est effectuée après la signature du certificat de décès par un médecin senior du service de soins, accompagné de la fiche de liaison institutionnelle.

Le transfert du corps du service de soins vers la chambre mortuaire doit être effectué dans un délai légal de dix heures maximum par les agents de la chambre mortuaire ou les ambulanciers des transports sanitaires internes.

A titre exceptionnel, la chambre mortuaire peut, sur réquisition des autorités administratives ou judiciaires, servir à déposer le corps des personnes décédées dans les circonstances prévues à l'article R. R2223-77 du Code Général des Collectivités territoriales.

Enfin, conformément aux dispositions de l'article R2223-89 du Code général des Collectivités territoriales, le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire d'une personne qui est décédée sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès.

Il faut considérer que ce délai de gratuité commence à courir à l'issue de la dernière journée d'hospitalisation ayant donné lieu à la facturation.

Au-delà de ce délai, conformément aux articles R2223-94 du Code général des collectivités territoriales et R162-27 du Code de la Santé publique, l'établissement fixe le prix de séjour en chambre mortuaire. Le tarif journalier au-delà des trois jours de gratuité est affiché à la chambre mortuaire. Au départ du défunt, une facture correspondant au nombre de jours passés à la chambre mortuaire au-delà des trois jours de gratuité est établie par l'établissement et adressée à la famille.

La chambre mortuaire du Centre Hospitalier de Libourne est régie par un règlement intérieur spécifique mis à la disposition du public dans les locaux de la chambre mortuaire. (cf. annexe)

Article 80. Mesures de police sanitaire

Lorsque des mesures de police sanitaire l'imposent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés. Dans ces cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayant droits, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

Article 81. Transport de corps avant mise en bière

Le transport sans mise en bière doit être effectué et terminé dans un délai de 48 heures à compter de la date et l'heure du décès.

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, du CH de Libourne à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, soit en chambre funéraire, est soumis à déclaration des opérateurs funéraires auprès de la Mairie de Libourne.

Ce transport est subordonné à :

- La reconnaissance préalable du corps par la famille ou le proche du défunt
- La demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil
- La détention du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint d'une infection transmissible
- L'accord du Directeur ou son représentant
- L'accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès

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

Le médecin peut s'opposer au transport du corps avant mise en bière. Il doit prévenir la famille et le Directeur de l'établissement ou son représentant.

Les transports sont assurés par des véhicules agréés à cet effet par la préfecture.

Article 82. [Transport de corps après mise en bière](#)

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps de la personne décédée doit être mis en bière.

Gestion spécifique des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI)

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin procède à la récupération de l'appareil avant la mise en bière. La prothèse retirée doit parvenir à la chambre mortuaire, avec le corps du défunt, accompagnée de la feuille de traçabilité du matériel.

En cas de port d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, un médecin atteste de la récupération de l'appareil par un des proches de la famille du défunt.

Le transport

Le transport du corps après mise en bière est effectué uniquement par une entreprise agréée. Après fermeture du cercueil, le corps d'une personne décédée ne peut être transporté dans une commune autre que celle où a eu lieu la mise en bière, sans une déclaration préalable. Celle-ci doit être effectuée, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil, qu'elle que soit la commune de destination à l'intérieur du territoire métropolitain ou d'un département d'outre-mer.

La déclaration préalable au transport indique la date et l'heure présumée du transport, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du cercueil.

Article 83. Prélèvement d'organes et de tissus

Le CH de Libourne est autorisé à pratiquer des prélèvements d'organes et de tissus après décès. Toute personne résidant sur le territoire français est donneuse d'organes/tissus après son décès sauf à s'être opposée de son vivant, principalement par inscription sur le registre national des refus (RNR) géré par l'agence de la biomédecine.

Après signature du PV de décès et avant tout prélèvement à visée thérapeutique et/ou scientifique, le RNR doit être interrogé par le directeur ou par délégation par la coordination des prélèvements d'organes et tissus. En l'absence de refus consigné au RNR et/ou de directives anticipées disponibles, la personne de confiance et à défaut les proches sont abordés par la coordination des prélèvements d'organes/tissus qui consigne par écrit leur témoignage d'un éventuel refus exprimé de son vivant de la personne décédée et les informe de la finalité et des modalités des prélèvements envisagés.

Les prélèvements à visée scientifiques sont réalisés en application de protocoles de recherche validés par la direction de la recherche et déclarés à l'ABM.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques ou scientifiques établissent un compte rendu détaillé de leur intervention.

Les prélèvements d'organes et de tissus sont soumis aux règles de biovigilance. Les événements indésirables graves doivent être déclarés à l'ANSM et l'ABM par le correspondant local de biovigilance.

Si les circonstances ayant entraîné la mort sont telles que dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le corps est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, la coordination des prélèvements d'organes prend contact avec le procureur de la république pour obtenir une levée d'opposition et organise les prélèvements en collaboration avec le médecin légiste requis par le procureur.

Section 6. Droits des patients

Sous-section 1. Information

Article 84. Droit à l'information médicale du patient

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

44

[Table des matières](#)

qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prises en charge.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. L'information des usagers incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de 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.

Article 85. Information des familles

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leur famille. En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical – telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins et sages-femmes dans les conditions définies par les codes de déontologie.

Les renseignements d'ordre général sur l'état du malade peuvent être fournis par les équipes soignantes aux membres de la famille, sauf si le patient s'y oppose.

A l'exception des mineurs qui sont de principe soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière, à toute personne ou aux personnes qu'ils désigneront, sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

Sous-section 2. Le dossier du patient

Article 86. Le contenu du dossier

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans l'établissement conformément aux dispositions de l'article R1112-2 du Code de la Santé publique. Ce dossier comprend le cas échéant l'ensemble des informations recueillies lors des consultations externes ou de l'accueil aux urgences.

Article 87. [Accès du patient ou de ses ayants-droits au dossier médical](#)

Le Centre Hospitalier organise les modalités de communication du dossier médical au patient qui en fait la demande ou à ses ayants-droits, dans les conditions prévues par le Code de la Santé publique. Il veille notamment au respect des délais réglementaires de transmission.

La consultation sur place est proposée. Des copies peuvent également être envoyées au demandeur ; elles font l'objet d'une facturation dont le demandeur est informé au préalable.

Sous-section 3. [Le consentement aux soins](#)

Article 88. [Principe du consentement aux soins](#)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Il ressort des textes réglementaires que non seulement l'acte de soins nécessite un consentement préalable, mais aussi l'acte préventif tel que le dépistage du VIH.

Le renouvellement du consentement doit intervenir avant tout geste médical ou chirurgical, ce qui signifie qu'aucun accord initial n'est donné une fois pour toutes.

Cas particuliers : les exceptions au principe de consentement.

- L'urgence : le médecin peut passer outre le défaut de consentement du patient en cas d'urgence. L'appréciation de l'urgence est subjective et se fait au cas par cas.
- Les patients en incapacité d'exprimer leur consentement ou les patients en incapacité de s'exprimer : lorsque le patient est inconscient et ne peut pas exprimer son consentement, le médecin peut intervenir sans accord formel.

Il appartient au médecin et/ou l'Etablissement de soins d'apporter la preuve justifiant ces exceptions.

Article 89. Le refus de soins

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité.

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Lorsqu'un malade n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés ou souhaite interrompre le traitement, une proposition alternative de soins est recherchée au préalable, dans toute la mesure du possible.

La sortie du patient peut éventuellement être prononcée par le Directeur général ou son représentant dans les conditions prévues à l'article «sortie contre avis médical». En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du malade, le médecin responsable s'assure que le refus du malade procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt.

Le médecin informe, s'il y a lieu, la personne de confiance désignée, ou la famille ou un autre proche. Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

En cas de refus persistant, le médecin responsable prend les décisions qu'il estime nécessaires pour le malade compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du malade d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le Directeur ou son représentant.

47

[Table des matières](#)

Article 90. La personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Le Centre Hospitalier de Libourne est tenu d'informer le patient de cette possibilité. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Article 91. Les directives anticipées

Dans le cadre des lois relatives au droit des patients et des personnes en fin de vie, toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, notamment relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

Ces directives sont révocables et révisables à tout moment et par tout moyen.

Sous-section 4. Relations avec les usagers

Article 92. Evaluation de la satisfaction des patients

La satisfaction des usagers est une priorité pour le Centre Hospitalier de Libourne. À ce titre, des enquêtes de satisfaction sont réalisées auprès des patients hospitalisés. Le Directeur communique périodiquement le bilan de la démarche qualité, qui prend en compte la satisfaction des patients, au Conseil de surveillance, à la Commission médicale d'établissement, à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et au Comité social d'établissement.

Article 93. [Traitement des plaintes et réclamations](#)

Indépendamment de la faculté qui leur est offerte de s'exprimer dans le questionnaire de sortie, le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au Directeur de leurs observations et s'il y a lieu, de leur satisfaction ou de leur insatisfaction par le biais d'un courrier de remerciement ou de réclamation.

La Direction organise le recueil de la satisfaction et le traitement des réclamations. Elle informe les usagers des voies de recours qui leur sont ouvertes en cas d'insatisfaction sur les conditions ou le déroulement de la prise en charge. Elle organise les rencontres avec le médiateur médical ou non médical en vue de l'écoute et de l'information des patients ainsi qu'avec les représentants des usagers, et gère les relations avec l'assureur de l'établissement en cas de réclamations indemnitaires.

Le suivi des plaintes et réclamations est présenté périodiquement à la Commission des Usagers.

Article 94. [Respect de la personne et de son intimité](#)

L'intimité du malade doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements préopératoires et post-opératoires, des radiographies, des brancardages, et d'une manière générale, à tout moment du séjour hospitalier.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients par les professionnels sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Article 95. [Promotion de la bientraitance](#)

Les personnels du Centre Hospitalier de Libourne agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrets et effectifs le respect des droits du patient et l'amélioration de sa vie quotidienne.

Le CH de Libourne veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

Article 96. [Prise en charge de la douleur](#)

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Article 97. [Droit aux soins palliatifs](#)

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié.

Les professionnels de santé du Centre Hospitalier de Libourne mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Article 98. [Obligation de signalement des évènements indésirables](#)

Tout professionnel de l'hôpital qui a constaté ou suspecté la survenue d'un évènement indésirable, dont les vigilances réglementaires, est tenu d'en faire la déclaration via le système interne de déclaration des évènements indésirables.

L'analyse de ces évènements contribue à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Elle se fait dans le cadre d'une culture positive de l'erreur.

Les informations relatives aux événements indésirables graves, à leur analyse et aux mesures correctives sont communiquées à la Commission des Usagers (CDU). Cette communication est réalisée dans le respect de l'anonymat des patients et des professionnels concernés.

Sous-section 5. [Traitement des données de santé](#)

Article 99. [Traitement des données à caractère personnel](#)

Les données personnelles confiées au Centre Hospitalier de Libourne lors des venues des patients en consultation ou hospitalisation sont enregistrées et conservées dans le système d'information du CH. Le CH gère également les données personnelles de ses salariés à des fins de gestion administrative de leur activité professionnelle et de leur carrière. Le CH est le garant de la confidentialité de ces données personnelles.

Les données des patients sont utilisées pour créer et maintenir le dossier médical, gérer administrativement la prise en charge, organiser et piloter les services de soins et le parcours de soins. Elles sont également susceptibles d'être réutilisées pour réaliser des études dans le domaine de la santé, sous réserve du consentement du patient obtenu après information.

Les informations médicales concernant les patients sont partagées avec les professionnels de l'équipe de soins qui les prennent en charge.

Afin d'améliorer la qualité du parcours de soins, le Centre Hospitalier de Libourne peut également être amené à transmettre ces données à des professionnels exerçant en dehors du CH mais intervenant dans la prise en charge médicale et notamment au médecin traitant du patient.

Les informations concernant les patients sont susceptibles d'être hébergées informatiquement chez un hébergeur de données agréé à cet effet par le ministre chargé de la santé dans le cadre du décret du 4 janvier 2006.

50

[Table des matières](#)

Le dossier médical est conservé, conformément au code de la santé publique, pendant une période de vingt ans à compter de la date de la dernière venue, ou au moins jusqu'au vingt-huitième anniversaire du patient, ou pendant dix ans à compter de la date de décès. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, et d'un droit à définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au délégué à la protection des données ou au service d'accès au dossier patient du Centre Hospitalier de Libourne.

Article 100. [Le Délégué à la protection des données \(DPO\)](#)

Dans le cadre de l'application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le Centre Hospitalier de Libourne a mis en place un délégué à la protection des données, désigné par le Directeur.

Le délégué agit d'une manière indépendante et bénéficie d'une protection suffisante dans l'exercice de ses missions par le CH de Libourne.

En cas de difficulté dans l'exercice des droits concernant la collecte, conservation et transmission de leurs données personnelles, les patients peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données.

Le patient dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Chapitre 3 – Personnels de l'établissement

Section 1. Dispositions applicables à l'ensemble des personnels (PNM/PM et stagiaires)

Sous-section 1. Principes fondamentaux liés au service public et au respect du patient

Article 101. Le principe de laïcité

Le principe de laïcité du service public fait obstacle à ce que ses agents manifestent dans l'exercice de leurs fonctions leurs croyances religieuses, notamment par un signe ou un port vestimentaire ostensible, destiné à marquer leur appartenance à une religion. Il interdit également toute forme de prosélytisme. Ce principe qui vise à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, s'impose à tous les agents de l'établissement.

Conformément au principe de laïcité, le port du voile n'est pas autorisé pour les professionnels. Le port de dispositifs couvrant la tête (tels que les charlottes) n'est pas autorisé hors zone nécessitant des mesures d'hygiène spécifiques, comme c'est le cas pour les blocs opératoires.

Le fait pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations, qui peut être sanctionné.

Article 102. Le principe de continuité

Le principe de continuité repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.

Ainsi, le Centre Hospitalier Robert Boulin assure la permanence des soins ainsi que la permanence de l'accueil des patients et de leur prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé.

Le bon fonctionnement de l'établissement repose notamment sur l'assiduité et la ponctualité de l'ensemble du personnel, qui conditionne l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients/résidents.

Article 103. Obligation d'accueil et d'information du public

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement et notamment des règles de réserve, de secret et de discrétion professionnelle qui s'imposent.

Article 104. [Le respect du secret professionnel](#)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tous. L'ensemble du personnel hospitalier y est tenu. Toute violation du secret professionnel peut entraîner l'application des sanctions professionnelles et pénales prévues par la loi.

Le secret professionnel couvre l'ensemble des informations qui sont portées à la connaissance des personnels dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, c'est-à-dire, non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il ne peut être dérogé au secret professionnel que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
- la déclaration des infections sexuellement transmissibles ;
- le certificat d'accident du travail ;
- le certificat de maladie professionnelle ;
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
- la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge ;
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

Dans le domaine des activités de soins, seul le médecin est habilité à communiquer au malade ou à sa famille des informations sur l'état de santé de ce dernier, dans les conditions fixées par le Code de déontologie.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de quelque nature ont été commises.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Partage d'informations

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans les conditions suivantes : la personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès.

Article 105. L'obligation de discrétion professionnelle

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

Cela signifie que les agents ne peuvent communiquer dans leur vie personnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux, blogs ou forums toute information dont ils auraient connaissance à l'occasion de leur fonction.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, des agents d'assurance et des démarcheurs.

Le non-respect de cette obligation de discrétion professionnelle est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

54

[Table des matières](#)

Article 106. Le devoir de réserve

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers. Dans l'exécution de leur service, les agents du Centre Hospitalier de Libourne s'abstiennent notamment de tout propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public par les usagers.

Article 107. Neutralité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

L'obligation de neutralité impose que le comportement, les actes ou les décisions des fonctionnaires et agents publics soient dictés uniquement par l'intérêt du service public, et non par des convictions politiques, philosophiques ou religieuses personnelles.

Chaque professionnel exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité, comme dans le respect du principe de laïcité.

Le professionnel doit traiter de façon égale toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience et leur dignité.

Sous-section 2. Principes de bonne conduite professionnelle et obligations des personnels

Article 108. L'obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel du Centre hospitalier d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Article 109. La prévention des conflits d'intérêt

Chaque professionnel doit veiller à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.

Au sens de la loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions.

Article 110. L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du Centre Hospitalier de Libourne sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls d'activité.

Article 111. L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du Centre hospitalier de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Les agents ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

Article 112. L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique

Tout agent de l'établissement, quel que soit son grade ou sa fonction, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Chacun est tenu de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique et ne peut s'y soustraire que dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'ordre public. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

Pour assurer la continuité du service, il peut être demandé à un agent d'exécuter le travail imparti à un collègue momentanément empêché. L'exécution de cet ordre ne peut être refusée. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions codifiées par les lois et règlements en vigueur.

Enfin, lorsque l'agent a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation.

Article 113. L'obligation d'information du supérieur hiérarchique

Tout agent, quel que soit son grade ou sa fonction, doit informer son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de son service.

Article 114. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents du Centre hospitalier doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer et de vapoter.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du Centre hospitalier et de ses usagers.

Pour des raisons d'hygiène, il est interdit au personnel soignant et médico technique de porter les tenues professionnelles au restaurant du personnel.

Enfin les agents doivent se conformer à toute directive imposée par le Directeur ou son représentant, en matière d'hygiène.

Article 115. Le bon usage des biens du Centre Hospitalier

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le Centre hospitalier. Les dégradations volontaires causées par la faute ou la négligence du personnel amèneront l'établissement à en demander la réparation pécuniaire.

Il est interdit aux agents du Centre Hospitalier d'utiliser les biens de l'hôpital pour leur usage personnel, de recevoir des visites personnelles sur les lieux de travail, de se faire adresser du courrier personnel à l'hôpital.

Article 116. Usage des véhicules de service du Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier de Libourne peut mettre à disposition des professionnels des véhicules de service dans le cadre de leurs déplacements professionnels.

Les professionnels s'engagent, lorsqu'ils empruntent un véhicule de l'établissement, à être titulaires d'un permis de conduire valide et adapté au véhicule emprunté.

La responsabilité de l'établissement ne saurait être engagée en cas d'accident fautif causé par un professionnel ne disposant pas d'un permis de conduire valide au moment des faits.

Article 117. [L'exigence d'une tenue appropriée et d'un langage correct](#)

L'exigence d'une tenue appropriée :

La tenue fait partie intégrante du respect dû aux patients. Une tenue appropriée, tant dans l'habillement, les accessoires (bijoux, piercing etc.), est exigée de l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier. Elle doit être compatible avec les règles d'hygiène et de sécurité, ainsi qu'avec les principes de neutralité et de laïcité du service public.

Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel, ainsi qu'à l'extérieur de l'Etablissement en dehors des horaires de service, hormis pour les agents de sécurité.

Le port des tenues de bloc opératoire est strictement réservé à cet usage, et est interdit en dehors de ces unités.

L'exigence d'un langage correct :

La familiarité à l'égard des patients, usagers et famille est formellement proscrite.

De même les propos véhéments ou les éclats de voix entre agents de l'établissement sont proscrits, car ils portent atteinte à l'image de l'établissement et à une ambiance sereine de travail.

Les propos insultants, discriminatoires à l'encontre des usagers, patients, familles et autres agents sont strictement interdits et de tels propos peuvent exposer l'agent à une sanction disciplinaire et/ou pénale.

Article 118. [L'identification des personnels](#)

Afin d'être facilement identifiables, et à l'exception de certains services ou secteurs spécifiques identifiés, les personnels du CH de Libourne sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant à minima leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles.

Article 119. [Le bon usage du système d'information et des réseaux sociaux](#)

Le Centre Hospitalier de Libourne met à disposition de son personnel des outils informatiques et de communication. Les agents ainsi que tous les utilisateurs du système d'information sont tenus de respecter les dispositions de la Charte du bon usage des systèmes d'information qui figure en **annexe**.

L'utilisation des **réseaux sociaux** doit être faite avec prudence et dans le respect de la réglementation notamment au regard des articles 9 et 16 du Code Civil relative au respect de la vie privée et de la dignité de la personne humaine et dans le strict respect du secret et de la discrétion professionnels. Ainsi, elle ne doit pas donner lieu ni au dénigrement, à la diffamation ou à l'injure, vis-à-vis de ses collègues, de son employeur et des usagers du service public hospitalier.

Article 120. **L'obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés au Centre Hospitalier**

Aucun agent du Centre hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai dans les coffres destinés à cet usage. Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein du Centre hospitalier doit être directement remis au responsable de la sécurité, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.

Article 121. **Dispositions générales relatives à l'alcool, armes, stupéfiants et substances dangereuses/illicites**

Il est interdit d'introduire, de distribuer et de consommer des boissons alcoolisées sur son poste de travail. En cas de non-respect de ces dispositions, l'agent s'expose à des sanctions disciplinaires.

Les « pots » à caractère festif doivent rester exceptionnels, faire l'objet d'une demande préalable d'autorisation auprès de l'encadrement, et la consommation d'alcool dans ce cadre doit se faire avec modération.

En outre il n'est en aucun cas autorisé de pénétrer ou de demeurer dans l'établissement en état d'ivresse.

De manière générale, l'introduction d'armes, d'explosifs, de produits incendiaires, toxiques, dangereux ou tout autre produits stupéfiants est strictement interdit dans l'enceinte de l'établissement.

Sous-section 3. **Les droits et garanties des personnels**

Article 122. **Liberté d'opinion, de conscience, et non-discrimination**

Les agents de l'établissement sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Cette liberté est garantie dans le cadre des lois, règlements et règles statutaires qui la réglementent.

La liberté d'opinion est garantie dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion professionnelle qui incombent à chaque agent.

Article 123. **Egalité de traitement et principe de non-discrimination**

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leur sexe, de leurs opinions politiques, syndicales philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur apparence vraie ou supposées à une ethnie.

Article 124. **Protection contre le harcèlement moral et sexuel**

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer, de façon répétée, des propos ou comportements ayant pour objet ou pour effet de dégrader ses conditions de travail, de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre son avenir professionnel.

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. Aucun membre du personnel, même de manière non répétée, ne doit subir de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Est passible de sanctions disciplinaires tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Article 125. **Droit à l'expression directe et collective**

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des personnels du Centre Hospitalier. Les membres des organisations syndicales représentatives du personnel peuvent tenir des réunions et disposer d'autorisations spéciales d'absence.

Article 126. **Droit syndical**

Le droit syndical est garanti aux personnels du Centre Hospitalier.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service dans le cadre de la législation applicable.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Article 127. **Droit de grève**

Le droit de grève est un principe à valeur constitutionnelle inscrit dans le Préambule de la Constitution de 1946 repris en 1958. Il s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent et doit se concilier au principe de continuité du service public.

Définition :

La grève est une **cessation collective et concertée du travail**.

Elle doit avoir pour objet la **défense des intérêts professionnels collectifs**. Elle doit correspondre à un arrêt de travail.

Certaines formes de grève sont **interdites** :

- *Grève tournante* (cessation du travail par roulement concerté des différents secteurs ou catégories professionnelles d'une même administration ou d'un même service de façon à ce que les effectifs ne soient jamais au complet en vue de ralentir le travail et de désorganiser le service)
- *Grève politique* non justifiée par des motifs professionnels
- *Grève sur le tas* avec occupation et blocage des locaux de travail

Rappel

La *grève perlée* et la *grève du zèle* qui consistent en des arrêts de travail courts et répétés et des ralentissements concertés dans l'exécution des tâches ne constituent pas légalement des grèves.

Le fait d'y participer constitue une faute pouvant justifier une sanction disciplinaire.

Conditions de forme :

Le déclenchement d'une grève doit être précédé d'un préavis qui émane d'un ou de plusieurs syndicats représentatifs. Il doit être déposé 5 jours francs avant le déclenchement de la grève et en fixe le lieu, la date, l'heure de début et la durée, limitée ou non. Le préavis doit être déposé auprès du Directeur, à moins qu'il n'ait fait l'objet d'un dépôt sur le plan national.

Les conséquences de la grève sur la rémunération :

En application de la règle du service fait, la participation à un mouvement de grève peut donner lieu à retenue sur traitement. La retenue sur traitement ne s'exerce qu'à l'égard des seuls grévistes selon la réglementation en vigueur.

Article 128. **Droit à une protection dans l'exercice de ses fonctions : la protection fonctionnelle**

L'Etablissement protège l'ensemble de son personnel contre les menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime lors de l'exercice de leurs fonctions.

Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables, la protection fonctionnelle peut être accordée au fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) ou ancien fonctionnaire, et à l'agent contractuel ou ancien agent contractuel employé par l'Etablissement.

61

[Table des matières](#)

En outre, l'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est poursuivi en justice par un tiers pour une faute de service commise dans l'exercice de ses fonctions (à condition qu'il n'ait commis aucune faute personnelle). Ainsi l'Etablissement doit lui apporter une assistance juridique et, le cas échéant, couvrir les condamnations civiles prononcées contre lui. La protection fonctionnelle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat mis à sa disposition pour le représenter et faire valoir ses droits en justice.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par l'agent par écrit et transmise auprès de sa hiérarchie laquelle la transmettra à la direction compétente (Direction des ressources humaines/Direction des affaires médicales), un rapport circonstancié relatant les faits est joint à la demande.

Article 129. **Droit de retrait : danger grave et imminent**

L'agent dispose du droit de se retirer d'une situation de travail, dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger.

L'agent alerte alors immédiatement sa hiérarchie oralement ou par écrit, il dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou du lieu de travail, ce qui ne signifie pas nécessairement l'arrêt de tout travail effectif. Il reste néanmoins à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour constater la réalité de cette situation de danger et prend les dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger. L'agent ne peut quitter l'établissement sans autorisation préalable.

Article 130. **Droit d'alerte**

Les représentants du personnel de la formation spécialisée qui constatent qu'il existe une cause réelle de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, notamment par l'intermédiaire d'un agent, en alertent immédiatement le Directeur d'établissement et consignent cet avis sur le registre spécial dédié à cet effet.

Les modalités de mise en œuvre de ce droit d'alerte et la réponse de l'établissement sont définies dans le règlement intérieur du Comité social d'établissement (cf. **annexe**).

Article 131. **Droit à la formation professionnelle**

Les personnels peuvent accéder à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion. Le Centre Hospitalier Robert Boulin élabore chaque année un plan de formation pour ses agents, en vue notamment de maintenir, de parfaire ou d'adapter leurs compétences au cours de leur carrière. En s'appuyant sur le projet d'établissement, ce plan de

formation vise à répondre aux besoins de perfectionnement et d'évolution des services et aux nécessités de formation et de promotion interne.

Article 132. Droit d'accès au dossier administratif

Un dossier administratif individuel est constitué dès la prise de fonction de tout agent hospitalier (titulaire, stagiaire ou contractuel). Ce dossier comprend l'ensemble des éléments en lien avec la situation administrative de l'agent. Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées dans dossier détenu par la Direction des ressources humaines pour le personnel non médical et la direction des affaires médicales pour le personnel médical.

En cas de mutation ou de changement d'établissement, le dossier administratif est transmis au nouvel établissement.

Chaque agent peut demander la communication de tout ou partie son dossier administratif selon les modalités de son choix, dans la limite des possibilités techniques de l'administration :

- Soit par consultation sur place en présence d'un gestionnaire ;
- Soit par délivrance d'une copie papier (payante) ;
- Soit par délivrance d'une copie électronique transmise par courriel.

L'administration dispose d'un délai de deux mois suivant la réception de la demande pour communiquer le / les documents demandés.

Le dossier individuel de carrière est un outil de gestion des ressources humaines mais il constitue également un garant des droits des agents.

Article 133. Droit à la déconnexion

Le droit à la déconnexion doit être concilié avec la continuité du service public (assurée 24h/24, 365 jours /an). Il s'agit du droit pour tout agent de ne pas être connecté à ses outils numériques et ne pas répondre à une sollicitation professionnelle exprimée par voie numérique, en dehors de ses horaires normaux de travail ou sur ses temps de repos, et hors situation de nécessité d'urgence ou de nécessité absolue, sans que cela lui soit reproché ou que cela puisse avoir un impact sur son évolution professionnelle.

Concernant l'usage de la messagerie électronique professionnelle, aucun agent n'est tenu de prendre connaissance des courriels ou d'y répondre en dehors de son temps de travail effectif et de sa position d'activité.

Concernant l'usage des applications et logiciels qui permettent une connexion personnelle à domicile, il ne peut pas, en dehors du cadre institutionnel des astreintes et d'une éventuelle situation de télétravail, être imposé aux agents en dehors de leurs horaires de travail.

Section 2. Dispositions spécifiques au personnel médical

Sous-section 1. Dispositions statutaires

Article 134. Personnel médical à temps plein et à temps partiel

Les praticiens hospitaliers temps plein, qui consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'hôpital, et les praticiens à temps partiel sont nommés à titre permanent.

Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensé par l'établissement. En outre, ils peuvent participer aux actions d'enseignement (étudiants, internes, professions paramédicales, personnels hospitaliers...) de prévention et de recherche. Enfin, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Article 135. Praticiens contractuels

Les praticiens contractuels sont recrutés par le Directeur et sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du chef de service. Ils sont recrutés pour faire face à un surcroît d'activité, pour assurer le remplacement de praticiens, pour exercer des missions spécifiques.

Article 136. Les internes et docteurs juniors

Les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation spécialisée.

Ils consacrent la totalité de leurs temps à leurs activités médicales, médico techniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur formation.

Ils exercent leurs fonctions sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil.

Ils participent à la permanence des soins.

Article 137. Les étudiants hospitaliers

Les étudiants participent à l'activité hospitalière et ambulatoire sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés à la permanence des soins. Ils suivent les enseignements dispensés au sein du CH et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Article 138. Les sage-femmes

Les sage-femmes sont responsables, au sein du service de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Sous-section 2. Dispositions spécifiques au personnel médical

Article 139. Le code de déontologie médicale

Tous les praticiens hospitaliers sont soumis au Code de déontologie médicale et peuvent se voir sanctionnés disciplinairement par le Conseil de l'Ordre en cas de manquement aux règles de ce code.

Article 140. La continuité de service

Les praticiens hospitaliers sont assujettis à des contraintes de service public et notamment à l'obligation d'effectuer des gardes et astreintes pour assurer la continuité du service.

Les tableaux de service fixent les obligations relatives à l'activité des personnels médicaux. Ils ont pour objet de répartir l'activité et les horaires de travail entre les divers médecins travaillant dans l'hôpital, de façon à garantir la continuité des soins.

Article 141. L'obligation de développement professionnel continu

Tout médecin doit participer à un programme de développement professionnel continu. Le professionnel doit justifier de cet engagement devant son ordre, l'Agence Régionale de Santé et son employeur.

Article 142. L'éthique médicale

La pratique médicale s'exerce, au service de l'individu et de la santé publique, dans le respect de la vie humaine et de la personne.

Le médecin a un devoir d'assistance envers les patients et les blessés et une obligation de non-discrimination entre les patients (au titre de leur condition, nationalité, religion...). Il est par ailleurs tenu au secret professionnel.

Le médecin bénéficie de la liberté de prescrire dans la limite de ce qui est nécessaire, et de l'indépendance professionnelle.

Article 143. Les devoirs envers les patients

Chaque médecin est responsable du malade qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyens (et non de résultats) relative aux diagnostics et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science.

65

[Table des matières](#)

Le médecin doit à son patient une information « loyale, claire et appropriée » et veille à sa bonne compréhension.

Il a le devoir d'informer le patient, sauf raisons légitimes « appréciées en conscience », cette exception ne s'appliquant pas dans les cas d'affection exposant les tiers à un risque de contamination. Il a le devoir d'informer les proches d'un diagnostic fatal, sauf interdiction préalable du patient.

Le médecin doit rechercher le consentement du patient dans tous les cas et respecter sa volonté. Il doit s'efforcer de « soulager les souffrances du malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable » dans les investigations ou la thérapeutique. Il doit « accompagner le mourant » mais n'a pas le droit de « provoquer délibérément la mort ».

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il a un rôle de protection de l'enfance, des mineurs et des personnes victimes de sévices ou de privations.

Article 144. [Le secret médical](#)

Le secret médical couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire, non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel a un caractère collectif dans le cadre du service public hospitalier, ce qui permet la circulation du dossier médical du malade entre les services ou les établissements.

Le secret professionnel n'est opposable qu'aux tiers, mais jamais au malade.

La levée du secret médical doit concilier le pouvoir du Juge d'instruction de procéder « à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité », et l'obligation qui lui est faite de provoquer « toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel ». Cette conciliation est résolue le plus souvent par la présence d'un représentant de l'Ordre des médecins lors de la saisie et de la remise des documents. Dans ce cas, le médecin ne viole pas le secret médical, qui peut être levé au profit des Juges d'instruction ou des officiers de police judiciaire agissant sur commission rogatoire des magistrats, ou pour permettre la mise en œuvre d'une législation particulière (accidents du travail par exemple).

Les cas de levée du secret prévus par la loi sont les suivants :

- Déclaration à l'autorité sanitaire de certaines maladies,
- Information des autorités dans un cas de maltraitance à enfant.

Article 145. L'activité libérale

Une activité libérale peut être exercée par des médecins, dans certaines conditions.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques. Aucun lit, ni aucune installation ne peut être réservé à l'activité libérale.

Les modalités d'exercice de cette activité font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien et l'hôpital, approuvé par l'Agence Régionale de Santé.

La Commission de l'Activité libérale du Centre Hospitalier veille au bon déroulement de cette activité, selon les modalités définies dans la **charte de l'activité libérale (annexe)**.

Article 146. La recherche biomédicale

Les médecins peuvent proposer aux malades hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à d'autres personnes volontaires de participer à une recherche biomédicale dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et prévoit que l'intérêt du patient prime toujours sur celui de la science.

Section 3. Qualité de vie au travail et politique sociale

Article 147. Prévention des risques professionnels

L'Etablissement a mis en place différents dispositifs dédiés à la prévention des risques professionnels et à la promotion de la qualité de vie et des conditions de travail, permettant de mobiliser les acteurs concernés par ces questions ainsi que des moyens dédiés à ces éléments essentiels de promotion du bien-être au travail.

Des enquêtes de satisfaction des professionnels sont réalisées régulièrement permettant de mettre en œuvre des plans d'actions.

Article 148. Accompagnement d'un agent victime de violences

L'établissement s'engage dans l'accompagnement des agents victimes de violence. Une conduite à tenir en cas d'agression est définie pour accompagner les professionnels face à ces situations. L'accompagnement d'un agent victime de violence doit mobiliser l'encadrement dès l'agression et à distance de celle-ci. Les procédures dédiées sont accessibles à tous les agents via le logiciel de gestion électronique des documents (GED) interne.

Article 149. [Le Service de Prévention de Santé au travail](#)

Un service de prévention de santé au travail chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail, études de postes etc...) est organisé dans l'établissement.

Tout agent de l'établissement bénéficie d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé en tenant compte de la nature du poste et de la catégorie de l'agent. Chaque professionnel peut également bénéficier d'un examen médical par le service de santé au travail à sa demande.

Le service de santé au travail est enfin associé aux différents dispositifs mis en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité de vie au travail des professionnels.

Article 150. [L'accueil du nouvel arrivant au sein du Centre Hospitalier](#)

Tout agent nouvellement nommé dans l'établissement, installé récemment ou très prochainement dans ses fonctions, a le droit de recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux instances représentatives et spécialisées, et plus généralement, au mode de fonctionnement l'établissement. Il doit être informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement. Une session d'accueil est organisée périodiquement par la Direction des Ressources Humaines pour les professionnels non-médicaux, et par la Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux. Le livret d'accueil du personnel permet de compléter les informations données en séance.

Article 151. [Les services à disposition du personnel](#)

La restauration sur place

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas au sein de l'établissement : plusieurs sites de restauration existent sur les différents sites du Centre Hospitalier.

La blanchisserie :

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont assurés par la Blanchisserie du Centre Hospitalier.

Le vestiaire

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail qui peut y déposer ses effets et objets personnels. L'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

Les dispositifs d'aides aux transports domicile-travail et stationnement

Comme employeur, l'Etablissement participe à hauteur de 75% (depuis le 1^{er} septembre 2023) des frais de transports collectifs utilisés par le personnel du Centre Hospitalier dans leurs trajets domicile-travail

sur demande et sur présentation de justificatifs, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ».

Des stationnements sont également mis à disposition des agents, sous conditions et en fonction de critères de priorité établis par l'établissement et des places disponibles. Par ailleurs, l'établissement propose au personnel des enclos sécurisés pour les vélos.

L'établissement n'est en aucun cas tenu pour responsable du vélo ou de tout bien laissé dans ces enclos, dont la sécurisation reste à la charge du propriétaire.

Le service de crèche

Afin de faciliter la conciliation des vies professionnelle et familiale de ses agents, le Centre Hospitalier propose un service d'accueil de la petite enfance comprenant une crèche collective. L'accès à ces services se fait en fonction des places disponibles.

L'amicale des professionnels (Association Chloé).

Internat

Les internes du Centre Hospitalier de Libourne sont logés et nourris à l'internat dans la limite des places disponibles.

Conformément au statut de l'interne, les internes non logés (non nourris) ont droit à une indemnisation.

L'internat fait partie intégrante du CH. Les espaces collectifs sont soumis au présent règlement intérieur et notamment aux règles relatives à la sécurité ainsi qu'au respect du repos des usagers et à la lutte contre le bruit.

Chapitre 4 – Sécurité et hygiène

Section 1. Dispositions générales

Article 152. Pouvoir de police du Directeur

En tant que responsable de la conduite de l'établissement, et en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service hospitalier, le Directeur édicte, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires, les règles générales de sécurité par voie de recommandations générales ou de consignes particulières.

Il est le garant du respect des règles de sécurité et de fonctionnement du Centre hospitalier et coordonne leur mise en œuvre.

Article 153. Finalité des règles de sécurité

Les règles de sécurité visent à garantir le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine accidentelle ou intentionnelle, susceptibles de nuire

69

[Table des matières](#)

à la continuité, la sûreté et la qualité des prestations d'accueil et de soins que le Centre Hospitalier assure à ses usagers.

Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Article 154. [Opposabilité des règles de sécurité](#)

Toute personne présente au sein du Centre hospitalier, quelle que soit la raison de sa présence, est tenue de se conformer aux règles de sécurité de l'établissement, de respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, d'obéir aux injonctions du Directeur ou de ses représentants.

Les règles de sécurité en vigueur au Centre Hospitalier sont opposables aux instituts ou organismes logés sur son domaine, sauf si les conventions qui les lient à l'hôpital en disposent autrement.

Article 155. [Rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police et de gendarmerie.](#)

Le Directeur de l'établissement informe sans délai le Procureur de la République de tout crime ou délit porté à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions et lui transmet tout renseignement s'y rapportant.

En cas de mort violente ou dont la cause est inconnue ou suspecte, le Directeur ou son représentant en avise immédiatement l'officier de police judiciaire territorialement compétent.

D'une manière générale, il prend, dans ces circonstances, toute mesure nécessaire afin que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Le Directeur, ou les personnes désignées le représentant, sont les seuls habilités à exercer l'autorité de police sur les sites hospitaliers, en faisant procéder aux réquisitions nécessaires des services de police et de gendarmerie.

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit être immédiatement informé par les services de soins de toute demande qui leur est faite par les autorités de police ou de gendarmerie dans le cadre d'une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition d'un patient...). 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 et des dispositions relatives aux droits des patients

Les relations entre le Centre Hospitalier, les autorités de police et de gendarmerie, et la Justice, sont définies dans la Charte Hôpital / Gendarmerie/ Justice en [annexe](#).

Article 156. Circonstances exceptionnelles

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.

La Formation spécialisée du CSR (F3SCT) en est informée pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur ou son représentant peut, dans ce cadre, 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.

Il peut dans les mêmes conditions faire interdire l'accès du Centre Hospitalier à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuellement décidées, comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules ou la justification du motif de son accès au site de l'hôpital.

En cas de péril grave et imminent pour le Centre Hospitalier, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur peut en outre et même en l'absence 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 dans le cadre du déclenchement des plans d'urgence (Plan Blanc notamment) le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du Centre Hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Article 157. Plan VIGIPIRATE

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.

Le directeur ou son représentant veille à faire respecter les adaptations de la posture VIGIPIRATE dans l'enceinte de l'hôpital. Il fait afficher de manière visible le logo du niveau de risque défini par le gouvernement. Il s'assure de l'effectivité du plan de sécurisation (PSE) et réalise des plans de formation du personnel.

Article 158. Plan de gestion des Situations sanitaires exceptionnelles (Plan Blanc)

Le Centre Hospitalier de Libourne est doté d'un dispositif de crise dénommé « Plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles », qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Article 159. Garde de direction

Afin de garantir la continuité du service public hospitalier et d'assurer la sécurité du fonctionnement de l'établissement, le Directeur organise une permanence de la fonction de Direction. Pour cela, il habilite les membres de l'équipe de direction à exercer des gardes de Direction et leur donne délégation de signature pour les actes qu'ils seraient amenés à prendre dans ce cadre.

L'administrateur de garde agit en qualité de représentant du Directeur et prend toute mesure nécessaire pour répondre aux dysfonctionnements notamment en matière de sécurité des personnes et des biens.

Section 2. Sécurité des biens et des personnes

Article 160. Accès au Centre Hospitalier

L'accès au Centre Hospitalier est réservé à ses patients, leurs familles, accompagnants et visiteurs, ainsi qu'au personnel hospitalier et à toute personne qui y est appelée en raison de ses fonctions. Les conditions matérielles d'accès de ces personnes au Centre Hospitalier sont organisées par le Directeur qui peut, le cas échéant, prendre toute mesure restrictive nécessaire.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à l'une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur ou de son représentant. Les personnes non autorisées seront invitées à quitter les lieux et, si nécessaires, reconduites à la sortie. Au besoin, il sera fait appel aux agents de sécurité de l'établissement et, en cas de difficultés, aux forces de l'ordre.

Pour des raisons de sécurité et/ou d'hygiène, le Directeur peut réglementer les conditions d'accès à certains secteurs ou locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, ces limitations ou interdictions seront clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

Article 161. Horaires d'accès aux sites

Les horaires d'accès aux sites et aux locaux du CH de Libourne sont définis par le Directeur ou son représentant, par le présent règlement intérieur, et par des décisions d'organisations ponctuelles ou durables portées à la connaissance des usagers et du personnel par tout moyen.

Tous les points d'accès depuis le domaine public, piétons comme publics, sont fermés la nuit à l'exception d'un point par site. Les horaires de fermeture la nuit sont de 22h00 à 5h00. Les points d'accès aux sites la nuit sont :

- **Hôpital Robert Boulin – Fondation Etienne Sabatié** : accès la nuit par la rue de la Bordette, entrée par les urgences
- **Hôpital de Garderose** : accès la nuit par la rue des Réaux, entrée par la conciergerie

Article 162. [Accès au Centre Hospitalier, dispositions spécifiques](#)

L'accès des personnels de l'hôpital se fait par les issues prévues à cet effet qui leur sont éventuellement dédiées.

L'accès des visiteurs et accompagnants est libre aux heures de visite convenues dans le service, sous réserve du respect du repos des hospitalisés comme du fonctionnement du service. Les visites sont interdites entre 22h et 5h, sauf autorisation particulière exceptionnelle.

Issues de secours en cas d'alarme incendie :

L'accès par les portes dédiées aux issues de secours est interdit, ces portes étant réservées à un usage exclusif en cas d'incendie.

Accès des tiers devant intervenir dans l'enceinte de l'hôpital :

L'accès au sein de l'hôpital est strictement interdit aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

Aucune enquête, notamment téléphonique, ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

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

L'accès des tiers intervenant dans l'enceinte de l'hôpital est réglementé par les dispositions suivantes :

Transport et Livraison

Les modalités d'accès des tiers intervenant dans l'enceinte de l'hôpital en raison de livraison et transport logistique, sont prévues par le marché qui lie l'entreprise concernée au Centre Hospitalier. Sauf dispositions particulières définies par des décisions d'organisations ponctuelles ou durables par le Directeur ou son représentant, les transports et livraisons de matériel, de produits pharmaceutiques et de laboratoire dans l'enceinte de l'hôpital sont limités aux aires logistiques prévues à cet effet et interdits hors heures ouvrées.

L'accès des fournisseurs ou transporteurs de matériels, de produits pharmaceutiques et de laboratoire ne peut se faire sans l'autorisation explicite du Directeur ou de son représentant, avec l'accord du chef de service concerné. Toute démonstration, tout test ou prêt de matériel doit être préalablement autorisé par les services de l'hôpital.

73

[Table des matières](#)

Maintenance et Travaux :

Les modalités d'accès des tiers intervenant dans l'enceinte de l'hôpital en raison de maintenance ou de travaux sont prévues par le marché qui lie l'entreprise concernée au Centre Hospitalier.

Les interventions hors heures ouvrées en raison de maintenance ou de travaux sont interdites dans l'enceinte de l'hôpital sans autorisation particulière.

Presse

L'accès des professionnels de la presse écrite et audio-visuelle (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'hôpital doivent préalablement faire l'objet d'une information au Directeur ou à son représentant. Ils sont conditionnés à une autorisation écrite du Directeur, après avis du chef de service ou du responsable de pôle concerné. Ces autorisations sont portées pour information à la connaissance du service de sécurité.

L'accès des professionnels de la presse et des autres médias (radio, télévision...) au patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Ce consentement doit être recueilli par écrit par le professionnel concerné. Les images des patients sont prises sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse ; le Centre Hospitalier ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

Article 163. Attribution et restitution de clefs ou badges donnant droit d'accès à des locaux de l'hôpital

Les clefs et badges sont attribués nominativement, respectivement par le service de sécurité et par la Direction des ressources humaines/Direction des Affaires médicales, après autorisation préalable du Directeur ou de son représentant, et distribués contre récépissé signé de la personne attributaire des clefs ou badges.

Les clefs et badges ne peuvent être ni prêtés, ni échangés.

Les clefs ou badges perdus ou volés doivent faire l'objet d'un rapport écrit du détenteur des clefs ou des badges dès qu'il en a connaissance ; ce rapport décrit les circonstances de la perte ou du vol et précise s'il a établi un dépôt de plainte auprès de la gendarmerie ou de la police. Ce rapport est visé du responsable hiérarchique du détenteur des clefs ou des badges puis transmis au service de sécurité.

Article 164. Changement de destination d'un local

Le changement de destination d'un local n'est autorisé qu'après accord du Directeur ou de son représentant.

Toute réaffectation de local quelle qu'elle soit, tout réaménagement ou déplacement de matériels et de mobiliers pouvant influencer sur la nature de l'activité du local doit donc être systématiquement signalé au Directeur des Fonctions techniques, des Travaux et du Biomédical et au Directeur des Services Economiques qui prennent les avis techniques nécessaires et décident ou non de son autorisation.

Article 165. [Calme et tranquillité au sein du Centre Hospitalier](#)

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne se conformant pas aux dispositions du présent Règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'hôpital, est invité à y mettre un terme. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement et, si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie.

Article 166. [Personnels de sécurité et de sûreté](#)

Les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par l'article 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance à personne 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 exercent leur mission uniquement dans l'enceinte de l'hôpital.

Le Responsable sûreté du Centre Hospitalier de Libourne, l'équipe de sécurité incendie et l'équipe sûreté placés sous la responsabilité du Directeur sont autorisés à prendre les mesures nécessaires afin d'assurer le respect des règles de sécurité et des règles d'accès aux sites et aux locaux du Centre Hospitalier.

Leur mission concerne principalement :

- L'accès des véhicules aux sites de l'hôpital
- L'accès des personnes physiques à l'hôpital notamment en cas de troubles à l'ordre public
- La surveillance de la sécurité incendie et la sécurité des installations.

Les agents du service de sécurité disposent de l'ensemble des moyens d'accès aux locaux (clés, codes, badges électroniques, etc.), dont l'usage est strictement réservé aux personnels habilités.

Dans le cadre de leur mission, ils peuvent, sur demande du Directeur ou de son représentant :

- Confisquer des objets et produits dangereux ou prohibés par la loi et les déposer dans le coffre-fort du PC sécurité de l'administration hospitalière puis les remettre aux autorités de gendarmerie contre récépissé.
- s'ils sont appelés dans une situation de violence au personnel, de violence entre usagers, ou de trouble manifeste à l'ordre public, intervenir pour faire cesser ces violences ou ce trouble, par la présence de plusieurs agents, par la persuasion et dans le respect des principes de discernement et de juste proportion. Ils peuvent également, en situation de

nécessité immédiate, contenir l'auteur de violences jusqu'à l'arrivée des autorités de police municipale ou de gendarmerie.

- 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 pour eux même ou pour les autres 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.
- Inviter à quitter les lieux et, si nécessaire, reconduire à la sortie les personnes non autorisées
- Solliciter la police municipale ou la gendarmerie en appui.

A l'inverse, les personnels de sûreté ne peuvent

- Sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un coffre de chambre ou d'un casier vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.
- Procéder à aucun contrôle d'identité.
- Etre porteurs d'aucune arme, même défensive.

Article 167. Equipements de sécurité et de sûreté

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès ou d'armoire à clés informatisés, d'alarmes anti-intrusion, antivol bébé ou anti-fugue et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement validé par le Directeur. Il est soumis pour avis aux instances représentatives compétentes du Centre Hospitalier.

Les installations de vidéosurveillance avec enregistrement sont soumises à autorisation préfectorale selon la législation en vigueur

Le déploiement et le fonctionnement des installations de vidéosurveillance doivent permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des patients et des personnels. Les règles édictées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés doivent être respectées.

L'enregistrement de la vidéo surveillance fait l'objet d'un affichage réglementaire sur les lieux de présence des caméras. Seul le Directeur ou son représentant peuvent avoir accès aux images enregistrées pour enquête à des fins exclusives de sécurité interne à l'établissement. Les pouvoirs de police peuvent aussi accéder à ces images sur réquisition judiciaire.

Article 168. Infractions perpétrées dans l'enceinte de l'établissement

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'établissement engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Article 169. Sécurité et protection des personnels

Les patients et leurs proches doivent en toute circonstance garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis du Centre Hospitalier et de ses personnels.

Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier.

Article 170. Sécurité des biens

La sécurité des biens vise la protection des biens et du patrimoine mobilier et immobilier du Centre Hospitalier.

Tout membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte, toute dégradation de valeurs, d'objets divers, d'argent, ne peut entraîner la responsabilité de l'établissement.

Article 171. Dépôt de plainte

Tout agent hospitalier, visiteur ou patient concernés pour des faits dont il est victime ou témoin dans l'enceinte de l'hôpital (violences, vols, dégradations...) peut déposer plainte auprès des pouvoirs de police.

Tout agent hospitalier qui dépose plainte pour des faits dont il est victime ou témoin dans l'enceinte de l'hôpital doit en aviser sans délai la Direction ou son représentant.

La Direction avisée en informe sans délai le procureur de la République et s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

La Direction de l'hôpital peut également être amenée à déposer une plainte lorsque les vols ou les dégradations concernent des biens qui appartiennent à l'hôpital, ou lorsque certains faits causent un préjudice économique à l'établissement.

Section 3. Règles de sécurité propres au fonctionnement

Sous-section 1. Sécurité Incendie

Article 172. Dispositions générales sur la sécurité incendie

Le Centre Hospitalier est assujetti au règlement de sécurité général contre les risques d'incendie et de panique relatif aux établissements recevant du public (ERP) ainsi qu'aux dispositions spécifiques relatives aux établissements de santé.

77

[Table des matières](#)

L'ensemble du personnel hospitalier est concerné par la sécurité incendie et doit œuvrer dans l'exercice de ses fonctions pour prévenir tout risque d'incendie.

En cas d'incendie, le personnel est tenu de se conformer aux consignes de sécurité prévues et affichées à chaque entrée et issue de service. La formation à la sécurité incendie est une formation obligatoire dont aucun personnel ne saurait être exempté.

Certains locaux hospitaliers sont répertoriés comme étant des locaux à risque particulier d'incendie. Toute réaffectation de local quelle qu'elle soit, tout réaménagement ou déplacement de matériels et de mobiliers pouvant influencer sur le degré de risque du local doit donc être systématiquement signalé au Directeur des Fonctions techniques et des Travaux qui prend les avis techniques nécessaires auprès du chef de service de sécurité et décide ou non de son autorisation.

Le personnel hospitalier doit veiller en permanence à la vacuité des circulations et des issues de secours en évitant tout encombrement de matériel. Il est notamment interdit de :

- Caler les portes coupe-feu des locaux à risques ou des circulations d'évacuation
- Démonter les ferme-portes ou sélecteurs de vantaux
- Caler les portes d'issues de secours ou les portes donnant sur des espaces extérieurs
- Mettre des obstacles aux issues de secours (drap, mobiliers...) et aux portes des gaines et locaux techniques
- Cacher visuellement des organes de sécurité (vannes techniques, détendeurs de fluides médicaux, éclairage de sécurité, extincteur, robinet incendie armé, affichage de sécurité, TRC, TRE, DMS, plans d'issue de secours, ...)

Le personnel doit veiller également à limiter le potentiel calorifique dans les locaux en évacuant régulièrement les cartons, les emballages, les papiers et matériels inutilisés.

Toute acquisition de mobilier doit faire l'objet systématiquement d'une information auprès du service de sécurité des caractéristiques de tenue au feu pour autorisation préalable à son installation.

L'hôpital doit tenir un registre « sécurité » sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies.

Parmi ces renseignements, doivent figurer :

- L'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, en particulier l'agent chargé de la sécurité désigné par le Directeur,
- Le calcul des effectifs du bâtiment déclaré et la catégorie induite de l'ERP
- 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,

- Les plans ETARE (**E**tablissem**e**nts **R**ép**e**rtoriés) précisant les modalités d'accès des engins de secours
- 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.

Les plans d'établissement répertoriés des principaux sites hospitaliers sont mis à jour régulièrement en concertation avec les services d'incendie et de secours.

Les missions des agents de sécurité incendie SSIAP exclusivement, en raison de la réglementation incendie, sont strictement limitées à l'enceinte de l'hôpital Robert Boulin et de la fondation Etienne Sabatié, sauf autorisation écrite particulière et exceptionnelle du Directeur ou de son représentant.

Sous-section 2. Sécurité technique

Article 173. Définition

La sécurité technique comprend, sur les différents sites

- la surveillance, le suivi et le contrôle des alarmes techniques
- la disponibilité permanente de la distribution électrique, du chauffage, de l'eau potable et des fluides médicaux y compris des organes d'alimentation de secours (groupe électrogène, onduleur, batterie, forage, chaudière mixte,...), sauf danger grave et imminent nécessitant une coupure immédiate (électrocution, incendie, fuite d'un fluide,...).
- Le carnet sanitaire des installations de traitement d'air contrôlé et des alimentations et traitement en eau (potabilité, déminéralisation, adoucisseur, osmose...)
- Le traitement des eaux sales avant rejet (eaux pluviales, assainissement...)

La continuité du service électrique vise notamment à assurer le secours de l'ensemble des activités de criticité 1 et 2 définies dans le livre blanc n°54 spécial sur la sécurité électrique dans les établissements de santé de décembre 2000 et des appareils de maintenance et de suppléance en fonctionnement dans les services de soins du Centre Hospitalier.

Article 174. Astreinte technique

Le Directeur organise l'astreinte technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour garantir la sécurité du fonctionnement de l'hôpital. Il désigne les agents des services techniques de l'hôpital qui participent à cette astreinte. Il fait organiser en complément des astreintes assurées par des partenaires externes dans des domaines techniques particuliers.

79

[Table des matières](#)

Sous-section 3. Sécurité informatique

Article 175. Charte d'accès au système d'information

Les modalités relatives à l'accès des professionnels au système d'information du Centre Hospitalier de Libourne sont définies dans la Charte d'accès au système d'information qui constitue une annexe du présent Règlement intérieur.

Section 4. Circulation et stationnement

Sous-section 1. Circulation sur les sites hospitaliers

Article 176. Statut et destination des voiries intérieures hospitalières

Les voies de circulation et les espaces de stationnement des sites du Centre Hospitalier font partie du domaine public de l'établissement. Elles ne peuvent être regardées comme des voies ouvertes à la circulation publique.

Article 177. Application du Code de la Route

Les dispositions du Code de la Route, matérialisées par une signalisation normalisée, sont intégralement applicables dans l'enceinte de l'établissement.

Sauf mention contraire, la vitesse des véhicules est limitée à 30 km/h.

Les conducteurs de véhicules sont tenus de limiter les nuisances sonores, notamment en évitant de klaxonner en l'absence de danger immédiat.

Un plan général de circulation est établi et validé institutionnellement. Dans ce cadre et sous réserve de l'application du Code de la route, 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 patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (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 (notamment les camions et camping-cars et caravanes).

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

80

[Table des matières](#)

Sous-section 2. Stationnement dans l'enceinte de l'établissement

Article 178. Dispositions générales

Le stationnement des véhicules dans l'enceinte du Centre Hospitalier est interdit en dehors des emplacements de stationnement matérialisés à cet effet, sur la voirie intérieure et dans les parkings aériens ou souterrains.

Sauf autorisation particulière, le stationnement n'est pas autorisé aux véhicules munis de remorques, caravanes ou autres éléments tractés.

Des aires de stationnement sont réservées à certains personnels hospitaliers, ainsi qu'à des personnes qui, par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement et qui ont été autorisées par le Directeur ou son représentant à laisser leur véhicule stationné sur les aires de parking.

Des aires de stationnement sont de même réservées aux personnes à mobilité réduite qui matérialisent leur autorisation à utiliser ces places par l'apposition systématique d'un macaron visible sur leur pare-brise délivré par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Des aires de circulation et de stationnement sont de plus réservées aux engins de secours (SMUR, Pompiers...) et précisées sur les plans ETARE.

Des aires de stationnements sont enfin réservées aux ambulances, aux véhicules sanitaires légers, aux taxis et aux deux-roues (vélos, motos).

Tous ces emplacements réservés sont munis d'affichage lisible précisant leur destination. Le strict respect de l'utilisation de ces emplacements réservés est exigé.

Sur demande du Directeur, le service de sûreté peut faire appel à la police municipale ou à la gendarmerie pour verbaliser ou faire évacuer en fourrière les véhicules des contrevenants qui ne respectent les règles précitées et les emplacements réservés.

Article 179. Accès aux parkings pour les usagers

Selon les possibilités de la voirie intérieure de chaque site de l'établissement, des aires de stationnement sont strictement réservées aux usagers et visiteurs, exclusivement durant leurs heures de présence réelle dans l'enceinte de l'hôpital.

Toute utilisation abusive constatée sera sanctionnée, notamment par la verbalisation ou la mise en fourrière des véhicules contrevenants par la police municipale ou la gendarmerie

Article 180. Accès aux parkings pour les personnels du Centre Hospitalier

Sous réserve d'éligibilité aux critères institutionnels d'attribution, des accès parkings peuvent être accordés aux personnels de l'établissement.

L'accès aux parkings est strictement réservé à l'usage professionnel, dans les horaires de travail uniquement.

Toute utilisation abusive constatée sera sanctionnée par un retrait temporaire ou définitif du droit d'accès aux parkings.

Article 181. Police de la voirie intérieure

La police de la voirie intérieure relève de la compétence du Directeur du Centre Hospitalier. Sous sa responsabilité, les agents en charge du service de sécurité de l'établissement sont chargés de veiller au respect des prescriptions relatives à la circulation et au stationnement des véhicules. Le refus opposé par tout agent hospitalier à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

La Direction se réserve également le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à ses sites ou aux parkings aux personnes qui ne respecteraient pas les règles de circulation et de stationnement, ou mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Article 182. Limite de responsabilité

Le Centre Hospitalier décline toute responsabilité en cas de vols ou de dégradations sur les véhicules stationnés dans l'enceinte de l'établissement.

Section 5. Hygiène

Article 183. Hygiène – Dispositions générales

Chacun est tenu d'observer une stricte hygiène personnelle au Centre Hospitalier. Le personnel est invité à se conformer aux protocoles existants et validés par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène.

Article 184. Règles d'hygiène dans le cadre des travaux et opérations de maintenance

Les règles strictes d'hygiène à respecter par les tiers intervenant dans l'enceinte de l'hôpital en raison de maintenance ou de travaux sont prévues par le marché qui lie l'entreprise concernée au Centre Hospitalier. Elles sont définies par écrit par le médecin hygiéniste et l'ingénieur des services techniques

82

[Table des matières](#)

ou leurs représentants et transcrites dans une fiche de lutte contre les risques nosocomiaux lors de travaux. Ces fiches sont individuelles et distinctes pour chaque opération de travaux ou pour chaque marché de maintenance. Ces fiches établissent le niveau de risque en fonction de la nature des travaux et de la nature des activités de soin limitrophes. Elles décrivent les mesures de prévention obligatoires et associées à ces opérations de travaux ou de maintenance à mettre en œuvre par les entreprises extérieures et les personnels de l'hôpital.

Toute entreprise ne respectant pas ses consignes sera immédiatement exclue de l'enceinte de l'hôpital et ses interventions arrêtées, à ses frais et risques.

Article 185. [Interdiction de fumer et de vapoter à l'hôpital](#)

Il est interdit de fumer sur l'ensemble des sites du Centre Hospitalier.

Conformément aux engagements pris dans le cadre de la labellisation « Hôpital sans tabac », cette interdiction couvre à la fois les bâtiments et espaces fermés ou couverts et les espaces extérieurs non couverts (parkings, voiries, ...) à l'exception des abris à fumeurs installés sur les sites.

Les mêmes restrictions s'appliquent à l'usage de la cigarette électronique.

Une signalisation apparente rappelle, dans tous les espaces concernés et à l'attention des patients, de leurs accompagnants ou de leurs proches, et des personnels, le principe de l'interdiction de fumer et de vapoter.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires et pénales en cas de manquement à cette interdiction.

Chapitre 5 – Dispositions relatives au Règlement intérieur

Article 186. **Approbation du règlement intérieur**

Le règlement intérieur est arrêté par le Directeur du Centre hospitalier après concertation avec le Directoire et avis de la Commission Médicale d’Etablissement, du Comité Social d’Etablissement, de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et du Conseil de Surveillance.

Article 187. **Opposabilité du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur est applicable sur tous les sites du Centre Hospitalier de Libourne. Il s’impose à l’ensemble des membres du personnels du Centre Hospitaliers, étudiants ou stagiaires intervenant au sein du CH, ainsi qu’aux usagers du service public (patients, résidents), aux accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs) et à tous les intervenants extérieurs au CH dans le cadre de missions ponctuelles.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l’égard de son auteur.

Article 188. **Mise à disposition du règlement intérieur**

Le règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée. Il peut être consulté au format papier sur demande adressée à la Direction du Centre hospitalier ou au format électronique sur le site internet ou dans le logiciel de Gestion documentaire de l’établissement.

Article 189. **Mise à jour du règlement intérieur**

Le règlement intérieur fait l’objet de mises à jour régulières notamment pour tenir compte de l’évolution des dispositions légales ou réglementaires. Les mises à jour sont approuvées selon les modalités prévues ci-dessus pour son adoption.

Liste des annexes

Annexe 1 – Règlement intérieur du Conseil de surveillance

Annexe 2 – Charte de gouvernance

Annexe 3 – Règlement intérieur de la Commission médicale d’Etablissement

Annexe 4 – Règlement intérieur du Comité Social d’Etablissement

Annexe 5 – Règlement intérieur de la Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques

Annexe 6 - Charte de l’activité libérale

Annexe 7 – Règlement intérieur de la Commission des Usagers

Annexe 8 – Charte de bon usage du système d’information

Règlement intérieur du Conseil de surveillance du Centre hospitalier de Libourne

Les missions du Conseil de Surveillance sont centrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance comprend trois collèges où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants personnels de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers.

Son président est élu parmi des représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

Article 1

Attributions

Le Conseil de Surveillance exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement :

- Il communique au directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement ;
- Le Conseil de Surveillance formule ses observations sur les comptes de l'exercice qui lui sont adressés par le directeur aux fins de vérification ;
- Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, il nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes ;
- Il entend le directeur sur l'état provisionnel des recettes et des dépenses (ERPD) ainsi que sur le programme d'investissement.

Article 1 - 1

Il délibère sur :

- 1- Le projet d'établissement mentionné à l'article CSP L. 6143-2 ;
- 2- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 3- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- 4- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- 5- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Article 1 - 2

Il donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles CSP. 6148-2 et L. 6148-3 ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire

Article 2

Composition

Le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de LIBOURNE est composé de 15 membres.

Il est constitué de trois collèges dont le nombre de membres est identique.

Collège 1	Collectivités territoriales	- Représentants des collectivités en fonction du ressort territorial
Collège 2	Représentants du personnel	- CME - CSIRMT - Organisations syndicales
Collège 3	Personnalités qualifiées	- Personnalités qualifiées dont 2 représentants des usagers

Article 2 – 1

Présidence et vice-présidence

Le Conseil de Surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées pour une durée de 5 ans.

Le président du Conseil de Surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le Conseil de Surveillance en l'absence du président.

En cas de vacance ou d'absence du président et du vice-président, le Conseil de Surveillance est présidé par le doyen d'âge.

Article 3

Conditions d'exercice des membres

Article 3 – 1

Incompatibilités et incapacités

Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :

- A plus d'un titre ;
- S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 6 du code électoral ;

Centre hospitalier de Libourne
112, rue de la Marne – BP 199
33505 Libourne Cedex
☎ standard : 05 57 55 34 34

- S'il est membre du directoire ;
- S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ;
- S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du Conseil de Surveillance de l'ARS.

Les membres qui tombent sous le coup des incompatibilités et incapacités démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le DGARS.

Article 3 - 2

Démission d'office

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du Conseil de Surveillance est réputé démissionnaire. Le DGARS constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Article 3 - 3

Fin de mandat

Le mandat des membres prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés :

- Membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales, fin de mandat lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois ces membres continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

- Membres désignés sur proposition des organisations syndicales : fin de mandat lors de chaque renouvellement du CSE.

Toutefois ils continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Article 3 - 4

Durée du mandat

La durée est de 5 ans.

Il prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Article 4

Droits et obligations des membres du conseil

Les fonctions de membre de Conseil de Surveillance sont exercées à titre gratuit. Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions. Ils bénéficient du congé de représentation prévu à l'article L. 3142-51 du code du travail.

Les membres du Conseil de Surveillance, ainsi que les autres personnes présentes, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Article 5

Article 5 – 1

Election et mandat du président

Avant l'élection du président, la présidence de séance est assurée par le doyen d'âge.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux 2 premiers tours, un 3^{ème} tour est organisé.

La majorité relative suffit au 3^{ème} tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Si le président du Conseil de Surveillance cesse d'être membre du Conseil de Surveillance du fait de la fin d'un mandat électif, un nouveau président est élu, selon les mêmes modalités, pour la durée du mandat de président qui reste à courir.

Article 6

Fonctionnement du Conseil

Article 6 - 1

Réunions

Le Conseil de Surveillance se réunit sur convocation de son président à la demande du tiers de ses membres. L'ordre du jour est adressé au moins 7 jours à l'avance à l'ensemble des membres et aux personnes siégeant à titre consultatif. Le délai peut être abrégé par le président en cas d'urgence.

Le Conseil se réunit au moins 4 fois par an. Il peut être réuni sur demande du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Les séances ne sont pas publiques.

Article 6 – 2

Ordre du jour

L'ordre du jour de chaque séance est arrêté par le Président du Conseil de Surveillance.

Après avis du Directeur, le Président du Conseil de Surveillance ne retiendra que les points entrant dans le champ de compétence du conseil tel que défini par les dispositions légales et réglementaires en vigueur. En cas de désaccord entre le Président du Conseil de Surveillance et le Directeur, l'avis de la Direction Générale de l'ARS sera sollicité.

Le Directeur et les membres du Conseil de Surveillance avec l'accord du Président peuvent inviter toute personne dont l'expertise technique peut éclairer un point de l'ordre du jour.

- Article 6 - 3

Suspension ou renvoi de séance

Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas le Conseil de Surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre 3 et 8 jours.

Article 6 - 4

Quorum

Le Conseil ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assiste à la séance. Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion (qui doit avoir lieu dans un délai entre 3 et 8 jours) est réputée valable quel que soit le nombre des présents. Dans ce cas, le conseil peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.

Article 6 - 5

Votes

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci peut avoir lieu au scrutin secret, si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante. Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Article 7

Officialisation des débats

Article 7 - 1

Registre des délibérations

Les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du Conseil de Surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Article 7 - 2

Transmissions au DGARS

Les délibérations sont transmises sans délai au DGARS.

Article 7 - 3

Comptes-rendus

Les membres du Conseil de Surveillance reçoivent un compte-rendu de séance adressé avec l'envoi de l'ordre du jour de la séance suivante. Le compte rendu est approuvé par le Conseil de Surveillance. Les demandes de modification ou de précision ne peuvent concerner que le libellé ou la forme et en aucun cas le fonds des interventions ou des délibérations.

Article 8

Moyens de fonctionnement

Le Conseil de Surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à disposition par le directeur. Le Directeur fait assurer le secrétariat du Conseil de Surveillance.

ANNEXE

Nombre de membres et composition par collège du Conseil

Type de représentant	Composition des Conseils de Surveillance composés de 15 membres	
Ressort	Communal	Intercommunal
Représentants des collectivités territoriales	Le maire de la commune siège de l'établissement ou son représentant	
	1 représentant de la commune siège de l'établissement	1 représentant de la principale commune d'origine des patients
	2 représentants d'un EPCI à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle du siège de l'établissement principal.	2 représentants d'un EPCI à fiscalité propre auxquels appartient respectivement ces deux communes ou, à défaut un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle du siège de l'établissement principal.
	Le président du Conseil Général du département dans lequel est située la commune siège de l'établissement, ou son représentant	
Représentants du personnel	2 représentants de la CME	
	2 membres désignés par les organisations syndicales compte tenu des résultats obtenus lors des élections au CTE	
	1 représentant de la CSIRMT	
Personnalités qualifiées	2 personnalités qualifiées désignées par la DGARS	
	3 personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'état dans le département dont au moins 2 représentants des usagers	

MEMBRES AVEC VOIX DELIBERATIVE :

TITRE COLLEGE	QUALITE	NOM - PRENOM
	Maire de Libourne	M. BUISSON Philippe
Représentants des collectivités territoriales	Représentant de la commune de Libourne	M. GALAND Michel
	Représentant de la communauté d'agglomération du Libournais	Mme ESTRADE Hélène
		M. LABORDE Sébastien
	Représentant du conseil départemental de la Gironde	M. GALAND Jean
Représentants du personnel	Représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	Mme DUCHARTRE Elodie
	Représentant de la commission médicale d'établissement	Mme le Dr DUBOSC-MARCHENAY Nadine
		M. le Dr VERNHES Philippe
	Représentant désigné par les organisations syndicales	Mme MELOT Christine
M. GAILLOT Sylvain		
Personnalités Qualifiées	Personnalité qualifiée désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé	M. le Dr NIVET Patrick
		M. de CHALUP Hugues
	Personnalité qualifiée désignée par le Préfet	M. BOILEAU Michel
		M. BERISTAIN Michel
Représentant des usagers	M. SCHNEIDER Philippe	

MEMBRES AVEC VOIX CONSULTATIVE

M. Matthieu DOLIGEZ, Sous-préfet de Libourne,
M. Florent BOUDIE, Député de Gironde,
M. le Dr Renaud DULIN, Vice-président du Directoire,
M. Benoît ELLEBOODE, Directeur Général de l'ARS ou son représentant,
Le Directeur de la caisse de Mutualité Sociale Agricole de la Gironde,
Le Directeur de la caisse primaire d'Assurance maladie ou son représentant,
M. Bruno BRIXY, Trésorier Principal.

CADRES DE DIRECTION :

M. SOUBIE, Directeur
Mme ZAMARON, Adjointe au Directeur
Mme COSTA, Directrice Adjointe
M. FERREIRA, Directrice Adjointe
Mme BIDEPLAN, Directrice Adjointe
Mme Sophie HAGENMULLER, Directrice Adjointe
Mme RUFAT, Coordinatrice générale des soins

Centre hospitalier de Libourne
112, rue de la Marne – BP 199
33505 Libourne Cedex
☎ standard : 05 57 55 34 34

Vu la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, du Code de la santé publique,

Vu le décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital,

Vu le décret n°2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de Commissions Médicales de Groupement et de Commission Médicale d'Établissement,

Vu la circulaire N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS.

Vu l'article L. 6143-7-3-III du Code de la Santé Publique stipulant :

« Une charte de gouvernance conclue entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement prévoit notamment :

- 1° Les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;
- 2° Pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles ;
- 3° Les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions. »

CHAPITRE I : LES PRINCIPES DE LA CHARTE DE GOUVERNANCE

Paragraphe 1 : LES OBJECTIFS DE LA CHARTE DE GOUVERNANCE :
la coopération entre le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement

Paragraphe 2 : LA MISE EN PLACE D'UNE ORGANISATION INTERNE ADAPTÉE :
le pilotage médico-administratif équilibré

2.1 - La coordination de travail entre la Direction de l'Établissement et le Président de la Commission Médicale d'Établissement

2.1.1 - Les relations internes à l'Établissement

2.1.2 - Les relations avec les organismes extérieurs

2.2 - Les moyens mis à disposition du Président de la Commission Médicale d'Établissement

2.2.1 - Les moyens matériels

2.2.2 - Les moyens humains

2.2.3 - Le Bureau de la Commission Médicale d'Établissement

2.2.4 - La formation

2.2.5 - L'ordre de mission

CHAPITRE II : LES DOMAINES DE COMPETENCES RESPECTIFS ET PARTAGES

Paragraphe 1 : LES COMPETENCES DU DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT

Paragraphe 2 : LES COMPETENCES DU PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

2.1 - Le projet médical de l'Établissement

2.2 - La politique médicale de l'Établissement

2.3 - Les compétences de la Commission Médicale d'Établissement

Paragraphe 3 : LES DOMAINES DE COMPETENCES PARTAGEES ENTRE LE DIRECTEUR ET LE PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

3.1 - L'organisation interne

3.2 - La politique d'amélioration continue

3.3 - Les contrats de pôle

3.4 - Les nominations individuelles

CHAPITRE I : LES PRINCIPES DE LA CHARTE DE GOUVERNANCE

Paragraphe 1 : LES OBJECTIFS DE LA CHARTE DE GOUVERNANCE : la coopération entre le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement

La présente Charte de Gouvernance s'inscrit dans le cadre des nouvelles dispositions législatives et réglementaires issues des négociations du Ségur de la Santé en 2020, lesquelles font du Directeur d'Établissement et du président de la Commission Médicale d'Établissement le binôme au cœur de la gouvernance des établissements de santé.

La présente Charte de Gouvernance témoigne d'une volonté commune de parvenir à une collaboration fluide et efficace au service de l'Établissement et de l'ensemble de ses acteurs, dans le respect des compétences de chacun.

Elle n'aborde pas les modalités de fonctionnement et les domaines de compétence du Directoire.

Elle doit garantir un fonctionnement institutionnel équilibré, conforme au nouveau cadre législatif, et adapté aux missions de service public de l'Établissement au profit de la population.

Elle doit permettre de rendre lisibles et compréhensibles les différents circuits de décision, auprès de l'ensemble de la communauté hospitalière.

Elle fait l'objet d'une réévaluation à chaque renouvellement de la Commission Médicale d'Établissement.

Paragraphe 2 : LA MISE EN PLACE D'UNE ORGANISATION INTERNE ADAPTÉE : le pilotage médico-administratif équilibré

Au-delà des dispositions législatives et réglementaires fixant les prérogatives de chacun, le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement conviennent de méthodes de travail permettant une coordination régulière et efficace, afin de prendre des décisions consensuelles et d'engager des actions concertées répondant aux intérêts de l'Établissement.

2.1 - La coordination de travail entre la Direction de l'Établissement et le Président de la Commission Médicale d'Établissement

2.1.1 - Les relations internes à l'Établissement

Des échanges réguliers sont organisés entre le Directeur ou son représentant, et le Président de la Commission Médicale d'Établissement, sous un format et une fréquence convenus conjointement, et a minima de façon hebdomadaire (sauf cas particuliers d'absence ou cas de force majeure).

Des méthodes de travail sont élaborées sur le principe systématique de concertation et de réciprocité, dans le respect des domaines respectifs de prérogatives :

- préparation des réunions internes et externes, si nécessité d'échanger au préalable,
- transmission réciproque des informations et des documents internes,
- préparation des ordres du jour des instances (en particulier de la Commission Médicale d'Établissement et du Directoire)
- établissement des relevés de conclusions des Directoires

Afin d'exercer ses missions, le Président de la Commission Médicale d'Établissement pourra solliciter les différentes directions fonctionnelles, sous couvert du Directeur Adjoint responsable.

2.1.2 - Les relations avec les organismes extérieurs

Pour les sujets relevant de la compétence du Président de la Commission Médicale d'Établissement, le Directeur échange avec celui-ci les informations et invitations provenant des organismes ou autorités extérieures.

Le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement conviennent des modalités de représentation conjointe aux réunions organisées par/avec les organismes extérieurs : autorités de tutelle, partenaires, etc... A défaut, notamment pour des raisons d'agenda, ils s'entendent sur le partage systématique des retours d'information.

2.2 - Les moyens mis à disposition du Président de la Commission Médicale d'Établissement

Conformément à l'article D. 6143-37-4 du CSP, des moyens matériels, financiers et humains sont mis à la disposition du Président de la Commission Médicale d'Établissement, afin de lui permettre d'assurer ses missions.

2.2.1 - Les moyens matériels

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement dispose des moyens matériels et informatiques nécessaires à la réalisation de ses missions. La définition de ces moyens est établie en début de mandat, et peut être réévaluée chaque année.

2.2.2 - Les moyens humains

Le Centre Hospitalier de Libourne recrute un Assistant Spécialiste, afin de pallier le temps médical non effectué dans son propre Service par le Président de la Commission Médicale d'Établissement, et libérer significativement celui-ci pour ses fonctions institutionnelles. Cette mesure sera évaluée annuellement.

2.2.3 - Le Bureau de la Commission Médicale d'Établissement

Afin d'assurer le bon fonctionnement de la Commission Médicale d'Établissement, le Président de la Commission Médicale d'Établissement peut être assisté d'un Bureau. Nécessairement réduit pour gagner en efficacité, le Bureau de la CME est composé, en plus du Président de la Commission Médicale d'Établissement et du Vice-Président, de membres choisis en raison de leur implication institutionnelle et représentant les différentes composantes médicales de l'établissement. Dès qu'il est constitué, sa composition est annoncée en Commission Médicale d'Établissement ainsi qu'au Directeur d'Établissement. Autant que possible, la parité hommes/femmes doit être visée.

Si un Bureau de la Commission Médicale d'Établissement est constitué, ses missions sont les suivantes:

- assister et conseiller le PCME dans ses fonctions,
- proposer des sujets à inscrire à l'ordre du jour des CME,
- examiner les dossiers avant leur présentation en CME.

2.2.4 - La formation

Conformément à l'article D. 6143-37-5 du CSP, une formation est proposée au Président de la Commission Médicale d'Établissement à l'occasion de sa prise de fonction, adaptée à l'exercice de hautes responsabilités. Il peut également, à sa demande, bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la suite de son activité ou la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

2.2.5 - L'ordre de mission

Conformément aux dispositions des articles 7 à 11 du décret n° 92-566 du 25 juin 1992, le Président de la Commission Médicale d'Établissement peut bénéficier d'un ordre de mission permanent et renouvelable, d'une durée de douze mois.

Ses frais de déplacement sont pris en charge à sa demande dans les conditions prévues par le décret n° 92-566 du 25 juin 1992 et l'arrêté du 24 février 1994.

CHAPITRE II : LES DOMAINES DE COMPETENCES RESPECTIFS ET PARTAGES

Paragraphe 1 : LES COMPETENCES DU DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT

Conformément à l'article L. 6143-7 du CSP, le Directeur, Président du Directoire, conduit la politique générale de l'Établissement. Il représente l'Établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'Établissement.

Le Directeur est compétent pour **régler les affaires de l'Établissement** autres que celles énumérées aux 1° à 15° de l'article L. 6143-7 du CSP, et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1 du CSP. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le Directeur dispose d'un **pouvoir de nomination** dans l'établissement :

- Il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins.
- Sur proposition du Chef de Pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement, il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 du CSP dans les conditions fixées par voie réglementaire

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

Le Directeur est **ordonnateur des dépenses et des recettes** de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Le Directeur peut **déléguer sa signature**, dans des conditions déterminées aux articles D. 6143-33 à D. 6143-35 du CSP.

Le Directeur prend les décisions énumérées au 8^{ème} alinéa de l'article L.6143-7 du CSP, dans le respect des compétences respectives du Directoire, des instances représentatives du personnel (Commission Médicale d'Établissement, Comité Technique d'Établissement, puis futur Comité Social d'Établissement), ainsi que de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques.

Paragraphe 2 : LES COMPETENCES DU PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Conformément à l'article L. 6143-7-3 du CSP, le Président de la Commission Médicale d'Établissement est de droit le Vice-Président du Directoire, et exerce les missions et attributions suivantes :

2.1 - Le projet médical de l'Établissement

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement coordonne, en lien avec le Directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ainsi qu'avec le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire « Alliance de Gironde ».

En vertu de l'article D. 6143-37-1 du CSP, le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 du CSP. Il comprend notamment :

- 1°- Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional ou interrégional de santé et le contenu de l'offre de soins ;
- 2°- Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3°- Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- 4°- L'organisation des moyens médicaux ;
- 5°- Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;
- 6°- Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

2.2 - La politique médicale de l'Établissement

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, conformément à l'article D. 6143-37-2 du CSP, il assure notamment les missions suivantes :

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

2.3 - Les compétences de la Commission Médicale d'Établissement

Le Président de la Commission médicale d'établissement prépare et signe l'ordre du jour de la Commission Médicale d'Établissement, en concertation avec le Directeur.

Il en assure le fonctionnement régulier,

- d'une part, dans le respect des compétences générales de la Commission définies à l'article L. 6144-1 du CSP, notamment :
 - ✓ La CME élabore la stratégie médicale de l'établissement, et son projet médical, en lien avec le projet médical partagé du groupement. Elle participe à leur mise en œuvre,
 - ✓ La CME contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- et d'autre part, conformément à la répartition exhaustive de ses compétences établie par les articles R. 6144-1- à R.6144-2-2 du CSP joints en annexe de la présente Charte.

Paragraphe 3 : LES DOMAINES DE COMPETENCES PARTAGEES ENTRE LE DIRECTEUR ET LE PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

3.1 - L'organisation interne

Le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement arrêtent conjointement, après concertation avec le Directoire :

- l'organisation interne de l'établissement, en Pôles d'activités cliniques et médico-techniques et en Services (article L. 6146-1 et L. 6146-1-1 du CSP)
- les modalités d'organisation interne dérogatoire du fonctionnement médical et de la dispensation des soins, si l'organisation interne en Pôles d'activités n'est pas souhaitée (article L. 6146-1-2 du CSP)
- les modalités d'organisation dérogatoire de la gouvernance de l'établissement (article L. 6149-1 du CSP) en cas d'organisation interne dérogatoire

3.2 - La politique d'amélioration continue

Le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement définissent conjointement, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Établissement, et après concertation avec le Directoire, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

3.3 - Les contrats de pôle

Le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement signent conjointement, après concertation avec le Directoire, les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques mentionnés à l'article L. 6146-1 du CSP.

3.4 - Les nominations individuelles

Le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement procèdent conjointement à la nomination, et mettent fin conjointement aux fonctions :

- des Chefs de Pôles d'activités cliniques et médico-techniques,
- des Chefs de Services, après avis du Chef de Pôle concerné ; la décision mettant fin aux fonctions des Chefs de Service pouvant intervenir, le cas échéant, sur proposition du Chef de Pôle,
- des responsables d'unités fonctionnelles, après avis du Chef de Service et du Chef de Pôle concernés ; la décision mettant fin aux fonctions des responsables d'unités fonctionnelles pouvant intervenir, le cas échéant, sur proposition du Chef de Pôle.

Fait en 2 exemplaire originaux, à Libourne, le 1^{er} février 2022

SC

Le Directeur D'Établissement

Monsieur Christian SOUBIE

Le Président

de la Commission Médicale d'Établissement

Monsieur le Docteur Renaud DULIN

CHARTRE DE GOUVERNANCE

ANNEXE

Les compétences de la Commission Médicale d'Établissement

Article R6144-1 du CSP

I.-La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

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

- 1° (Supprimé) ;
- 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 4° La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 7° La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.
- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 10° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 11° L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- 12° Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

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

IV.-La commission peut également être consultée sur les matières mentionnées à l'article R. 6144-1-2.

V.-Dans les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, la commission médicale d'établissement veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé définis au niveau du groupement.

VI.-La commission médicale d'établissement, ainsi que son président et ses sous-commissions, ont accès à l'ensemble des informations nécessaires aux travaux relevant de leurs attributions, notamment en matière de gestion des ressources humaines des personnels médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.

Article R6144-1-1 du CSP

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

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

Article R6144-1-2 du CSP

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

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

Article R6144-2 du CSP

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

- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur ;
- 5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement.

Article R6144-2-1 du CSP

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

- 1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- 2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- 3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- 4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- 5° L'organisation des parcours de soins.

Article R6144-2-2 du CSP

La commission médicale d'établissement :

- 1° Propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

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

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

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

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

REGLEMENT INTERIEUR

Références réglementaires :

- Article L 6144-1 et suivants du Code de la Santé Publique,

Article 1 : Bureau de la Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement constitue en son sein un Bureau composé de représentants qu'elle désigne, à savoir :

- le Président de la CME,
- le Vice-Président de la CME,
- des représentants élus par la CME.

Le Bureau de la CME a principalement pour fonctions, sous la coordination et la responsabilité de son Président :

- d'assurer la représentation des médecins de l'établissement, tant vis-à-vis de la Direction et des professionnels internes qu'à l'égard des autorités sanitaires externes,
- d'instruire les questions mises à l'ordre du jour des séances de la CME,
- de siéger au sein du conseil exécutif et de remplir les attributions dévolues à cette instance de pilotage.

Article 2 : Sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement

En-sus des instances dont la constitution est prévue par le cadre réglementaire, la Commission Médicale d'Etablissement peut prendre l'initiative de créer sur des thématiques professionnelles particulières des groupes de travail – appelés sous-commissions - composés de médecins de l'établissement. La CME définit leur objet, leur composition, leur domaine de compétence et éventuellement la périodicité de leur réunion.

A chaque renouvellement des membres de la Commission Médicale d'Etablissement, la liste nominative des membres qui composent ces sous-commissions est réexaminée.

Article 3 : Ordre du jour des séances de la Commission Médicale d'Etablissement

Un courrier est envoyé quinze jours avant la séance par le Président pour recenser les questions que les membres de la CME souhaiteraient voir inscrire à l'ordre du jour.

Le Président de la CME en lien avec la Direction des Affaires médicales, prépare l'ordre du jour de la CME. Cet ordre du jour est établi et adressé aux membres par le Président de la CME ou, en son absence, par le Vice-Président, au moins huit jours avant la séance, par l'intermédiaire du secrétariat des Affaires Médicales. Lorsque le point abordé le justifie, la question donne lieu à la transmission d'un document explicatif concomitamment à l'envoi de l'ordre du jour.

L'ordre du jour est également transmis pour information, par messagerie informatique interne, aux médecins non membres de la Commission Médicale d'Etablissement.

Article 4 : Participation aux séances de la Commission Médicale d'Etablissement (en dehors de la composition réglementaire)

Les médecins non membres de la CME sont autorisés à assister aux séances et à intervenir sur les différents points de l'ordre du jour, sans pouvoir participer aux votes.

Le Président peut inviter ponctuellement des intervenants internes ou externes en fonction des questions inscrites à l'ordre du jour.

Avec l'accord explicite du Président, des stagiaires peuvent être autorisés pour des raisons d'intérêt professionnel à assister aux séances de la CME en sa formation plénière, pour tout ou partie des points inscrits à l'ordre du jour.

Article 5 : Déroulement des séances de la Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit en moyenne une fois par mois (hors période d'été), sur la base d'un calendrier annuel établi en décembre de l'année précédente. En cas de nécessité, une séance extraordinaire est organisée.

La durée prévisionnelle des séances est de deux heures. Sauf exception, les séances ont lieu le mardi ou le jeudi de 12h30 à 14h30 et exceptionnellement de 18h à 20h.

En séance, les questions soumises au vote (avis statutaires puis questions générales) sont d'abord examinées, puis la Commission Médicale d'Etablissement prend connaissance des points inscrits à l'ordre du jour au titre des informations.

Les votes ont lieu à bulletin secret. Ils peuvent intervenir en cours de séance. La Direction des Affaires Médicales procède au dépouillement des bulletins de vote après la levée de la séance. Les résultats sont immédiatement communiqués au Président de la CME.

Le secrétariat de la séance est assuré par la Direction des Affaires Médicales.

Article 6 : Comptes-rendus des séances de la Commission Médicale d'Etablissement

Le compte-rendu de chaque séance est préparé par la Direction des Affaires Médicales, et soumis pour validation au Président de la CME.

Il est soumis pour approbation à la séance suivante, sauf impossibilité pour raison particulière de pouvoir présenter le compte-rendu dans le délai pré-défini. Les remarques ou rectifications éventuelles, dès lors qu'elles sont validées par le Président, sont intégrées dans le compte-rendu de la séance en cours, lequel est communiqué aux membres de la CME et non membres médicaux de la CME.

Les originaux des comptes-rendus de la CME sont archivés au niveau de la Direction des Affaires Médicales.

REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT ET DE SA FORMATION SPECIALISEE

Article 1 : Objet

Un Comité Social d'Etablissement est institué au sein du Centre Hospitalier de Libourne, conformément aux dispositions des articles L251-11 à L251-13 du code général de la fonction publique et du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public

Le présent règlement a pour objet de préciser le fonctionnement du CSE et de sa formation spécialisée pour assurer un caractère constructif des débats.

Article 2 : Composition du Comité Social d'Etablissement et de la « formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT)»

Au sein du CSE, est institué une formation spécialisée en matière de santé, d'hygiène et de sécurité des conditions de travail, au regard du nombre d'agents appartenant à la collectivité.

Elle sera dénommée ci-après « formation spécialisée du comité F3SCT ».

A. Les élus siégeant au Comité social d'établissement

Le CSE comprend :

- Le Directeur de l'Etablissement ou son représentant,
- Des membres de l'administration
- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative,
- Des représentants du personnel soit 15 membres titulaires (et 15 membres suppléants siégeant lorsque le titulaire est indisponible) ;
- Les membres suppléants du CSE lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, peuvent assister aux séances de l'instance dans la limite de deux représentants par organisation syndicale (article 68 décret n° 2021-1570).

Une décision en précise la composition nominative qui se trouve en annexe au règlement. La mise à jour de ces annexes est effectuée par le Directeur de l'Etablissement ou son représentant, à chaque modification de sa composition.

B. Les membres siégeant à la formation spécialisée du comité F3SCT

La Formation spécialisée du comité comprend :

- Le Président ou son représentant, ainsi que le médecin du travail (voix consultative), les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés et le représentant du service compétent en matière d'hygiène
- Des représentants du personnel soit 15 membres titulaires (et 15 membres suppléants siégeant lorsque le titulaire est indisponible)
Les membres suppléants de la F3SCT lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, peuvent assister aux séances de l'instance dans la limite de deux représentants par organisation représentative du personnel (article 68 décret n° 2021-1570).

- Un représentant de la CME (titulaire et suppléant) désigné en son sein
- L'inspecteur du travail est invité à toutes les réunions.

- Peuvent également assister à la F3SCT sur convocation du Président, le ou la psychologue du service de santé au travail, l'ergonome du travail, et l'assistante sociale du Personnel.

Une décision précise la composition nominative de chacun de ces collèges/annexe au règlement. La mise à jour de ces annexes est effectuée par son Président, à chaque modification de sa composition.

Article 3: Attributions du CSE

A. Le CSE est obligatoirement consulté sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique
- Le plan global de financement pluriannuel ;
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- Les projets de réorganisation de service ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants relevant des personnels non médicaux ;

B. Le CSE est obligatoirement informé chaque année des matières suivantes :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
- Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

C. Le CSE débat obligatoirement chaque année sur :

- La programmation des travaux de l'instance ;
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique (ex : LDG....)
-

D. Articulation des compétences du CSE et de la F3SCT

Seul le comité social d'établissement est consulté sur une question ou un projet relevant de ses attributions et qui aurait pu également relever de la formation spécialisée.

Le Comité social d'établissement peut aussi examiner une question faisant l'objet d'une consultation obligatoire de la formation spécialisée qui n'a pas encore été examinée par cette dernière.

Dans ces hypothèses, l'avis du comité se substitue alors à celui de la formation spécialisée.

E. Commission dédiée à la formation

Au sein du CSE est constitué une commission dédiée à la formation professionnelle.

La commission de formation, qui se réunit au minimum deux fois par an, a une fonction de concertation en ce qui concerne l'élaboration du plan de formation de l'établissement conformément aux orientations stratégiques et à l'évolution des métiers et des compétences.

Celui-ci est ensuite soumis à l'avis du comité social d'établissement.

La commission de formation est composée :

◇ Du Directeur des Ressources Humaines, membre de droit

◇ Du responsable de la formation, membre de droit

◇ Du directeur des soins, membre de droit

◇ De représentants du personnel siégeant au comité social d'établissement et désignés par les organisations syndicales (au plus deux membres du CSE par Organisation représentative du personnel).

Une session de la commission de formation sera chargée d'examiner les demandes de Promotions professionnelles, de DU et autres diplômes. Elle se réunit une fois par an. La composition est la même que la Commission de formation.

Article 4 : Attributions de la formation spécialisée –F3SCT

A. Compétences générales

La formation spécialisée est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

Elle exerce ses attributions à l'égard du personnel du ou des services de leurs champs de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du Directeur de l'établissement.

La F3SCT examine les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion, à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT).

Les membres de la F3SCT peuvent se rendre dans les services dans le cadre de leur mandat, à ce titre ils devront porter un badge mentionnant leur appartenance à la F3SCT.

La F3SCT est obligatoirement consultée sur :

- Les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail

La F3SCT n'est toutefois pas consultée lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par le CSE.

- Sur les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents
- Sur les Plans blancs
- Sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise, ou le maintien des personnels accidentés du travail et des travailleurs en situation de handicap, et notamment sur l'aménagement des postes de travail.
- Sur le DUERP

Attributions :

Les représentants de la formation spécialisée ont accès au registre spécial indiquant les postes de travail concernés par la cause du danger constaté, la nature et la cause de ce danger ainsi que le nom des travailleurs exposés.

Les membres de la formation spécialisée procèdent à intervalles réguliers, à la visite des services relevant de leur champ de compétence. Par délibération adoptée en séance à la majorité des membres présents, la formation spécialisée mandate une délégation pour procéder à chaque visite et en fixe l'objectif, le secteur géographique et la composition.

Cette délégation comporte entre autres le président de la formation spécialisée ou son représentant et des représentants du personnel membres de la formation. Des agents du secteur géographique concerné, peuvent être conviés sous réserve des nécessités de service.

D'autres personnes peuvent être associées en fonction de la nature de la visite, et sous réserve d'une validation par l'instance.

Les représentants du personnel à la formation spécialisée sont informés des visites et de toutes les observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses du Directeur d'Etablissement à ces observations.

Les missions accomplies dans ce cadre donnent lieu à un procès-verbal présenté et validé en instances.

B. Enquête en raison d'un accident ou d'une maladie ayant ou ayant pu entraîner des conséquences graves

La formation spécialisée est réunie, dans les plus brefs délais, à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves :

- Ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées
- Présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

Les enquêtes sont réalisées par une délégation comprenant le président et au moins un représentant du personnel par Organisation représentative du personnel siégent en formation spécialisée.

Le cas échéant, le médecin du travail, l'assistant ou le conseiller de prévention ou encore l'agent de contrôle de l'inspection du travail peuvent participer à cette délégation.

La formation spécialisée est informée des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données.

C. Enquête en raison d'un danger grave avéré

La formation spécialisée peut faire appel à un expert certifié dans les cas suivants :

- En cas de risque grave avéré, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail, ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
- En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail lorsqu'il ne s'intègre pas dans un projet de réorganisation de service.

Le délai pour mener une expertise ne peut excéder quarante-cinq jours à compter du choix de l'expert certifié.

Le président de la formation spécialisée motive substantiellement sa décision de refus de faire appel à un expert en cas de vote majoritaire favorable des membres de la formation.

En cas de désaccord sérieux et persistant entre les représentants du personnel et le président de la formation spécialisée sur le recours à l'expert certifié, l'agent de contrôle de l'inspection du travail est obligatoirement saisi et donne lieu à un rapport adressé conjointement au directeur d'établissement et à la formation spécialisée.

D. Enquête en raison d'une cause de danger grave et imminent

Les représentants du personnel de la formation spécialisée qui constatent qu'il existe une cause réelle de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, notamment par l'intermédiaire d'un agent, en alertent immédiatement le Directeur d'établissement et consignent cet avis sur le registre spécial dédié à cet effet.

Le directeur d'établissement procède immédiatement à une enquête avec les représentants de la formation spécialisée ayant signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

En cas de divergence sur la réalité du danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents ou la façon de le faire cesser, la formation spécialisée compétente est réunie d'urgence, dans un délai n'excédant pas vingt-quatre heures.

L'agent de contrôle de l'inspection du travail est informé de cette réunion et peut y assister.

Après avoir pris connaissance de l'avis émis par la formation spécialisée, le directeur du CH de Libourne arrête les mesures à prendre.

A défaut d'accord entre le directeur et la formation spécialisée sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'agent de contrôle de l'inspection du travail est saisi.

Cette intervention donne lieu à un rapport adressé conjointement au directeur d'établissement et à la formation spécialisée. Ce rapport indique, s'il y a lieu, les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et les mesures proposées pour remédier à la situation. Un suivi de ces mesures sera à mettre en œuvre.

E – Rapport annuel et programme annuel

Chaque année, le président soumet pour avis à la F3SCT :

- Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées
- Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique.

La F3SCT est associée au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Chaque année est présenté à la F3SCT le rapport annuel du service de santé au travail ainsi que le rapport annuel du service social du personnel.

Article 5 : Convocation et information

Les comités sociaux d'établissement se réunissent au moins une fois par trimestre, sur convocation de leur président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

En dehors des cas où elle se réunit à la suite d'un accident du travail, en présence d'un danger grave et imminent ou pour des raisons exceptionnelles, les formations spécialisées se réunissent au moins une fois par trimestre ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Les convocations sont accompagnées de l'ordre du jour et des documents y afférent.

Les convocations sont envoyées aux membres titulaires et suppléants, dans les services avec copie à l'encadrement, et via messagerie électronique de chaque organisation syndicale, 15 jours avant la date de réunion, sauf urgence. Dans ce dernier cas, les convocations peuvent être transmises 8 jours avant (Article 68 du décret N° 2021-1570)

L'ensemble des documents (ordre du jour et les pièces s'y rapportant) sont déposés dans le groupe de travail partagé prévu à cet effet ainsi qu'un envoi au local syndical, sous pli nominatif pour l'ensemble des membres.

A chaque fois que cela sera possible l'établissement enverra les pièces et documents afférents à l'ordre du jour, 15 jours avant la séance et au plus tard 8 jours avant la date de la séance (Article 68 du décret N° 2021-1570).

Une copie de la convocation sera transmise en parallèle au cadre du service, par mail, pour information afin de libérer l'agent pour sa mission.

En cas d'empêchement d'un représentant titulaire, ce dernier en informera la Direction dans les meilleurs délais afin qu'un représentant suppléant, soit convoqué à sa place (en cas d'empêchement..., le représentant titulaire se charge de transmettre les documents relatifs à la séance au suppléant désigné par son organisation).

En cas de non information de la participation d'un suppléant, les heures de délégation syndicale idoines ne pourront être comptabilisées. La feuille de présence envoyée à la cellule gestion des temps servira de justificatif.

Article 6 : Ordre du jour

Dès que la date de la réunion du CSE ou de la formation spécialisée est établie, le Directeur ou son représentant, consulte le secrétaire du CSE ou de la formation spécialisée, préalablement à la définition de l'ordre du jour.

Ce dernier peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour.

Une réunion de préparation des instances est fixée en amont de ces dernières afin d'échanger sur les demandes de points inscrits à l'ordre du jour.

Le Directeur de l'Etablissement ou son représentant au Comité Social ou le Président de la formation spécialisée est seul compétent pour décider l'inscription à l'ordre du jour de certains points et certaines questions. Dès lors, il sera en mesure de rejeter un nombre de questions ou de points trop importants, dont il est demandé l'inscription.

Doivent notamment y être inscrits les points entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. (Article 67 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021)

Les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le Président. Les points qui donneront lieu à un avis seront examinés en premier lieu, puis viendront en alternance les points des représentants du personnel et de l'administration.

Article 7 : Réunions préparatoires et autorisations d'absence

Sur simple présentation de leur convocation les représentants du personnel titulaires et suppléants membres du CSE et de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail se voient accorder une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans les instances. (Article 68 du décret N° 2021-1570).

La durée de l'autorisation d'absence comprend, outre les délais de route, une durée de temps égale au double de la durée prévisible de la réunion (estimé à 3h30), destinée à permettre aux intéressés d'assurer la préparation et le compte rendu des travaux.

Une autorisation d'absence est aussi accordée aux représentants du personnel faisant partie de la délégation de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail réalisant les enquêtes prévues aux articles 49 et 52 et, dans toute situation d'urgence, pour le temps passé à la recherche de mesures préventives.

Les temps de trajets afférents aux visites prévues à l'article 48 font également l'objet d'autorisations d'absence.

Article 8 : Quorum

Les membres du CSE et de la formation spécialisée ne délibèrent valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la séance.

Un membre titulaire absent peut être remplacé par un des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu ; dans cette hypothèse, le suppléant a voix délibérative.

En début de séance, le Directeur ou son représentant (CSE) et le Président (F3SCT), en fonction de l'instance, établissent la liste des personnes présentes et des personnes qui ont voix délibérative et s'assurent du quorum.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours.

Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Article 9 : Désignation du représentant du CSE à la CME et au Conseil de Surveillance

Le CSE élit en son sein, au suffrage majoritaire, un personnel titulaire et un personnel suppléant qui siègent en Commission Médicale d'Établissement.

Les deux premières organisations représentatives du personnel issues du résultat des élections proposent les deux membres titulaires du CSE qui siégeront au Conseil de surveillance.

Article 10 : Secrétaires (CSE ET F3SCT)

Le CSE et sa formation spécialisée, élisent en leur sein, un secrétaire et un secrétaire suppléant parmi les représentants titulaires du personnel, pour une durée de 4 ans soit jusqu'au renouvellement du CSE.

Pour l'exécution des tâches matérielles, un secrétaire administratif est désigné par le Directeur. Il assiste aux séances sans prendre part aux débats ni aux votes. Il rédige le compte rendu de la séance. De même, pour l'exécution des tâches matérielles, le secrétaire et secrétaire-adjoint de la F3SCT disposent d'une boîte mail identifiée, un numéro de téléphone dédié, et une clef de la boîte au lettre Secrétaire F3SCT.

Article 11 : Procès-verbal

Le procès-verbal est signé par le Directeur de l'Établissement ou son représentant (CSE) ou le Président (F3SCT) et le secrétaire.

Le procès-verbal comprend un compte-rendu de l'ensemble des débats (qui n'est pas une retranscription des débats).

Aucun nom ne doit être évoqué dans le procès-verbal, seulement les fonctions au sein du CSE et de la formation spécialisée.

Le procès-verbal est rédigé sous une forme identique après chaque séance.

Il comprend le détail des votes par organisation. Il est transmis dans le délai d'un mois à ses membres après approbation en séance.

Le procès-verbal est soumis à l'approbation des membres du comité social ou de la formation spécialisée lors de la séance suivante.

En cas d'absence du secrétaire et du secrétaire suppléant à une réunion du Comité ou de la formation spécialisée, il est procédé à un vote afin d'élire un secrétaire de séance dans le but de contresigner le procès-verbal de la séance. Cette élection n'est valable que pour la séance en cours.

Les réunions seront enregistrées afin de faciliter la rédaction du procès-verbal.

Les bandes sont conservées jusqu'à l'adoption du procès-verbal.

N.B. Le Président de la F3SCT peut décider de sa propre initiative, ou à la demande d'un membre ayant voix délibérative, une suspension de séance.

Article 12 : Déroulement de la séance

Le Directeur ou son représentant (CSE) / Le Président (3FSCT) et le Secrétaire veillent au bon déroulement de la séance.

Les séances du Comité et de la formation spécialisée ne sont pas publiques.

Toutes les personnes assistant à la séance sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de leurs travaux.

Article 13 : Audition de personnalités qualifiées

Le Directeur ou son représentant (CSE) / Le Président (3FSCT), à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du président au plus tard quarante-huit heures avant l'instance.

Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatifs aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Article 14 : Vote

Seuls les représentants titulaires peuvent participer aux votes.

Les suppléants n'ont voix délibérative qu'en l'absence des titulaires qu'ils remplacent.

Lorsque des intervenants participent à la séance, ils sont invités à la quitter au moment du vote.

Les représentants de l'administration, les personnes qualifiées, le médecin du travail et l'agent de contrôle de l'inspection du travail ne participent pas au vote.

Un membre quittant la séance est remplacé de plein droit par un suppléant. A défaut, il peut donner délégation au cours de la séance à un autre membre du comité pour voter en son nom. Un membre du comité ne peut recevoir qu'une seule délégation de vote.

Les instances émettent leur avis à la majorité des présents.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. (Dans ce dernier cas, les avis émis par le comité ou par la formation spécialisée ne peuvent être détaillés dans le compte-rendu).

Les abstentions sont admises.

L'avis est favorable ou défavorable lorsque la majorité des membres présents s'est prononcée en ce sens. A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des membres du comité social d'établissement, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours.

Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de représentants du personnel présents.

Article 15 : Publicité des avis et projets

Les projets élaborés et les avis émis par le CSE et la formation spécialisée sont portés par l'administration, par tout moyen approprié, à la connaissance du personnel en fonction dans l'établissement dans un délai d'un mois, après approbation en séance.

Les avis émis par le CSE sont portés à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement.

Article 16 : Moyens du Comité

L'employeur met à la disposition des membres du Comité et de la formation spécialisée, un local situé dans l'établissement, un photocopieur, un ordinateur relié à Internet, un télécopieur, un téléphone.

Pour ces communications, chaque organisation syndicale dispose d'un accès direct à l'Intranet au titre du CSE et d'une boîte mail dédiée.

Article 17 : Facilités et formations

Toutes facilités doivent être données aux membres du Comité pour exercer leurs fonctions.

L'employeur laisse à chacun des représentants du personnel de la F3SCT le temps nécessaire à l'exercice de leurs fonctions, à savoir vingt heures par mois. Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux les heures de délégation dont ils disposent. Ils en informent l'employeur.

Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants du comité peuvent bénéficier d'une formation portant sur les compétences du comité d'une durée minimale de cinq jours au cours de leur mandat.

Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants des formations spécialisées, bénéficient d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée minimale de cinq jours au cours de leur mandat.

Les représentants du personnel membres du comité qui ne siègent pas en formation spécialisée bénéficient d'une formation pour une durée de trois jours au cours de leur mandat.

Ces durées de formation peuvent être cumulées.

Pour deux des cinq jours de formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, les représentants du personnel membres des formations bénéficient du congé pour formation en matière d'hygiène et de sécurité au travail prévu au 7° bis de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986.

Propositions de la F3SCT du 4 Mai 2023

Article 2 : S'agissant des suppléants demande qu'ils puissent prendre part aux débats

Article 5 : Parallélisme avec le CSE : La F3SCT se réunit au moins une fois par trimestre (Article 66 du décret N° 2021-1570) ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Article 7 : Demande que les temps de réunion soit estimé à 3h30

Avis rendu par le Comité Social d'Etablissement lors de la séance du 17 mai 2023 après formulation des propositions de la formation spécialisée en séance du 4 mai 2023.

AVIS CSE du 17 Mai 2023 : 13 votants

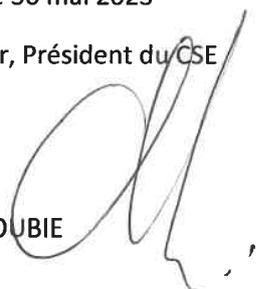
Pour : 12 voix

Contre : 1 voix

Libourne, le 30 mai 2023

Le Directeur, Président du CSE

Christian SOUBIE

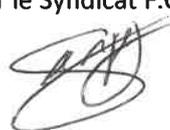


Les représentants du Personnel,

Pour le Syndicat CGT

Sébastien BAILLIN

Pour le Syndicat F.O



Aurélien GEORGET

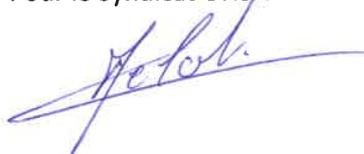
Pour le Syndicat SUD SANTE SOCIAUX

Thierry DARNAT



Pour le Syndicat UNSA

Christine MELOT



OBJET DU DOCUMENT

Le présent règlement intérieur a pour objet de définir les conditions de fonctionnement (missions, composition et organisation) de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) des Hôpitaux du Nord Gironde (HNG) ainsi que les modalités d'élection de ses représentants.

DOMAINE D'APPLICATION

Ce règlement s'applique à tous les professionnels des HNG relevant de la Direction des Soins :

- Centre Hospitalier de Blaye,
- Centre Hospitalier de Libourne,
- Centre Hospitalier de Sainte-Foy-la-Grande.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	2
TEXTES DE REFERENCE.....	2
TEXTES DE PORTEE GENERALE.....	2
TEXTES THEMATIQUES	2
TEXTE SPECIFIQUE.....	2
PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	2
CHAPITRE I : MISSION	3
ARTICLE 1 : COMPETENCES DE LA CSIRMT	3
CHAPITRE II : COMPOSITION.....	4
ARTICLE 2 : MEMBRES DE LA CSIRMT	4
ARTICLE 3 : ELECTION DES MEMBRES	4
ARTICLE 4 : MANDAT	5
ARTICLE 5 : BUREAU	5
ARTICLE 6 : REPRESENTATION DANS LES AUTRES INSTANCES	6
CHAPITRE III : FONCTIONNEMENT	6
ARTICLE 7 : REGLEMENT INTERIEUR	6
ARTICLE 8 : ORGANISATION DES REUNIONS	7
ARTICLE 9 : CONVOCATION	7
ARTICLE 10 : ORDRE DU JOUR	7
ARTICLE 11 : DELIBERATION	8
ARTICLE 12 : VOTE	8
ARTICLE 13 : COMPTE RENDU	8
ARTICLE 14 : BILAN D'ACTIVITES.....	8
ARTICLE 15 : SECRETARIAT	8
CHAPITRE IV – MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR	9

GLOSSAIRE

AS : Aides-Soignants
CDS : Cadre de Santé
CDU : Commission Des Usagers
CGS : Coordonnateur Général des Activités des Soins
CH : Centre Hospitalier
CLIN : Comité de Lutte contre les infections nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Établissement
COMEDIM : Commission du médicament et dispositifs médicaux
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP : Code de la Santé Publique
EPS : Établissement Public de Santé
HNG : Hôpitaux du Nord Gironde
HPST : Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier
IRMT : Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

TEXTES DE REFERENCE

TEXTES DE PORTEE GENERALE

- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST).
- Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST.
- Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences au niveau réglementaire de l'intervention de la loi HPST.

TEXTES THEMATIQUES

Code de la Santé Publique :

- Chapitre III : Conseil de surveillance, directeur et directoire (Articles L6143-1 à L6143-8).
- Section 3 : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (Articles R1112-79 à R1112-94).

TEXTE SPECIFIQUE

- Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la CSIRMT dans les EPS

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les élections des membres de la CSIRMT au sein des HNG peuvent amener à un traitement des données personnelles, dans le cas de modalités de vote par voie électronique. A ce titre, les agents bénéficient de la protection apportée par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et le règlement européen n° 2016/679. Dans ce cas, les électeurs et les candidats sont informés de leur droit d'accès et de rectification de leurs données personnelles. Dans le cas d'un vote électronique, le prestataire retenu pour la réalisation de ces élections, devra présenter toutes les garanties quant à la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles appropriées de manière à ce que le traitement réponde aux exigences réglementaires.

CHAPITRE I : MISSION

ARTICLE 1 : COMPETENCES DE LACSIRMT

La CSIRMT est consultée sur :

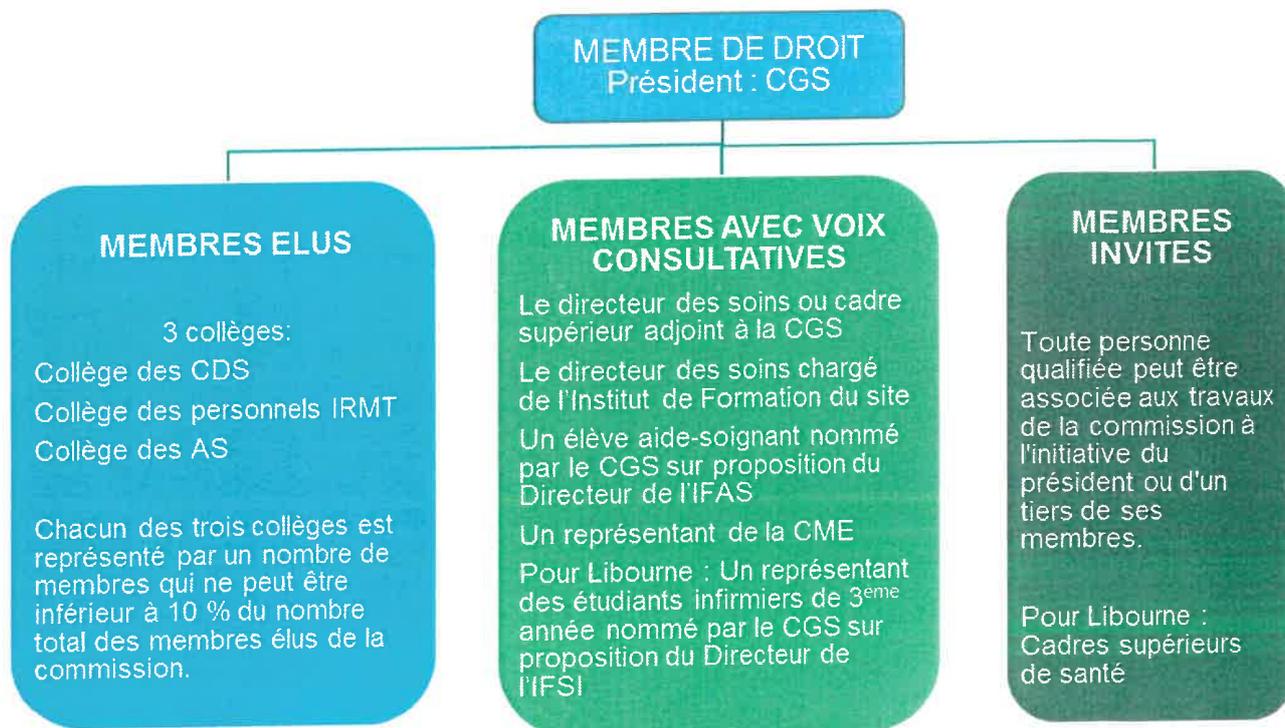
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins en lien avec le projet médical ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des patients et leur entourage ;
- La politique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

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2 du Code de la Santé Publique (CSP) : contrat prévu entre les professionnels de santé libéraux et les EPS ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

CHAPITRE II : COMPOSITION

ARTICLE 2 : MEMBRES DE LACSIRMT



Chaque établissement organise librement la présence de membres invités de manière permanente ou occasionnelle : usagers, experts, encadrement, acteurs du territoire...

ARTICLE 3 : ELECTION DES MEMBRES

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

Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants à la commission par la voie de l'élection au **scrutin secret uninominal majoritaire à un tour** (le règlement intérieur de l'établissement fixe les modalités du scrutin).

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

Le nombre de sièges au sein de la CSIRMT est déterminé par le règlement intérieur de l'établissement dans la limite de **30 membres élus**. Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes.

La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

	Collège des cadres de santé		Collège des personnels IRMT		Collège des aides-soignants	
	Titulaires	Suppléants	Titulaires	Suppléants	Titulaires	Suppléants
	Cadres de santé et cadres supérieurs de santé des filières infirmières, spécialisées, rééducation et médico-techniques		Professionnels diplômés d'État des filières infirmières, spécialisées, rééducation et médico-techniques		Aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques	
CH de Blaye	1	1	6	6	2	2
CH Libourne	7	7	15	15	5	5
CH Ste Foy la Grande	1	1	5	5	3	3

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

A l'issue de ce délai, le **directeur proclame les résultats** du scrutin en arrêtant la liste des membres composant la commission.

ARTICLE 4 : MANDAT

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

Ce mandat est renouvelable.

En cas de cessation anticipées du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège.

ARTICLE 5 : BUREAU

La CSIRMT désigne en son sein un bureau composé de :

- Président de la CSIRMT,
- Éventuels membres désignés dont le nombre sera fixé en fonction de la taille de l'établissement.

Pour le CH Libourne : cinq membres élus à la 1^{ère} séance de mandature représentant chacun un collège

- 2 membres du collège des cadres de santé
- 2 membres du collège des personnels IRMT
- 1 membre du collège des aide-soignant

Les séances du bureau précèdent les séances de la Commission des Soins.

Le bureau prépare :

- L'ordre du jour des instances,
- Le contenu des interventions,
- Le bulletin d'information, la communication

Le bureau est constitué pour un an renouvelable lors de la dernière séance de l'année civile.

ARTICLE 6 : REPRESENTATION DANS LES AUTRES INSTANCES

Des représentants sont élus ou désignés, le cas échéant, pour une année dans les instances suivantes :

- **Conseil de surveillance** (avec voix délibérative)
Le candidat est désigné par le Président de la CSIRMT et le Directeur, après appel à candidature.
- **Directoire**
Le président de la CSIRMT est membre de droit du Directoire et il établit pour ce dernier une liste de propositions de membres du personnel non médical, dont l'un y siègera.
- **Commission Des Usagers (CDU).**
Un représentant de la CSIRMT et un suppléant désignés par le Président sur la base du volontariat, sont membres de la CDU.
- **Commission du médicament et dispositifs médicaux (COMEDIM)**
Un représentant de la CSIRMT désigné par et parmi les membres de la commission autres que ceux appartenant au Collège des aides-soignants est membre du Comité du médicament (décret n°2000-1316 du 26/12/2000).
- **Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)**
Un représentant de la CSIRMT désigné par le Président est membre du CLUD.
- **Comité de Lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**
Un représentant de la CSIRMT désigné par le Président est membre du CLIN.

Le Président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques peut désigner, au sein de la dite commission, un membre mandaté pour siéger dans une commission ou un groupe de travail institutionnel.

Les membres représentants la CSIRMT dans les différentes instances doivent faire part à la commission, lors des réunions plénières, des informations recueillies lors des séances concernant l'organisation des soins, la sécurité et la qualité des soins.

CHAPITRE III : FONCTIONNEMENT

ARTICLE 7 : REGLEMENT INTERIEUR

La CSIRMT se dote d'un **règlement intérieur**.

ARTICLE 8 : ORGANISATION DES REUNIONS

La commission se réunit **au moins trois fois par an**.
Les séances de la commission ne sont pas publiques.

Les membres de la CSIRMT sont tenus à une **obligation de discrétion** professionnelle à l'égard des informations partagées.

La participation aux réunions et groupes de travail dans le cadre de la commission est **considérée comme temps de travail**. La présence des membres de la commission est soumise à validation du supérieur hiérarchique au plus tard à réception de la convocation. Le supérieur hiérarchique doit tout mettre en œuvre pour permettre aux membres de la commission d'exercer leur mandat.

Une **CSIRMT de territoire** est annuellement programmée pour le Nord Gironde.

ARTICLE 9 : CONVOCATION

La commission se réunit sur convocation de son Président ou à la demande, de droit, du Président du Directoire, du Directeur Général de l'ARS ou de la moitié au moins de ses membres.

En cas d'empêchement temporaire, le membre titulaire informe le secrétariat de la Direction des Soins, afin de pouvoir convier le suppléant et lui communiquer les documents relatifs à la séance concernée.

Le calendrier est établi annuellement, en fonction des instances des établissements des Hôpitaux du Nord Gironde.

ARTICLE 10 : ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour est **fixé par le Président** de la commission après réunion du bureau.

Il est adressé au(x) :

- Directeur Général, partagé préalablement en Comité de Direction
- Membres de la commission éventuellement accompagné des pièces et documents nécessaires, huit jours au moins avant la date de la séance
- Suppléants, pour information

Les points inscrits à la demande des membres de la CSIRMT doivent être adressés par mail au secrétariat de la Direction des Soins trois semaines minimum avant la date prévue de la séance.

Tous les personnels paramédicaux des services de soins **peuvent demander l'inscription de points à l'ordre du jour**, par l'intermédiaire des membres titulaires de la CSIRMT.

ARTICLE 11 : DELIBERATION

La commission délibère valablement lorsque **au moins la moitié des membres élus sont présents**. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

ARTICLE 12 : VOTE

La commission émet des avis et des vœux à la majorité des suffrages exprimés.

- **Le vote à main levée** est le mode de vote ordinaire
- **Le vote à bulletin secret** est utilisé chaque fois qu'il s'agit d'élire une personne ou bien à la demande du président ou d'un seul des membres désignés.

ARTICLE 13 : COMPTE RENDU

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu rédigé par l'un de ses membres identifiés en début de séance. Il sera envoyé au secrétariat pour mise en forme et au Président pour validation.

Il est approuvé lors de la séance suivante à la majorité des membres présents.

Le compte rendu est adressé au Président du directoire et aux membres titulaires et suppléants de la commission dans les meilleurs délais.

Aux Hôpitaux du Nord Gironde, les comptes rendus des réunions de la CSIRMT sont synthétisés sous forme de bulletin d'information. Ils sont tous mis à disposition de l'ensemble des professionnels des établissements et consultables sur Intranet.

ARTICLE 14 : BILAN D'ACTIVITES

Le Président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la CSIRMT dans un **rapport adressé au directoire**.

ARTICLE 15 : SECRETARIAT

Pour le CH de Libourne : le secrétariat de la CSIRMT est assuré par le **secrétariat de la Direction des Soins** : secretariat.ds@ch-libourne.fr

Pour le CH de Blaye : le secrétariat de la CSIRMT est assuré par le **secrétariat de la Direction des Soins** : directeur@chblaye.fr

Pour le CH de Sainte-Foy-la-Grande : le secrétariat de la CSIRMT est assuré par le **secrétariat de la Direction des Soins** : Therese.Vaillant@ch-stefoy.fr

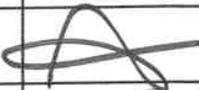
CHAPITRE IV – MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur de la commission est obligatoirement révisé lorsque la promulgation d'un nouveau texte ou le fonctionnement institutionnel le nécessitent.

Le règlement intérieur de la commission peut également être révisé sur proposition du Président ou de la moitié de ses membres.

La révision n'est adoptée que si la majorité absolue des suffrages exprimés est obtenue.

C - ELABORATION

	NOM, FONCTION	DATE, SIGNATURE
Rédacteur(s)	Olivia RUFAT, Coordinatrice générale des activités de soins	 19.04.2023
Valideur(s)	Christian SOUBIE, Directeur	 20/04/23



HÔPITAUX
DU NORD-
GIRONDE



CHARTRE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

CHAPITRE I PRINCIPES FONDAMENTAUX

- I.1) L'ACTIVITE LIBERALE EST ADMISE DANS LA MESURE OU ELLE NE FAIT PAS OBSTACLE AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER
- I.2) L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE LIBERALE EST FONDÉE A LA FOIS SUR L'AGREMENT DU CONTRAT ET SUR LE CONTROLE DE SON RESPECT, COMME DES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES, APPLICABLES
- I.3) LE RESPECT DES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES ET PROFESSIONNELS REGLEMENTAIRES

CHAPITRE II CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE APPLICABLES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS

- II.1) LES PRATICIENS HABILITES A SOLLICITER LE BENEFICE D'UNE ACTIVITE LIBERALE
- II.2) ACTIVITE PARTAGEE ET ACTIVITE LIBERALE
- II.3) LE PRATICIEN HOSPITALIER QUI EXERCE UNE ACTIVITE LIBERALE DOIT EXERCER PERSONNELLEMENT ET A TITRE PRINCIPAL UNE ACTIVITE DE MEME NATURE DANS LE SECTEUR PUBLIC
- II.4) MODALITES D'EXERCICE ET CONTRAT
 - II.4.1- Principales conditions d'exercice en secteur libéral
 - II.4.2- Contrat d'activité libérale
 - II.4.3- Tableau de service
 - II.4.4- Clause de non concurrence
- II.5) LA RESPONSABILITE PERSONNELLE
- II.6) LA PROTECTION SOCIALE ET LE REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE DES PRATICIENS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE

CHAPITRE III RESPECT DES DROITS DU PATIENT PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE LIBERALE

- III.1) TOUT PATIENT PEUT ETRE PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'ACTIVITE LIBERALE D'UN PRATICIEN S'IL EN A PREALABLEMENT FORMULE ET EXPRESSEMENT LA DEMANDE
- III.2) LE RESPECT DU LIBRE CHOIX SUPPOSE UNE INFORMATION LOYALE ET ACCESSIBLE
 - III.2.1- L'obligation de donner une information écrite
 - III.2.2- L'obligation d'affichage
 - III.2.3- L'obligation d'information sur le site internet de l'établissement

CHAPITRE IV MODALITES DE CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE

- IV.1) LA COMMISSION DE L'ACTIVITE LIBERALE DU CH DE LIBOURNE
 - IV.1.1- Composition
 - IV.1.2- Missions
- IV.2) SUSPENSION OU RETRAIT DE L'AUTORISATION
- IV.3) LA COMMISSION REGIONALE DE L'ACTIVITE LIBERALE
 - IV.3.1- Composition
 - IV.3.2- Missions
- IV.4) LE CONTROLE EXTERNE DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE
- IV.5) LE CONTROLE DES PRESCRIPTIONS EFFECTUEES EN VILLE

CHAPITRE V DISPOSITIONS FINANCIERES

- V.1) MODALITES DE REGLEMENT DES HONORAIRES
- V.2) CAS PARTICULIER DES RADIOLOGUES
- V.3) MONTANT DE LA REDEVANCE DUE PAR LES PRATICIENS AU CH DE LIBOURNE
 - V.3.1- Assiette de la redevance
 - V.3.2- Taux de redevance
 - V.3.3- Paiement de la redevance
 - V.3.4- Modalités d'encaissement des honoraires du praticien
 - V.3.5- Cas particulier : encaissement pour le compte du CH de Libourne de produits utilisés en externe, dans le cadre de l'activité libérale du praticien
 - V.3.6- Contrôle réglementaire et juridictionnel

CHAPITRE VI DISPOSITIONS FINALES

ANNEXE : MODELE DE CONTRAT D'ACTIVITE LIBERALE

CHAPITRE I

PRINCIPES FONDAMENTAUX

L'activité libérale, facteur d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, s'inscrit dans un cadre légal et réglementaire précis.

I.1) L'ACTIVITE LIBERALE EST ADMISE DANS LA MESURE OU ELLE NE FAIT PAS OBSTACLE AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Tout praticien hospitalier ayant conclu un contrat avec son établissement a la possibilité d'exercer une activité médicale libérale dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Le chef de pôle, en charge de l'organisation et du fonctionnement médical de l'ensemble des services qui en dépendent (y compris pour l'activité libérale des praticiens hospitaliers), est le garant du respect de ce principe dans le fonctionnement quotidien et la continuité du service.

A ce titre, il doit notamment veiller à ce que la continuité des soins soit assurée, que les patients soient soignés au titre de l'activité libérale ou au titre de l'activité publique.

Le principe est qu'il existe toujours un rendez-vous médical dans le cadre public disponible en moyenne dans les mêmes délais que le premier rendez-vous proposé dans le cadre de l'activité libérale. Ce principe ne peut souffrir d'exception dans les spécialités où un retard de prise en charge nuirait gravement au patient.

L'application de ce principe implique que l'activité libérale ne peut interrompre ou altérer le service public, d'une part, et qu'elle ne peut supposer la dévolution de moyens spécifiques ou spécifiquement utilisés (personnel, utilisation du matériel ou d'équipements, etc.). C'est ainsi qu'aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peuvent être réservés à l'exercice de l'activité libérale. De même, aucun box de consultation ne peut être réservé à l'activité libérale.

La mise à disposition du praticien exerçant à titre libéral, des moyens nécessaires à l'exercice de son art s'entend dans la mesure des moyens disponibles pour l'exercice de l'activité publique et dans le cadre de l'organisation générale des soins au CH de Libourne ; ainsi l'exercice libéral ne saurait engendrer de suractivité ou de dépassement d'horaires du personnel autre que le praticien effectuant son activité libérale. Il ne saurait non plus engendrer l'acquisition par l'établissement d'un matériel spécifique.

Ce principe explique aussi qu'aucun panneau ou aucune mention ("secteur privé" ou "activité libérale", par exemple) ne doit apparaître au sein des affichages de l'établissement et du service, ou des divers supports d'information hospitaliers (annuaires, etc.). Cette disposition ne fait pas obstacle à l'application du principe d'information du patient quant aux tarifs pratiqués (affichage dans les salles d'attente et sur les sites internet et intranet du CH de Libourne).

I.2) L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE LIBERALE EST FONDEE A LA FOIS SUR L'AGREMENT DU CONTRAT ET SUR LE CONTROLE DE SON RESPECT, COMME DES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES, APPLICABLES

La passation d'un contrat entre le Directeur et le praticien hospitalier bénéficiant du droit à activité libérale, et l'existence d'une commission de l'activité libérale où se trouvent représentés les praticiens exerçant à titre libéral et qui seront, au premier chef, chargés de veiller à la bonne application des règles, témoignent de la part d'initiative laissée aux praticiens souhaitant exercer une activité libérale au sein du CH de Libourne.

Cette liberté s'exerce dans le cadre des contrôles usuels de l'activité libérale de ville : caisses d'assurance maladie (et notamment service médical des caisses, qui procède à toute enquête pouvant donner lieu à remboursement des prestations indues à la Sécurité Sociale), Conseils de l'Ordre et juridictions civiles.

A la vigilance de la commission de l'activité libérale s'ajoute le contrôle spécifiquement prévu par les textes organisant l'activité libérale : agence régionale de santé, inspections diligentées par l'État ou les chambres régionales des comptes, missions d'audit prévues par la loi, juridictions administratives, etc.

I.3) LE RESPECT DES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES ET PROFESSIONNELS REGLEMENTAIRES

Les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital sont soumis aux obligations qui s'imposent à tout médecin, notamment celles prévues à l'article L.1111-3 du code de la santé publique et par le code de déontologie médicale :

- obligation d'information du patient sur le coût des actes pratiqués et les conditions de leur remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- obligation d'information écrite préalable des patients sur le tarif des actes effectués ;
- obligation d'affichage des tarifs des honoraires pratiqués ;
- obligation de fixation des honoraires avec tact et mesure. Le dépassement d'honoraires est un droit qui s'exerce dans le cadre du secteur II de l'assurance-maladie dont l'application ne saurait être uniforme et qui doit tenir compte de la situation individuelle des patients.

Le service public hospitalier exige en outre le respect de principes tels que l'égalité d'accès aux soins et la continuité des soins.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE APPLICABLES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS

II.1) LES PRATICIENS HABILITES A SOLLICITER LE BENEFICE D'UNE ACTIVITE LIBERALE

Les praticiens hospitaliers régis par le décret n° 2022-134 du 5 février 2022, y compris en période probatoire, exerçant au minimum huit demi-journées par semaine dans les établissements publics de santé, sont autorisés à exercer une activité libérale dans un établissement public de santé, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale ; le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale.

En outre, peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens hospitaliers adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins, et n'exerçant pas d'activité libérale en dehors des établissements publics de santé. En cas de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de cette convention, résultant d'une décision d'un organisme d'assurance maladie, et après expiration des voies de recours, l'autorisation d'exercice d'une activité libérale est suspendue pendant toute la durée de la mise hors convention. Les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne peuvent pas siéger au sein des commissions locale et régionale de l'activité libérale, pendant la durée restante de leur contrat.

Les praticiens hospitaliers, ont la possibilité de consacrer une ou deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement d'affectation. Cette activité doit cependant venir en déduction de l'exercice de l'activité libérale. Dans ces conditions, lorsqu'ils exercent une demi-journée d'intérêt général à l'extérieur, les praticiens hospitaliers peuvent exercer une activité libérale limitée à 10 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire ; lorsqu'ils exercent deux demi-journées d'intérêt général à l'extérieur, les praticiens hospitaliers ne peuvent pas exercer d'activité libérale.

Par ailleurs, les praticiens hospitaliers exerçant à hauteur de huit ou neuf demi-journées par semaine peuvent exercer une activité libérale dans la limite d'une demi-journée par semaine ; les praticiens hospitaliers exerçant à hauteur de dix demi-journées par semaine peuvent exercer une activité libérale dans la limite de deux demi-journées par semaine.

II.2) ACTIVITE PARTAGEE ET ACTIVITE LIBERALE

En cas d'activité partagée, l'activité libérale ne peut s'exercer que sur deux sites au maximum. Ces sites doivent être des établissements publics de santé appartenant au même groupement hospitalier de territoire (GHT).

II.3) LE PRATICIEN HOSPITALIER QUI EXERCE UNE ACTIVITE LIBERALE DOIT EXERCER PERSONNELLEMENT ET A TITRE PRINCIPAL UNE ACTIVITE DE MEME NATURE DANS LE SECTEUR PUBLIC

Cette disposition comporte trois éléments majeurs :

- « *personnellement* »

Tout praticien qui exerce une activité libérale doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.

Il ne saurait donc s'en remettre aux autres praticiens du service, à un interne, ou à un autre professionnel appartenant à une profession médicale ou paramédicale, pour ce qui concerne l'activité publique voire encore fonder le calcul des seuils sur l'activité globale du service ;

- « *à titre principal* »

L'esprit de la loi est qu'un patient ne doit pas avoir plus de difficulté pour être soigné par un praticien donné en secteur public qu'en secteur privé.

L'activité publique personnelle doit être au moins aussi importante que celle exercée à titre libéral.

La durée de l'activité libérale du praticien ne doit pas excéder 20% de la durée de son service hospitalier hebdomadaire.

- « de même nature »

Le praticien est présumé effectuer à titre libéral des actes identiques à ceux effectués à titre public. Ainsi, il ne serait pas conforme à l'esprit de la loi qu'un praticien effectue dans le cadre de l'activité libérale des actes qu'il ne pratique pas dans le secteur hospitalier public.

Ces actes doivent être mesurables selon les mêmes unités de référence (lettres-clés NGAP, codes CCAM et leur valeur monétaire, etc.) ; chaque praticien devra apporter à l'administration (direction des affaires financières) des éléments statistiques exprimés selon les critères habituels, (actes, lettres-clés), permettant à la commission de l'activité libérale de comparer la nature de ses activités publique et libérale.

Le nombre total de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre total de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique, au sein du ou des établissements dans lesquels il exerce.

Les bonnes pratiques dans ce domaine reposent sur la bonne utilisation du logiciel de saisie de la cotation (CrossWay) au sein duquel le praticien doit saisir l'activité publique personnelle qu'il réalise et l'activité libérale pour laquelle il coche la zone dédiée.

II.4) MODALITES D'EXERCICE ET CONTRAT

Le champ relevant de l'activité libérale est distinct des conseils, expertises, recherches et formations, qui font l'objet de dispositions statutaires spécifiques. Il concerne donc les activités médicales, qu'elles soient ou non prises en charge par la Sécurité sociale.

II.4.1- Principales conditions d'exercice en secteur libéral

Le praticien hospitalier qui demande à exercer une activité libérale, doit remplir les conditions suivantes :

- Inscription au tableau du Conseil départemental de l'Ordre des médecins ou au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
- Inscription aux fichiers ADEL et RPPS
- Conditions de compétences
- Souscription d'un contrat d'assurance en responsabilité civile
- Respect du régime fiscal et social applicable
- Respect des dispositions applicables au secteur conventionnel choisi

II.4.2- Contrat d'activité libérale

Le terme « contrat » s'entend comme un document nécessaire à l'obtention de l'autorisation d'effectuer une activité libérale.

Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'Agence régionale de santé, après avis du directeur du CH de Libourne, du chef de pôle et du président de la Commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale. En cas de non titularisation du praticien hospitalier à l'issue de la période probatoire, le contrat devient caduc.

En cas d'activité partagée au sein du GHT, les avis du directeur, du chef de pôle et du président de la Commission médicale d'établissement sont recueillis. Le contrat est adressé au directeur général de l'Agence régionale de santé par le directeur de l'établissement d'affectation.

- *Le contrat doit fixer les conditions personnelles d'exercice de l'activité libérale du praticien*

Il est rédigé par référence à contrat-type, dont les clauses contenues constituent le minimum que doit obligatoirement comporter tout contrat, sans préjudice de précisions complémentaires qui ont été ajoutées au sein du CH de Libourne et qui sont conformes aux dispositions législatives et réglementaires. Le contrat type applicable au sein du CH de Libourne, figure en annexe I de la présente charte.

Il rappelle le respect des principes essentiels d'exercice et prévoit notamment :

- les modalités de perception des honoraires ;
- le projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale du praticien concerné, détaillant le nombre de demi-journées de consultation et/ou les types d'actes réalisés en activité libérale ainsi que les jours et heures des plages de consultations réalisées au titre de l'activité publique et de l'activité libérale.

Sont joints en annexe au contrat :

- la présente charte de l'activité libérale intra-hospitalière
- *Les articles du Code de la santé publique qui font référence à l'activité libérale)*
- *La fiche de liaison hospitalisation*
- *La fiche de liaison consultation (à faire signer aux patients CMU).*

- *L'approbation du contrat*

Le contrat, signé par le directeur du CH de Libourne et le praticien, est transmis par le directeur du CH de Libourne au directeur général de l'Agence régionale de santé accompagné de son avis, de celui du chef de pôle et de celui du président de la Commission médicale d'établissement.

Le délai d'approbation est fixé à deux mois à compter de la réception du contrat par le directeur général de l'Agence régionale de santé. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé si le directeur général de l'Agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition.

Le contrat approuvé est communiqué par le praticien concerné au Conseil départemental de son Ordre professionnel.

Un exemplaire du contrat est également communiqué au comptable de l'établissement pour information par la Direction des affaires médicales.

L'autorisation d'effectuer une activité libérale peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'Agence régionale de santé lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements et des dispositions du contrat ; cette décision est prise après avis ou sur proposition de la commission régionale de l'activité libérale.

- *Le renouvellement du contrat*

Le contrat peut, avec l'accord des deux parties, faire l'objet d'une révision avant sa date d'expiration. La révision et le renouvellement du contrat sont soumis à la même procédure de consultation et d'approbation que le contrat initial.

II.4.3- Tableau de service

Le tableau de service mensuel précise la répartition des consultations au titre de l'activité publique et au titre de l'activité libérale, selon le sigle institutionnel qui est « AL ».

Ce tableau est transmis à mois échu par le chef de service à la Direction des affaires médicales.

II.4.4- Clause de non concurrence

Le contrat prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période égale à vingt-quatre mois, et dans des rayons de dix kilomètres à proximité du ou des établissements publics de santé dans lesquels il exerçait une activité libérale.

En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité est calculé de la manière suivante : 30% du montant mensuel moyen des honoraires perçus au

titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, redevance comprise, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause de non concurrence n'a pas été respectée.

II.5) LA RESPONSABILITE PERSONNELLE

L'exercice libéral est personnel : en conséquence le médecin exerçant en libéral est lié par le régime de responsabilité contractuelle envers les patients qui se confient à lui, indépendamment de la couverture responsabilité civile que lui assure le CH de Libourne dans le cadre de son activité publique. Il est donc obligatoire qu'une police d'assurance personnelle couvre chaque praticien pour son exercice.

Cependant le régime de responsabilité personnelle du praticien exerçant à titre libéral ne s'étend pas aux personnes (médecins ou non) qui collaborent avec lui durant cette activité ; le régime de responsabilité applicable aux actes de ces personnes demeure de droit hospitalier commun.

Ceci implique que le régime de responsabilité doit garder sa cohérence vis-à-vis du patient : en dehors des cas précis prévus par la réglementation, une intervention ne saurait être mixte au regard de la responsabilité, même si des régimes tarifaires décomposés existent au sein de la cotation d'un même acte.

Enfin, la pharmacie à usage intérieur du CH de Libourne dispose du monopole de la fourniture des dispositifs médicaux auprès des patients séjournant à l'hôpital, comme de tout produit pharmaceutique, sans possibilité alternative pour le praticien exerçant une activité libérale, de s'approvisionner de manière directe auprès des fournisseurs de son choix.

II.6) LA PROTECTION SOCIALE ET LE REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE DES PRATICIENS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE

Les praticiens hospitaliers qui exercent une activité libérale sont indemnisés dans les conditions suivantes en cas de maladie non imputable au service :

- Pendant leurs congés de maladie, trois mois aux deux tiers de leurs émoluments et neuf mois au tiers ;
- Pendant leurs congés de longue maladie, un an aux deux tiers de leurs émoluments et deux ans au tiers ;
- Pendant leurs congés de longue durée, trois ans aux deux tiers de leurs émoluments et deux ans au tiers.

Ils cotisent au régime de retraite complémentaire des assurances sociales sur les deux tiers de leurs émoluments hospitaliers, y compris certaines indemnités définies par décret.

CHAPITRE III

RESPECT DES DROITS DU PATIENT PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE LIBERALE

III.1) TOUT PATIENT PEUT ETRE PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'ACTIVITE LIBERALE D'UN PRATICIEN S'IL EN A PREALABLEMENT ET EXPRESSEMENT FORMULE LA DEMANDE

Les patients peuvent demander à être soignés ou hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

Les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUc) et de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) peuvent demander à être pris en charge dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien, qui devra alors obligatoirement appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie.

Sont exclus de l'activité libérale et ne peuvent donner lieu à rémunération à l'acte :

- les consultations et les admissions en urgence sauf si le malade a exprimé sa volonté d'être admis sous régime privé ou s'il est déjà suivi sous ce régime ;
- les soins pris en charge sans participation financière du malade (aide médicale Etat et soins urgents des personnes en situation irrégulière) ;
- les actes médicaux dont la prescription résulte d'accords externes au patient (recherche biomédicale) ;
- les greffes d'organes ;
- la greffe de moelle osseuse et de tissus hématopoïétiques ;
- les prélèvements d'organes ;
- les prélèvements de tissus en vue de dons ;
- les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes ;
- les actes prescrits dans le cadre d'une coopération entre établissements de santé sur l'utilisation d'équipements lourds (IRM, scanners, lasers, TEPscan, etc.).
- enfin les actes spécifiquement désignés par accord entre le Directeur et les praticiens concernés, par exemple certains actes très innovants effectués pendant une période d'évaluation. Dans ce cas une décision du Directeur est rédigée et diffusée aux praticiens concernés, mentionnant les actes désignés et la période concernée ou la condition suspensive.

En outre la prise en charge de certains soins liés à un mode particulier de traitement médical (personnel hospitalier, militaires, détenus, personnes qui sont astreints à des soins requis par l'autorité réglementaire ou judiciaire, consultants d'établissements de santé dans le cadre d'un séjour dans un autre établissement, etc.) est conditionnée, en plus de l'accord du patient, à l'accord supplémentaire :

- de l'employeur dans le cadre des soins pris en charge par l'établissement de santé au bénéfice de ses salariés ;
- du Chef de corps dans le cas de patients militaires ;
- du Ministre chargé de la Justice dans le cas de patients détenus
- du Directeur de l'établissement d'origine dans le cas de patients d'un établissement de santé consultant dans un autre établissement.

Hors le cas de détenus où cette restriction est sans exception, elle ne fait pas échec à la possibilité offerte à ces patients de déroger aux soins désignés ou de recevoir d'autres soins sous régime libéral.

Les médecins, les services d'admissions et les secrétariats médicaux devront être particulièrement attentifs à ce que le choix des patients soit exprimé en toute connaissance de cause.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation. Elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique.

En cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, il (ou un ayant droit) doit formuler cette option par écrit, dès son entrée, après qu'il a pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix. A défaut, la responsabilité de l'établissement et du praticien peuvent être mises en cause.

La volonté du patient doit être exprimée par écrit dès lors qu'il y a hospitalisation ou réalisation d'un acte technique ; un double de cet acte est conservé dans le dossier du patient (volet administratif). Il est conseillé aux praticiens exerçant en libéral de faire également constater par écrit la volonté du patient lors des consultations externes.

Le dossier d'admission est constitué dans les mêmes conditions que celles applicables aux admissions dans le secteur public. Les frais d'hospitalisation sont également calculés et valorisés selon les mêmes modalités, le praticien encaissant ses honoraires en sus.

Enfin aucun patient ne peut être transféré du secteur d'activité libérale d'un praticien hospitalier s'il a été admis au titre du secteur public et inversement, sauf demande motivée du patient (ou de ses ayants droit), après avis du chef de pôle et autorisation du directeur.

III.2) LE RESPECT DU LIBRE CHOIX SUPPOSE UNE INFORMATION LOYALE ET ACCESSIBLE

Dès la première prise de rendez-vous, le patient doit être informé d'un choix possible entre le secteur public et le secteur privé ; et des conséquences qui en résultent.

III.2.1- L'obligation de donner une information écrite

Les praticiens exerçant une activité libérale doivent informer les patients des tarifs qu'ils pratiquent.

L'information écrite délivrée doit obligatoirement mentionner, pour chaque acte :

- le montant des honoraires, y compris celui du dépassement ;
- la nature du dépassement : exceptionnel ou autorisé au titre d'un droit permanent à dépassement ou d'un exercice à honoraires libres ; sur ce point, il est important que le motif du dépassement soit compréhensible du patient ;
- les conditions de remboursement par l'assurance maladie.

L'inobservation de l'obligation d'information écrite préalable peut faire l'objet d'une pénalité financière, à la charge du praticien, fixée et recouvrée dans les conditions prévues par l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

Il est à souligner que les patients peuvent également saisir les caisses, en cas de dépassements jugés au-delà du tact et de la mesure.

III.2.2- L'obligation d'affichage

Le praticien exerçant une activité libérale doit afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture.

Ces informations incluent l'affichage des tarifs pratiqués et les conditions de remboursement par l'assurance maladie.

Le praticien doit afficher ses tarifs dans sa salle d'attente. En l'absence de salle d'attente proprement dite, l'affichage doit se faire dans le lieu de réception le plus approprié : secrétariat, hall d'entrée et/ou lieu d'exercice du professionnel (cabinet de consultations ou de soins). En cas de salle d'attente commune à plusieurs professionnels, les affichages devront être clairement identifiés, sans ambiguïté pour le patient.

Pour ce faire, le praticien utilise le formulaire institutionnel.

Le respect de l'obligation d'affichage est vérifié notamment par les médecins et les pharmaciens inspecteurs de santé publique ainsi que par toutes les personnes habilitées à constater les infractions à la législation sur la répression des fraudes, en pratique essentiellement les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Le fait de ne pas respecter l'obligation d'affichage dans les conditions fixées au CSP est sanctionné par une amende administrative.

III.2.3- L'obligation d'information sur le site internet de l'établissement

L'article L. 1111-3 du code de la santé publique dispose que « Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est gratuite ».

L'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique précise que « L'information est délivrée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et par les centres de santé : par affichage dans les lieux de réception des patients ou par devis préalable au-delà d'un certain montant. S'agissant des établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public [...] ».

CHAPITRE IV

MODALITES DE CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE

Il incombe aux praticiens eux-mêmes de transmettre au Bureau des entrées, tous les mois, les états détaillés de leur activité libérale.

La transmission de l'activité libérale s'accompagne d'un contrôle continu par l'administration des éléments communiqués, provenant tant de la statistique nationale inter régimes (SNIR) que des données disponibles dans le système d'information, qui doivent être documentées régulièrement et de bonne foi par le praticien.

IV.1) LA COMMISSION DE L'ACTIVITE LIBERALE DU CH DE LIBOURNE

IV.1.1- Composition

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'Agence régionale de santé. Elle comprend :

1. Un membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
2. Deux représentants désignés par le Conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
3. Le directeur du CH de Libourne ou son représentant ;
4. Un représentant de la Caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
5. Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la Commission médicale d'établissement ;
6. Un praticien hospitalier n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la Commission médicale d'établissement ;
7. Un représentant des usagers du système de santé.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé. Le président de la Commission médicale d'établissement, qu'il exerce ou non une activité libérale, et les praticiens exerçant une activité libérale au sein du CH de Libourne, ne peuvent être élus président de la commission.

En vue de préparer les séances et d'assurer le suivi des décisions, la commission désigne en son sein un bureau permanent composé de trois membres dont son président, dès que 6% des praticiens ayant le droit statutaire d'exercer une activité libérale exercent une activité libérale dans l'établissement.

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

IV.1.2- Missions

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

En cas d'activité libérale partagée entre plusieurs établissements, la commission compétente est celle de l'établissement d'affectation du praticien, ou lorsque l'activité libérale s'exerce exclusivement en dehors de son établissement d'affectation, celle de l'établissement où s'exerce l'activité libérale.

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

- le directeur général de l'Agence régionale de santé,
- le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie,
- le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins,
- le président du Conseil de surveillance,
- le président de la Commission médicale d'établissement,
- le directeur du CH de Libourne.

Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

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

La Commission d'activité libérale peut soumettre aux autorités mentionnées au IV.1.2 alinéa 2 toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. Elle peut saisir la Commission régionale de l'activité libérale dans les conditions prévues en infra. La Commission de l'activité libérale définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein du CH de Libourne (et des autres établissements en cas d'activité libérale partagée) et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Le rapport est communiqué, pour information, à la Commission médicale d'établissement, au Conseil de surveillance, à la Commission des usagers, au directeur du CH de Libourne et au directeur général de l'Agence régionale de santé.

La Commission peut demander communication au CH de Libourne, comme aux praticiens, de toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale. Ces communications s'effectuent dans le respect du secret médical.

La Commission de l'activité libérale se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées au IV.1.2 alinéa 2 ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

Le secrétariat de la Commission de l'activité libérale est assuré à la diligence de la direction des Affaires médicales. Il fournit à la Commission les éléments d'information chiffrés caractérisant l'activité libérale et l'activité publique personnelle effectuée l'année précédente et notamment :

- le nombre de praticiens autorisés à exercer une activité libérale ;
- le nombre d'actes effectués à titre libéral et à titre public par chacun des praticiens ayant signé un contrat d'activité libérale ;
- le nombre des actes effectués par chaque praticien comparés aux données du SNIR ;
- le montant des redevances payées.

IV.2) SUSPENSION OU RETRAIT DE L'AUTORISATION

Le directeur du CH de Libourne porte à la connaissance du directeur général de l'Agence régionale de santé tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements ou des stipulations du contrat d'activité libérale qu'il a conclu.

Lorsqu'un praticien méconnaît ces obligations, l'autorisation d'exercer peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'Agence régionale de santé, après avis de la Commission régionale de l'activité libérale.

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

La décision de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est notifiée par le directeur général de l'Agence régionale de santé au praticien concerné ainsi qu'au directeur du CH de Libourne par tout moyen permettant d'établir une date certaine d'application.

Préalablement à toute action contentieuse, les contestations relatives à une décision de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un recours hiérarchique devant le ministre chargé de la santé déposé dans les deux mois à compter de la notification.

IV.3) LA COMMISSION REGIONALE DE L'ACTIVITE LIBERALE

IV.3.1- Composition

Les membres de la Commission régionale de l'activité libérale sont nommés pour trois ans par le directeur général de l'Agence régionale de santé. S'ils perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger, ils sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir. La commission comprend :

- un président, personnalité indépendante ;
- un membre du Conseil régional de l'Ordre des médecins n'ayant pas de liens d'intérêt avec un établissement de santé privé, désigné sur proposition du Conseil régional de l'Ordre des médecins ;
- deux directeurs d'établissements publics de santé, dont un représentant d'un centre hospitalier universitaire et un représentant d'un établissement public de santé non universitaire nommés sur proposition de l'organisation la plus représentative de ces établissements au plan régional ;
- deux présidents de Commission médicales d'établissement, dont un président de commission médicale d'établissement d'un centre hospitalier universitaire et un président de commission médicale d'établissement public de santé non universitaire ;
- le directeur de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- deux représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires membres de commissions de l'activité libérale au sein d'établissements publics de santé, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature, dont un désigné parmi les praticiens autorisés à exercer une activité libérale et un parmi les praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;
- trois praticiens hospitaliers, membres de commissions de l'activité libérale au sein d'établissements publics de santé, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature, dont deux désignés parmi les praticiens autorisés à exercer une activité libérale et un parmi les praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;
- deux membres de conseils de surveillance non médecins, dont l'un est membre du conseil de surveillance d'un centre hospitalier universitaire et l'autre du conseil de surveillance d'un établissement public de santé non universitaire, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature ;
- un représentant des usagers du système de santé nommé parmi les membres d'associations régulièrement déclarées et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades.

IV.3.2- Missions

La Commission régionale de l'activité libérale établit périodiquement le bilan régional de l'activité libérale des praticiens hospitalier.

A la demande du directeur général de l'Agence régionale de santé, la Commission régionale de l'activité libérale émet un avis sur les autorisations d'exercice délivrées. Elle est obligatoirement consultée sur les mesures de suspension ou de retrait d'autorisation proposées ainsi que sur la décision d'appliquer l'indemnité compensatrice. Elle peut également faire des propositions afin d'améliorer les conditions dans lesquelles il est veillé au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'activité libérale.

IV.4) LE CONTROLE EXTERNE DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE

Les caisses de sécurité sociale sont amenées à réaliser des mises sous accord préalables et des contrôles externes sur les facturations émises par le CH de Libourne. Ces contrôles peuvent déboucher sur une requalification de certains séjours facturés et sur la récupération des indus constatés (article L133-4 CSS), voire déboucher sur une sanction financière prononcée par le Directeur de l'ARS.

La requalification peut notamment consister en une substitution de prise en charge en externe à un séjour d'hospitalisation, en une substitution de séjour non pris en charge en lieu et place d'un séjour remboursé par les caisses (chirurgie esthétique et reconstructrice, chirurgie de confort, etc.)

Le praticien qui, dans le cadre de son activité libérale, a procédé au codage d'actes ayant donné lieu à requalification, est responsable de l'ensemble des conséquences financières qui en résultent. Le CH de Libourne émettra donc à son encontre un titre de recettes correspondant aux sommes exigées par l'assurance maladie tant au titre des indus que de la sanction éventuelle.

IV.5) LE CONTROLE DES PRESCRIPTIONS EFFECTUEES EN VILLE

Le praticien qui établit des prescriptions au bénéfice d'un patient pris en charge dans le cadre de l'activité libérale doit utiliser ses propres ordonnances en lieu et place de celles auxquelles il a recours pour son activité publique.

CHAPITRE V

DISPOSITIONS FINANCIERES

V.1) MODALITES DE REGLEMENT DES HONORAIRES

Les honoraires et leurs dépassements, sont perçus :

- soit directement par le praticien ; il s'acquitte trimestriellement de la redevance dans les trente jours qui suivent l'émission du titre de recette à son encontre. Le CH de Libourne souhaite favoriser le recours à la télétransmission par les médecins autorisés à exercer une activité libérale.
- soit par l'intermédiaire du comptable de l'hôpital qui les reverse aux médecins concernés déduction faite des redevances. Les honoraires sont versés mensuellement aux praticiens, alors que les redevances sont prélevées par trimestre. La base de calcul est l'état récapitulatif mensuel dressé par chaque praticien.

Les honoraires ne constituent pas une charge d'exploitation de l'hôpital et sont donc gérés indépendamment du compte de résultat, par le comptable de l'établissement.

Les inexactitudes ou fautes dans l'application des honoraires peuvent donner lieu à demande de reversement d'indus par les caisses qui ont remboursé les prestations.

Le praticien transmet la (les)feuille(s) de soins prioritairement selon un format électronique, par télétransmission.

V.2) CAS PARTICULIER DES RADIOLOGUES

Les praticiens hospitaliers radiologues bénéficient de la rétrocession d'une quote-part du forfait technique de scanner de 20 % de son montant.

L'établissement public de santé reverse trimestriellement aux praticiens radiologues hospitaliers la quote-part du forfait technique. L'équipe du Bureau des entrées extrait via BO l'activité trimestrielle pour calculer la quote part à reverser à chaque médecin.

V.3) MONTANT DE LA REDEVANCE DUE PAR LES PRATICIENS AU CH DE LIBOURNE

En contrepartie du service rendu par le CH de Libourne au praticien autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'établissement, l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance par ce même praticien, au CH de Libourne.

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

La redevance est calculée par l'administration de l'hôpital, sur la base des états récapitulatifs établis par les praticiens pour ceux qui télétransmettent et encaissent directement leurs honoraires. Pour ceux gérés par l'établissement, les états récapitulatifs sont dressés sur la base des feuilles de soin papier fournies. Elle est assujettie à la taxe sur la valeur ajoutée. Son paiement est trimestriel.

V.3.1- Assiette de la redevance

L'assiette de la redevance est composée :

- du tarif des actes exécutés figurant aux nomenclatures ;
- des honoraires perçus pour les actes hors nomenclature ;
- des dépassements d'honoraires demandés aux patients.

Ne sont pas soumis à redevance les examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil (scanner, IRM, TEP-scan).

V.3.2- Taux de redevance

La redevance, assujettie à la TVA de taux normal (20%), est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le praticien, dépassements éventuels compris. Ce pourcentage varie selon le type de consultation ou d'acte réalisé.

- | | |
|---|-----|
| - Les consultations engendrent une redevance de | 15% |
| - Les Actes Techniques Médicaux et les Actes de Chirurgie (CCAM) engendrent une redevance de | 16% |
| - les actes autres que les actes de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie engendrent une redevance de | 25% |
| - les actes d'imagerie engendrent une redevance de | 20% |
| - les actes de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie engendrent une redevance de | 60% |

V.3.3- Paiement de la redevance

L'administration reçoit mensuellement le mois échu, les déclarations des praticiens, précisant pour chaque acte la date, la nature et le code de l'acte et les honoraires encaissés, que l'acte soit nomenclaturé ou hors nomenclature.

Elle émet par la suite un titre de recettes à l'encontre du praticien.

Les redevances encaissées par l'hôpital viennent en compensation des dépenses réputées engendrées par l'activité libérale. Il s'agit donc d'un remboursement de frais. Elles ne sauraient donc permettre l'ouverture de nouvelles dépenses en cours d'année, ni d'intéressement d'aucune sorte. En revanche elles font l'objet d'une constatation dans la comptabilité de l'hôpital et, le cas échéant dans celle du centre de responsabilité (pôle) concerné.

Les demandes d'information peuvent être adressées à la Direction du CH de Libourne aux destinataires suivants :

- pour les questions réglementaires et contractuelles : Direction des affaires médicales ;
- pour les questions financières : Direction des affaires financières Bureau des Entrées ;
- pour les questions de sécurité sociale : Service médical des Caisses.

Ainsi que l'a rappelé le Conseil d'Etat dans sa décision n° 235066 du 3 février 2003, la redevance est due par le praticien "du seul fait de l'utilisation des installations techniques ainsi que des locaux et du personnel de l'établissement mis à sa disposition [...] sans qu'il y ait lieu de faire de distinction selon que les honoraires correspondants ont été ou non recouverts".

Il ne peut donc être admis de différé dans la déclaration de la redevance (par retard du praticien dans l'adressage des feuilles de soins aux caisses, par retard d'administration, pour attendre que le paiement ait été effectué par les caisses etc.).

L'administration effectue un contrôle par rapport aux actes recensés par l'Assurance Maladie (SNIR).

La direction des affaires financières transmet un décompte des sommes dues au titre du trimestre échu au praticien qui doit honorer sa dette dans les meilleurs délais.

A défaut de règlement de cette dette le recouvrement par tous moyens juridiques est confié aux services de la Trésorerie de Cadillac antenne de Libourne

En cas de sous-déclaration manifeste décrite, ou d'absence de déclaration, le titre de recettes redressé sera calculé sur la base du SNIR. Il n'est pas prévu de modification à la baisse de ce titre exécutoire tant que les éléments de preuve ne sont pas produits par le praticien.

V.3.4- Modalités d'encaissement des honoraires du praticien

Les praticiens exerçant une activité libérale peuvent percevoir leurs honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

- *Directement*

Pour les patients assurés sociaux, le praticien doit prioritairement télétransmettre les codifications des actes réalisés ou à défaut, établir une feuille de soins et y porter la cotation des actes réalisés et l'intégralité des honoraires demandés :

- si le patient a réglé la totalité de ses soins, le praticien télétransmet la codification des actes réalisés pour permettre le remboursement du patient, ou lui remet une feuille de soins, à charge pour lui d'en demander le remboursement à l'assurance maladie ;
- si le patient a été dispensé de l'avance des frais, pour la part du régime obligatoire, le praticien télétransmet la codification des actes réalisés à l'organisme gestionnaire dont dépend le patient. Les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient ou de son organisme complémentaire

Les praticiens transmettent à la DAF, un état récapitulatif de leur activité libérale. Cet état doit faire figurer au regard de chaque acte (lettres-clés de la NGAP ou code CCAM et code regroupement) ou consultation, les honoraires correspondants et le cas échéant les dépassements.

- *Par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital*

Les sommes sont encaissées par le régisseur du *CH de Libourne* qui les enregistre sur un quittancier particulier et les reverse au comptable du trésor aux fins de comptabilisation sur un compte dédié. L'établissement reverse mensuellement les honoraires encaissés au praticien. Les actes non encaissés ou partiellement encaissés en régie donnent lieu à émission, par l'établissement, d'un avis de recouvrement spécifique à l'encontre du patient concerné ; cet avis de recouvrement précise notamment le nom et l'adresse du patient, la date et la nature de l'acte, le montant des honoraires.

Les praticiens doivent transmettre le même état récapitulatif que celui établi par les praticiens encaissant directement leurs honoraires.

● Encaissement en régie

➔ Régie dite « manuelle » : Les régies prolongées sont les plus appropriées, dans la mesure où les locaux du comptable sont éloignés du lieu d'exercice de l'activité libérale, et facilitent le règlement des honoraires.

L'encaissement en régie doit être enregistré sur un quittancier particulier et dispense d'émettre un avis de recouvrement à l'encontre du patient.

➔ Régie dite « informatisée » : le praticien transmet la feuille de soins signée directement au régisseur, qui la remet au patient après y avoir porté l'attestation du règlement.

L'organisation des régies relève de la compétence de l'établissement sous réserve de l'avis conforme du comptable assignataire des opérations de la régie.

L'encaissement en régie via un terminal de paiement peut être autorisé, sous réserve d'être prévu au sein de l'acte constitutif de la régie.

Les encaissements en régie sont reportés par médecin sur le bordereau récapitulatif des avis de recouvrement adressé au comptable, complété par la mention « Encaissé en régie » pour justifier l'absence d'avis de recouvrement.

- Encaissement par le comptable de l'établissement

Mise en recouvrement

Chaque acte à recouvrer non encaissé ou partiellement encaissé en régie fait l'objet de l'émission d'un avis de recouvrement, qui précise : le nom et l'adresse du malade, la date et la nature de l'acte, le montant des honoraires à facturer, éventuellement l'indication d'une dispense d'avance de frais ainsi que la désignation du médecin, suivie de son numéro d'immatriculation. Un titre de recettes peut être utilisé à condition que la

mention « exécutoire » soit remplacée par la mention « Honoraires médicaux - Activité libérale ». Dans cette hypothèse, il s'agit d'une série spéciale ne donnant pas lieu à prise en charge budgétaire.

L'avis est établi en trois exemplaires :

- Le CH de Libourne adresse à l'Assurance Maladie et ou à l'organisme complémentaire du patient un exemplaire de l'avis de recouvrement.
- Un exemplaire est conservé par l'établissement.
- Un exemplaire est joint au bordereau récapitulatif destiné à la Trésorerie. Il reprend les mêmes informations que celles portées sur les avis de recouvrement.

Recouvrement

Lors du paiement des avis de recouvrement, le comptable annote le bordereau récapitulatif concerné et adresse quotidiennement au CH de Libourne, le double des avis de recouvrement avec l'indication de la date du règlement.

Le comptable reverse mensuellement, à chaque médecin, les sommes encaissées.

A réception des avis de recouvrement payés, le CH de Libourne annote les bordereaux récapitulatifs correspondants. En fin de mois, il adresse à chaque médecin un avis l'informant du montant des honoraires versés et un état récapitulatif des avis de recouvrement non payés.

Cas des chèques impayés

Lorsque le comptable présente à nouveau ce chèque à l'encaissement, ce dernier peut être régularisé ou non. Le comptable annote le bordereau récapitulatif, informe l'ordonnateur et lui remet le chèque impayé.

Modalités d'encaissement en tiers payant

S'il y a eu dispense d'avance de frais, le comptable encaisse le montant du remboursement de l'assurance maladie pour les prestations liées à l'activité libérale des praticiens.

Cette situation est source de difficultés d'identification des montants réglés, aussi l'ouverture d'un compte de dépôt de fonds au nom du régisseur peut être envisagée, sous réserve d'être prévue dans l'acte constitutif de la régie. Les sommes relatives au tiers payant dans le cadre de l'activité libérale des praticiens seraient ainsi virées par les CPAM sur ce compte de dépôts de fonds.

Afin de pouvoir distinguer les versements dus à titre de l'activité libérale de ceux réalisés au titre de la CMU, il est donc donné aux établissements la possibilité que ces versements soient encaissés par le comptable de l'établissement ou par le régisseur.

A cet effet, l'assurance maladie doit avoir connaissance de :

- l'identification du praticien dans le cadre de son exercice libéral (numéro d'identification du praticien) et celle de l'établissement du lieu d'exercice du praticien (numéro Finess géographique) sur la feuille de soins (titre médecin) ;
- des coordonnées du destinataire du règlement retenu (comptable ou régisseur). Cette information sera sollicitée par la caisse primaire d'assurance maladie.

Dans le cadre de cette procédure, le règlement est adressé au régisseur de l'établissement (aux lieu et place éventuels du comptable de l'établissement), et un bordereau tiers-payant est également communiqué au destinataire du règlement ainsi qu'au professionnel de santé pour information.

v.3.5- Cas particulier : encaissement pour le compte du CH de Libourne de produits utilisés en externe, dans le cadre de l'activité libérale du praticien

Un praticien exerçant une activité libérale en externe peut utiliser des produits pharmaceutiques acquis par le CH de Libourne et non remboursables par les organismes d'assurance maladie.

En accord avec le Trésorier Principal et dans le respect de la décision de régie afférente, le praticien peut être nommé mandataire afin de procéder à l'encaissement de chèques libellés à l'ordre du Trésor Public et correspondant à la facturation par le CH de Libourne de produits pharmaceutiques (par exemple toxine botulinique) utilisés au cours de la consultation externe.

V.3.6- Contrôle réglementaire et juridictionnel

Pour la perception des redevances, le CH de Libourne est soumis, comme pour toute opération comptable ou de manipulation de deniers, au contrôle de la Direction des finances publiques et de la Chambre régionale des Comptes. A ce titre, il peut être demandé aux praticiens exerçant une activité libérale de produire tout élément de preuve sur son exercice.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS FINALES

Conformément à l'article R. 6154-3-1 du code de la santé publique, la présente charte est arrêtée par le directeur du CH de Libourne, sur proposition de la commission de l'activité libérale, après concertation du directoire et avis de la commission des usagers, de la commission médicale d'établissement et du conseil de surveillance.

Date de passage aux instances :

Commission de l'activité libérale :

Commission médicale d'établissement :

Directoire :

Commission des usagers :

Conseil de surveillance :

Le « date »,

**Le Directeur du CH de Libourne,
Christian SOUBIE**

CONTRAT D'ACTIVITE LIBERALE

entre

Le Centre Hospitalier de LIBOURNE
Représenté par son Directeur, Monsieur Christian SOUBIE

et

TITRE le Docteur **PRENOM, NOM USUEL**

Fonctions Hospitalières: Praticien Hospitalier à temps plein

Adresse: ADRESSE LIGNE 1 ADRESSE LIGNE 2 CODE POSTAL COMMUNE

Qualification et date de qualification : 02 depuis le DATE D'INSCRIPTION A L'ORDRE

Numéro d'inscription au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins:

NUMERO D'ORDRE DU MEDECIN

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1: Objet

TITRE le Docteur NOM USUEL exerce une activité libérale dans le Service LIBELLE SERVICE dans les conditions fixées par les articles L. 6154-1 à L. 6154-6 et les articles R. 6154-4 à R. 6154-26 du Code de la santé publique dont il/elle a pris connaissance.

ARTICLE 2: Obligations de l'intéressé

Dans le respect de l'article L. 6154-2 du Code de la santé publique, TITRE le Docteur NOM USUEL déclare qu'il/elle exerce personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.

Il/elle s'engage:

1° - A ne pas consacrer plus:

de 10 % ou 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle il/elle est astreint(e) (activité externe et/ou patients hospitalisés);

2° - A s'identifier dans le système d'informations comme réalisateur des actes et consultations, en précisant que ces derniers sont réalisés au titre de son activité publique personnelle ou de son activité libérale (si perception des honoraires via l'hôpital) ;

3° - A fournir mensuellement à la Direction des Affaires médicales le tableau de service réalisé (via son chef de service) ;

4 ° - A fournir mensuellement au Bureau des Entrées un état récapitulatif de l'exercice de l'activité libérale précisant le nombre et la nature des actes et des consultations effectués au titre de chacune d'elle (si perception directe des honoraires) ;

5° - A ce que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique personnelle;

6° - A respecter les principes énoncés dans la charte de l'activité libérale intra-hospitalière de l'établissement (**annexe 1**) ;

7° - A ne débiter son activité libérale que lorsque son contrat a été approuvé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé conformément aux dispositions de l'article L. 6154-4;

8° - A adhérer à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins ou, en l'absence de convention, au respect des dispositions prévues au règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 de ce même code.

ARTICLE 3: Projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale

TITRE le Docteur NOM USUEL s'engage à exercer son activité libérale à raison de une/deux demi-journée(s) de consultations par semaine, aux jours et heures indiqués au tableau de service, à savoir :

- Le 02
- Le 02

Il/Elle réalise aussi au titre de son activité libérale, des actes de

A titre d'information, TITRE le Docteur NOM USUEL exerce au titre de son activité publique, X demi-journées de consultations par semaine, à savoir :

- Le 02
- Le 02

(Passage à ajuster en fonction de chaque médecin)

ARTICLE 4: Perception des honoraires

Soit :

TITRE le Docteur NOM USUEL choisit de percevoir ses honoraires par entente directe avec le patient. Il/elle s'engage à verser trimestriellement le montant de la redevance dont il/elle est redevable vis-à-vis de l'hôpital.

Soit :

TITRE le Docteur NOM USUEL choisit de percevoir ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. Celle-ci s'engage à lui reverser mensuellement les honoraires recouvrés.

L'administration de l'hôpital prélève tous les trimestres le montant de la redevance dont le Docteur est redevable vis-à NOM USUEL vis de l'hôpital.

ARTICLE 5: Information du patient

Les honoraires ou fourchettes d'honoraires des consultations sont affichés dans la salle d'attente, conformément aux dispositions de l'article R. 1111-21 du Code de la santé publique relatif à l'information des tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux. De même, les plages de consultations en activité libérale sont affichées dans la salle d'attente et/ou communiquées lors de la prise de rendez-vous.

TITRE le Docteur NOM USUEL s'engage à donner au patient qui a formulé expressément son choix d'être traité au titre de l'activité libérale, toute information ou explication quant aux règles, honoraires ou coût d'un traitement qui lui seront applicables, du fait de ce choix. A ce titre, en cas d'hospitalisation, il sera remis obligatoirement au patient un formulaire lui permettant d'exprimer ce choix, conforme à l'imprimé annexé au présent contrat (**annexe 2**).

ARTICLE 6: Secret professionnel

TITRE le Docteur NOM USUEL veille au respect du secret professionnel par les personnes appelées à l'aider dans son exercice. L'établissement s'engage à veiller pour sa part à ce que les dossiers et documents médicaux soient conservés sous la responsabilité de TITRE le Docteur NOM USUEL, à l'abri des indiscretions.

ARTICLE 7: Assurance

TITRE le Docteur NOM USUEL exerce sous son entière responsabilité ; à cet effet, il/elle fait le nécessaire pour que son activité professionnelle soit couverte par une police d'assurance adéquate qu'il/elle communique au Directeur de l'établissement à la demande de celui-ci.

ARTICLE 8: Moyens

Dans la limite des disponibilités du service, l'Hôpital met à la disposition de TITRE le Docteur NOM USUEL les moyens pour lui permettre d'exercer son art, compte tenu de la spécialité exercée.

ARTICLE 9: Continuité des soins

TITRE le Docteur NOM USUEL s'entend avec ses confrères hospitaliers pour, qu'en cas d'absence, la continuité des soins soit assurée.

ARTICLE 10: Date d'effet - Durée - Modification

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq années et prendra effet à compter du DATE DEBUT ACTIVITE LIBERALE, sous réserve de son approbation par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Il prend fin si une demande de renouvellement n'a pas été faite dans les six mois qui précèdent son expiration.

Il peut faire l'objet d'avenants dans les conditions et selon les procédures requises pour son établissement.

Le contrat prend fin de plein droit si la quotité de temps de travail de TITRE le Docteur NOM USUEL devient inférieure à huit demi-journées par semaine, s'il/elle renonce à l'exercice d'une activité libérale ou si l'autorisation d'exercer une telle activité lui est retirée.

ARTICLE 11: Clause de non concurrence

Conformément aux dispositions prévues au IV de l'article L. 6154-2 du Code de la santé publique, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il/elle cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, TITRE le Docteur NOM USUEL s'engage à ne pas s'installer, pendant une période de 24 mois, et dans un rayon de 10 kilomètres, à proximité de l'établissement qu'il/elle quitte.

En cas de non-respect de cette clause, TITRE le Docteur NOM USUEL devra verser à l'établissement une indemnité calculée selon les modalités suivantes: 30 % du montant mensuel moyen des honoraires de l'activité libérale perçus par TITRE le Docteur NOM USUEL, redevance comprise, au cours des six derniers mois, multiplié par le nombre de mois pendant lesquels la clause n'est pas respectée.

ARTICLE 12: Communication du contrat

Conformément à l'article L. 4113-9 du Code de la santé publique, TITRE le Docteur NOM USUEL communique le présent contrat au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Fait à Libourne, le DATE DU JOUR

Signature de l'intéressé(e),

Dr NOM USUEL

**Pour le Directeur,
La Directrice adjointe
Chargée des Affaires médicales
Hélène COSTA**

Destinataires :

- ❖ ARS Nouvelle Aquitaine
- ❖ Trésor public
- ❖ Bureau des entrées

Commission Des Usagers

REGLEMENT INTERIEUR

1 - Missions de la Commission

1.1 Les usagers du Service Public Hospitalier incluent les patients pris en charge, ainsi que les personnes qui les accompagnent ou leur rendent visite, mais excluent les agents salariés de l'Etablissement en tant que tel.

1.2 La Commission veille au respect des droits des usagers du service public hospitalier et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes ou réclamations adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement, sont tenues à la disposition des membres de la commission. Dans les conditions prévues au chapitre 4 du présent règlement intérieur, la Commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel, et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. La commission instaure des conditions favorables au règlement des litiges par le dialogue avec l'usager et l'intervention des médiateurs médecin et non médecin.

1.3 La Commission participe par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale, ainsi que les vœux ou recommandations formulées dans ce domaine par les instances consultatives de l'établissement.
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents.
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes.
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers.
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formées contre l'établissement par les usagers.
- **Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves survenus et les actions menées par l'établissement pour y remédier.**
- **Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement qu'elle recueille au moins une fois par an.**

1.4 A partir notamment de ces informations, la Commission :

- procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondés sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées.

- recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre.
- formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.
- **est associée** à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la commission médicale d'établissement.

1.5 La Commission rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport annuel. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Il est transmis au directeur, à la commission médicale d'établissement, au comité technique d'établissement. Il est transmis au conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Le rapport est transmis à la conférence régionale de santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé.

1.6 La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des associations de bénévoles ayant passé une convention avec l'établissement. Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

1.7 La Commission n'est pas habilitée à reconnaître et à engager la responsabilité juridique ou morale de l'Etablissement ; elle peut cependant concourir à la reconnaissance de la matérialité d'un fait, susceptible d'être à l'origine de la mise en cause de cette responsabilité.

2 - Composition de la Commission

2.1 En application des dispositions du décret n° 2016-726 du 1 juin 2016, la commission est composée comme suit (cf. composition annexe jointe):

- du directeur de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- un médecin médiateur et son suppléant désignés après avis de la commission médicale d'établissement, par le directeur de l'établissement, parmi les médecins exerçant dans un établissement de santé public ou privé, un syndicat inter-hospitalier ou un groupement de coopération sanitaire, ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans ;
- un médiateur non médecin et son suppléant désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement ;
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de santé, parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L 1114-1 CSP.

Le règlement intérieur de l'établissement complète la composition de la commission dans les conditions prévues aux II à VI ci-dessous :

- Le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant peut siéger au sein de la commission.
- Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation peut siéger à la commission.
- Un représentant du personnel et son suppléant choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein.

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

Participent à titre consultatif : Le Directeur des soins, coordonnateur général; le Directeur des soins, le praticien hospitalier coordonnateur de la gestion des risques ou son suppléant; un Ingénieur qualité.

2.2 La CDU du CH de Libourne a fait le choix de mettre en place une CDU élargie (9 votants).

2.3 La présidence de la commission des usagers est assurée par un représentant d’usager, un médiateur, le représentant légal de l’établissement ou la personne qu’il désigne à cet effet. Le président est élu pour un mandat de 3 ans renouvelable deux fois par l’ensemble des membres composant la commission.

2.4 Le vice-président est issu d’une autre catégorie de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

2.5 La durée du mandat des médiateurs et des représentants des usagers est fixée à trois ans renouvelables.

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

2.7 Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

3 - Fonctionnement de la Commission

3.1 Les membres de la commission ne peuvent en démissionner qu’après un préavis d’au moins un mois, transmis au directeur. Les nouvelles désignations doivent intervenir dans le délai d’un mois qui suit toute démission.

3.2 La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l’ordre du jour.

3.3 Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

3.4 Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

3.5 Si le médiateur non médecin et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le directeur de l’établissement.

3.6 La commission se réunit, sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l’examen des plaintes et des réclamations qui lui sont transmises.

3.7 La commission se réunit, en commission élargie, sur convocation de son président au moins une fois par an. Un représentant de chacune des associations conventionnées avec l’établissement, les représentants d’usagers siégeant aux instances seront associés à la composition initiale prévue par l’article 2. Cette commission procédera à l’analyse des projets en lien avec la politique qualité des soins.

3.8 L’ordre du jour est arrêté par le président de la commission et communiqué aux membres au moins huit jours avant la réunion. En cas d’urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

3.9 Les suppléants, s'ils font partie intégrante de la C.D.U. ne disposent de voix délibérative qu'en l'absence du titulaire. L'élargissement de la C.D.U. confère à l'ensemble des membres titulaires la possibilité de voter. En cas de vote seuls les titulaires, ou leurs suppléants en cas d'absence, peuvent participer au scrutin.

3.10 Le secrétariat de la commission est assuré par la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité. Il donne aux membres de la Commission les moyens d'examiner les plaintes et réclamations.

4 – Examen des plaintes et réclamations

4.1 Tout usager de l'établissement doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au directeur de l'établissement.

4.2 L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises au directeur de l'établissement. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le plaignant est également informé qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

4.3 Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. Il accède aux informations de santé concernant l'usager sous réserve d'avoir obtenu l'accord écrit préalable de ce dernier ou de ces ayants droits

4.4 Le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions.

4.5 Le médiateur, saisi par le directeur ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer des proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

4.6 Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

4.7 Au vu de ce compte rendu, et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation et de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

4.8 Dans le délai de huit jours suivant la séance, le directeur de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.

5 – Information de la Commission des Usagers

5-1 La composition de la Commission est affichée dans l'établissement et transmise à l'Agence Régionale de Santé.

5-2 L'information est remise à chaque patient avec le livret d'accueil qui précise aux usagers les modalités pour exprimer oralement ou par écrit leurs griefs ainsi que les conditions dans lesquelles il sera donné suite à leur plainte et réclamation.

Annexe

COMPOSITION DE LA COMMISSION DES USAGERS DU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE

PERSONNE DESIGNEE PAR LE DIRECTEUR	
---	--

Madame HAGENMULLER Sophie	Directrice de la Qualité gestion des Risques et des Relations avec les usagers, Personne désignée
---------------------------	---

MEDIATEURS ET SUPPLEANTS	
---------------------------------	--

Docteur GRAND Hubert	Praticien Hospitalier chef de service de réanimation, Médiateur médical, Titulaire
Docteur BENZINE Amel	Praticien Hospitalier Urgences, Médiateur médical, Suppléant
Madame DUFOUR Fabienne	Cadre Supérieure de Santé Gériatrie, Médiateur non médical, Titulaire
	Cadre de santé, Médiateur non médical, Suppléant

REPRESENTANTS DES USAGERS ET SUPPLEANTS	
--	--

Monsieur SCHNEIDER Philippe	Représentant des usagers, Consommation Logement Cadre de Vie (CLCV), Titulaire
Madame STAIGRE Maryse	Représentant des usagers, Association Visite des malades dans les établissements hospitaliers (VMEH), Suppléant
Monsieur BERISTAIN Michel	Représentant des usagers, Ligue contre le Cancer, Titulaire
Madame DE PONTLEVOYE Elisabeth	Représentant des usagers, Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques (UNAFAM), Suppléant

PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE OU LE REPRESENTANT DESIGNÉ	
---	--

Docteur DULIN Renaud	Praticien Hospitalier Pharmacie, Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Titulaire
Docteur DUBOSC-MARCHENAY Nadine	Praticien Hospitalier Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, Représentant désigné par CME, Suppléant

REPRESENTANT DE LA CSIRMT ET SON SUPPLEANT	
---	--

Madame ZAMORA PEREZ Stéphanie	Cadre de santé néonatalogie, Représentant de la CSIRMT, Titulaire
Madame CAMPADIEU Céline	IDE, service pneumologie, Représentant de la CSIRMT, Suppléant

REPRESENTANT DU PERSONNEL ET SON SUPPLEANT	
---	--

Monsieur BAILLIN Sébastien (CGT)	Infirmier, Représentant du personnel, Titulaire
Monsieur DARNAT Thierry (Syndicat Sud)	Cadre formateur IFSI, Représentant du personnel, Suppléant

Composition CDU 01 Juin 2023

REPRESENTANT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE ET SON SUPPLEANT	
Monsieur DE CHALUP Hugues	Collège personnalités qualifiées, Titulaire
	Collège représentants collectivités locales, Suppléant

MEMBRES INVITES	
Madame RUFAT Olivia	Coordinatrice générale des soins
Monsieur LADRIX Guillaume	Directeur des soins
Madame LE DUC Christine	Cadre de santé à la gestion des risques associés aux soins
Madame RIGAL Marika	Assistante administrative, Relations Usagers

Composition CDU 01 Juin 2023

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

TABLE DES MATIERES

1.	PREAMBULE	2
2.	CHAMP D'APPLICATION	2
2.1.	LE PERIMETRE DU SYSTEME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION	2
2.2.	APPLICATION DE LA CHARTE AUX UTILISATEURS	3
2.2.1.	Professionnels du Centre Hospitalier	3
2.2.2.	Professionnels extérieurs au Centre Hospitalier	3
3.	PRINCIPES DE LA SÉCURITÉ.....	3
4.	RÈGLES DE SÉCURITÉ APPLICABLES AUX UTILISATEURS	4
4.1.	ACCES AU SYSTEME D'INFORMATION D'UN NOUVEL UTILISATEUR.....	4
4.1.1.	Recrutement d'un nouveau professionnel	4
4.1.2.	Evolution des droits d'accès	4
4.2.	CONFIDENTIALITE DE L'INFORMATION ET OBLIGATION DE DISCRETION	4
4.3.	PROTECTION DE L'INFORMATION	5
4.4.	USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES	5
4.5.	USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION	6
4.6.	USAGE DES LOGIN ET DES MOTS DE PASSE (OU DE CARTES CPS OU EQUIVALENT).....	8
4.7.	SMARTPHONES ET TABLETTES PROFESSIONNELS.....	8
5.	INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	98
6.	SURVEILLANCE DU SYSTÈME D'INFORMATION	9
6.1.	CONTROLE	9
6.2.	TRAÇABILITE	9
6.3.	ALERTES.....	10
6.4.	RESPONSABLE SECURITE DU SI	10
7.	RESPONSABILITÉS ET SANCTIONS	11
8.	Modalités d'approbation, de diffusion et de révision de la charte	11
8.1.	MODALITES D'APPROBATION DE LA CHARTE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION.	11
8.2.	REVISION DE LA CHARTE	11
8.3.	DIFFUSION DE LA CHARTE	11

	CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION		
	DOC-	DQGR	Applicable à partir du :

1. PREAMBULE

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation Système d'Information du Centre Hospitalier de Libourne et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Définitions :

- **Ressources informatiques** : les moyens informatiques, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau administré par l'entité ;
- **Outils de communication** : la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses (web, messagerie, réseaux sociaux, forum, etc.) ;
- **Utilisateurs** : les personnes ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et les services internet de l'établissement.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1. LE PERIMETRE DU SYSTEME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION

La présente Charte concerne les ressources informatiques, les services internet et téléphoniques des Centres Hospitaliers de Libourne et de Sainte-Foy-La-Grande ainsi que tout autre moyen de connexion à distance permettant d'accéder, via le réseau informatique, aux services de communication ou de traitement électronique interne ou externe.

Il s'agit principalement des ressources suivantes :

- Ordinateurs fixe ou portables ;
- Imprimantes simples ou multifonctions ;
- Photocopieurs
- Tablettes ;
- Smartphones ;
- Réseau informatique (serveurs, routeurs, connectique)
- Logiciels
- Fichiers, bases de données
- Système de messagerie
- Intranet, extranet
- Abonnements à des services interactifs

	CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION		
	DOC-	DQGR	Applicable à partir du :

2.2. APPLICATION DE LA CHARTE AUX UTILISATEURS

L'utilisation du système d'information et de communication doit être effectué exclusivement à des fins professionnelles, et tourné vers la performance de l'établissement et de la satisfaction des patients.

Chaque Utilisateur doit être conscient que :

- L'usage de ces ressources obéit à des règles (cadre réglementaire, règles internes, sécurité)
- La négligence ou la mauvaise utilisation des ressources fait courir des risques à l'ensemble de l'infrastructure de l'hôpital et de ses usagers.

2.2.1. Professionnels du Centre Hospitalier

Cette Charte s'applique à l'ensemble du personnel de l'établissement de santé, tous statuts confondus, et notamment

- les agents permanents (titulaires) ou temporaires (contractuels, stagiaires, internes, doctorants,) utilisant les moyens informatiques de l'établissement
- et toute personne ayant la possibilité, dans le cadre de ses fonctions, d'accéder au système d'information de l'établissement.

2.2.2. Professionnels extérieurs au Centre Hospitalier

Les responsables des Utilisateurs extérieurs s'engagent à faire respecter la présente Charte par leurs propres salariés et éventuelles entreprises sous-traitantes.

3. PRINCIPES DE LA SÉCURITÉ

Les enjeux majeurs de la sécurité sont la qualité et la continuité des soins, le respect du cadre juridique sur l'usage des données personnelles de santé.

Quelle que soit la nature des données (médicales, administratives concernant les patients ou les professionnels) et quel que soit le média, la **sécurité de l'information** doit permettre de préserver :

- **La disponibilité** : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin ;
- **l'intégrité** : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie ;
- **La confidentialité** : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder
- **La traçabilité** : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

La Direction du Système d'Information (DSI) fournit un système d'information dont elle assure la mise en sécurité contre des pannes, des erreurs ou des malveillances. Elle protège les intérêts économiques de l'établissement en s'assurant que ces moyens sont bien au service de la production de soins. Elle est responsable de définir et empêcher les abus en partenariat avec le [Responsable de la sécurité du système d'information \(RSSI\)](#).

La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information s'inscrit dans le plan de communication de la sécurité du SI.

4. RÈGLES DE SÉCURITÉ APPLICABLES AUX UTILISATEURS

4.1. ACCES AU SYSTEME D'INFORMATION D'UN NOUVEL UTILISATEUR

4.1.1. Recrutement d'un nouveau professionnel

Pour tout nouveau professionnel de l'établissement, les droits d'accès nécessaires à l'exercice de ses missions sont mis en place au moment de sa prise de fonction.

Le nouveau professionnel s'engage à respecter la présente Charte.

4.1.2. Evolution des droits d'accès

Toute évolution des droits d'accès aux ressources informatiques est soumise à autorisation.

La demande exprimée par l'utilisateur fait l'objet d'une validation préalable par son responsable hiérarchique qui précise les accès nécessaires à son collaborateur et transmet la demande par écrit à la Direction du Système d'Information (DSI).

Celle-ci attribue alors au demandeur son droit d'accès.

Ce droit d'accès est strictement personnel et concédé à l'utilisateur pour des activités exclusivement professionnelles. Il ne peut être cédé, même temporairement à un tiers. Tout droit prend fin lors de la cessation, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente Charte par l'utilisateur.

4.2. CONFIDENTIALITE DE L'INFORMATION ET OBLIGATION DE DISCRETION

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. (cf. règlement intérieur).

Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels sont tenus de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission, notamment dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques est limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics ou partagés dans le cadre de leurs fonctions.

Il est interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courrier électroniques dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie. L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités se fait par une authentification forte (mot de passe, carte CPS, etc....)

4.3. PROTECTION DE L'INFORMATION

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Il convient de ne stocker aucune donnée ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux).

Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux implantés dans des salles protégées. De même, les documents bureautiques produits sont stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.

Le cas échéant, les professionnels qui utilisent un matériel portable (exemples : poste, tablette, smart phone, ...) veillent à ne pas le mettre en évidence pendant un déplacement, et à ne pas exposer son contenu à la vue d'un voisin; le matériel doit être rangé en lieu sûr. De même, tout support mobile de données (exemples : CD, disquette, clé, disque dur, ...) doit être stocké ou rangé de façon sécurisée. Aucune donnée de santé à caractère personnel des patients ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.

Les données sont stockées sur différents supports avec des niveaux de sécurité différents

Les disques locaux (par ex : C:\xxxx) ne sont pas sauvegardés et ne doivent contenir aucune donnée sensible ou critique.

Les disques réseaux (par ex : R:\xxxx et U:\XX) sont sauvegardés tous les soirs en fonction de la politique de sauvegarde définie.

4.4. USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES

Seules des personnes habilitées de l'établissement de santé (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et d'installer de nouveaux matériels informatiques.

L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources (matériels, réseaux, ...) mises à sa disposition, sans avoir reçu l'accord préalable et l'aide des personnes habilitées de l'établissement (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté).

	CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION		
	DOC-	DQGR	Applicable à partir du :

Les logiciels commerciaux acquis par l'établissement ne doivent pas faire l'objet de copies de sauvegarde par l'utilisateur, ces dernières ne pouvant être effectuées que par les personnes habilitées de l'établissement.

4.5. USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit très occasionnel et raisonnable, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne puisse pas porter atteinte à l'image de marque de l'établissement de santé. Il ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

- **Usage du téléphone et du fax**

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie.

Aucune information sensible ne peut être communiquée par téléphone, notamment les informations nominatives, médicales ou non, ainsi que les informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement. Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l'identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires de patients ou professionnels.

La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens, ...) aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

- **Usage d'Internet**

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.

Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils « naviguent » sur l'Internet, leur identifiant est enregistré. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet et à ne pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé.

Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (exemples : sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur, ...) peuvent être enregistrées par des tiers, analysées et utilisées à des fins notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni aucune coordonnée professionnelle sur l'Internet, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public.

	CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION		
	DOC-	DQGR	Applicable à partir du :

Tous les accès Internet sont tracés et enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité. Il est donc possible pour l'établissement de connaître, pour chaque salarié, le détail de son activité sur l'Internet.

Ce contrôle des accès aux sites visités permet de filtrer les sites jugés indésirables, notamment des sites dangereux pour la sécurité du réseau. Il permet de détecter, de bloquer et ou de signaler les accès abusifs (en matière de débits, volumes, durées), ou les accès à des sites illicites et/ou interdits.

- **Usage de la messagerie**

L'usage de la messagerie est autorisé à l'ensemble du personnel. La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet. A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocants et/ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou de porter atteinte à son image. Les utilisateurs sont tenus par leurs obligations de discrétion professionnelle dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. La taille et le nombre de pièces jointes autorisées peuvent être limités par la DSI pour des raisons techniques. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.

Les messages électroniques reçus sur la messagerie professionnelle font l'objet d'un contrôle antiviral et d'un filtrage anti-spam. Dans ce cadre, les salariés sont invités à informer la DSI des dysfonctionnements qu'ils constatent.

La messagerie électronique étant un vecteur majeur de diffusion de programmes malveillants, l'utilisateur est invité à la prudence et au respect des bonnes pratiques quant à son usage.

En cas d'alerte de mail frauduleux ou cyber frauduleux, le RSSI de l'établissement peut demander la suppression massive de ce mail par la DSI.

- **Usage des supports amovibles**

	CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION		
	DOC-	DQGR	Applicable à partir du :

Les supports amovibles (clés USB, disques durs externes) présentent des risques importants de sécurité, tant sur l'intrusion de logiciels malveillants que sur la confidentialité des données, ou sur leur permanence dans le temps.

L'usage de ces supports est soumis à des restrictions.

Par défaut, l'utilisation des supports amovibles sur les équipements professionnels est désactivée par la Direction du Système d'information.

Le recours aux autres moyens à disposition doit être favorisé, en particulier l'usage des disques réseaux partagés.

En cas de difficulté ou de besoin particulier, une demande justifiée doit être adressée à la DSI et au RSSI qui apprécient l'opportunité d'accorder un accès temporaire ou définitif à cette fonctionnalité.

4.6. USAGE DES LOGIN ET DES MOTS DE PASSE (OU DE CARTES CPS OU EQUIVALENT)

Chaque utilisateur dispose d'un compte nominatif lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel.

Il est strictement interdit d'utiliser le compte d'un autre utilisateur dans le système d'information.

Pour utiliser son compte nominatif, l'utilisateur doit disposer d'un login et d'un mot de passe, soit utiliser une carte CPS ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres)

La Direction des Systèmes d'information définit la politique institutionnelle de mot de passe, que l'utilisateur s'engage à respecter. Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire.

Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage. Pour cela, les règles suivantes s'imposent :

- sur un poste dédié, fermer ou verrouiller sa session dès que l'on quitte son poste.
- Ne jamais se connecter sur plusieurs postes à la fois.

L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

4.7. SMARTPHONES ET TABLETTES PROFESSIONNELS

Certains professionnels peuvent bénéficier d'équipements mobiles dans le cadre de leurs fonctions (smartphones, tablettes).

Les règles ci-dessus s'appliquent dans les mêmes termes à l'usage de ces équipements mobiles.

	CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION		
	DOC-	DQGR	Applicable à partir du :

Les équipements mis à disposition dans le cadre de l'exercice professionnel sont restitués à la Direction du système d'information lorsque le professionnel quitte l'établissement ou les fonctions justifiant l'octroi desdits équipements.

5. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Toute création ou modification de fichier comportant des données nominatives ou indirectement nominatives doit, préalablement à sa mise en œuvre, être déclarée auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Le DPO (Délégué à la protection des données) est en charge de cette déclaration. Au vu des éléments fournis, la CNIL étudie la pertinence des données recueillies, la finalité du fichier, les durées de conservation prévues, les destinataires des données, le moyen d'information des personnes fichées et les mesures de sécurité à déployer pour protéger les données.

Il est rappelé que l'absence de déclaration de fichiers comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement.

En cas de non-respect des obligations relatives à la loi Informatique et Libertés, la DSI est informée et peut prendre toute mesure temporaire de nature à mettre fin au traitement illégal ainsi qu'informer le responsable hiérarchique de l'utilisateur à l'origine du traitement illégal.

Les Utilisateurs souhaitant réaliser des traitements relevant de ladite loi sont invités à prendre contact avec le DPO afin qu'ils soient traités dans le respect de la législation en vigueur.

Le DPO (dpo@ch-libourne.fr) a un rôle de conseil auprès des utilisateurs sur la gestion des données à caractère personnel. A ce titre, il veille à la bonne application de la loi Informatique et Libertés précitée dans le déploiement de tout projet et propose des solutions permettant de concilier protection des libertés individuelles et intérêt légitime de l'établissement.

6. SURVEILLANCE DU SYSTÈME D'INFORMATION

6.1. CONTROLE

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable, et notamment de la loi Informatique et Libertés.

6.2. TRAÇABILITE

La Direction du Système d'Information (DSI) assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources. Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;
- Le système auquel il est accédé
- Le type d'opération réalisée
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'hôpital ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet) ;

Le contrôle des données de connexion a pour objectif notamment :

- la prévention de la mise en péril des systèmes notamment par l'importation de virus ;
- la prévention de l'encombrement du réseau ;
- le contrôle du respect des règles définies par la présente Charte (ex. : usage personnel dans des limites raisonnables) ;
- l'optimisation de la bande passante.

Le personnel de La Direction du Système d'Information (DSI) respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peut être amené à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

Ces opérations peuvent conduire les équipes techniques à prendre connaissance d'informations de nature confidentielle et ce, dans le respect des droits fondamentaux de l'utilisateur (protection des données personnelles, vie privée, secret des correspondances).

Les équipes DSI ont le devoir d'informer, dans la mesure du possible, les utilisateurs de toute intervention nécessaire, susceptible de perturber ou d'interrompre l'utilisation habituelle des moyens informatiques.

De même elles s'engagent à informer l'utilisateur de toute opération inhabituelle tendant à accéder à ses données personnelles, et des motifs l'y autorisant conformément à l'exercice de ses missions (sauf au cas où la discrétion des opérations est imposée par les autorités judiciaires).

Les accès et actions des équipes DSI réalisées sur le SI font l'objet d'un enregistrement sous la forme de traces dans les différents éléments du SI dans le but de permettre une analyse, voire de vérifier qui serait à l'origine d'une action privilégiée.

6.3. ALERTES

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé à la Direction des Systèmes d'information et au Responsable de la sécurité des systèmes d'information.

6.4. RESPONSABLE SECURITE DU SI

Par sa fonction, le responsable sécurité du SI (RSSI) a capacité à auditer, analyser et surveiller le fonctionnement du SI et la bonne application de la politique de sécurité.

Plus largement, il a la possibilité d'intervenir, au moins en consultation, sur tout ou partie des éléments du système d'information (équipements de sécurité, équipements réseaux, serveurs, postes de travail, terminaux mobiles). Même s'il ne dispose pas au quotidien de tous les accès sur le SI, il est en droit de les obtenir, si l'accomplissement de ses missions le nécessite. Cet accès peut être rendu nécessaire notamment à des fins de diagnostic ou de surveillance d'anomalie. Il s'interdit scrupuleusement de divulguer les informations d'ordre personnelle qu'il serait amené à connaître, sauf en cas d'instruction pénale ou de décision de justice.

7. RESPONSABILITÉS ET SANCTIONS

L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Charte.

En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions disciplinaires.

8. Modalités d'approbation, de diffusion et de révision de la charte

8.1. MODALITES D'APPROBATION DE LA CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION.

La Charte est élaborée par le Comité de sécurité du système d'information.

Elle fait l'objet d'une présentation en Comité social d'établissement (CSE) et en Commission médicale d'Etablissement (CME).

Elle est validée par le Directeur de l'établissement.

8.2. REVISION DE LA CHARTRE

La charte fait l'objet d'une révision annuelle.

En cas de modification, elle fait l'objet d'une approbation suivant les modalités prévues au paragraphe 8.1.

8.3. DIFFUSION DE LA CHARTRE

	CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION		
	DOC-	DQGR	Applicable à partir du :

La présente Charte constitue une annexe du règlement intérieur de l'établissement.

Elle est mise en ligne sur le site intranet de l'établissement.

Elle est disponible dans la gestion documentaire.

ANNEXE 1 : REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information est complexe. Il porte sur les grands thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
 - Le traitement de données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
 - Le traitement de données personnelles de santé ;
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales ;
- L'hébergement de données médicales ;
- Le secret professionnel et le secret médical ;
- La signature électronique des documents ;
- Le secret des correspondances ;
- La lutte contre la cybercriminalité ;
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

Rappel des principales dispositions légales en la matière :

- la loi du 29 juillet 1881 modifiée sur la liberté de la presse ;
- la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite loi « Informatique et Libertés » ;
- la législation relative aux atteintes aux systèmes de traitement automatisé de données

(Notion de fraude informatique) (article 323-1 et suivants du code pénal) ;

- la loi n°2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique ;
- les lois Hadopi I (loi n° 2009-669 du 12 juin 2009) et Hadopi II (loi n° 2009-1311 du 28 octobre 2009) codifiées notamment dans le code de la propriété intellectuelle ;

ainsi que toutes les autres dispositions du code de la propriété intellectuelle relative à la propriété littéraire et artistique.

- la loi Godfrain (loi n°88-19 du 05/01/1988) relative à la fraude informatique (réprime les actes de criminalité informatique et de piratage)
- le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes

physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données