

**Rue des Ursulines  
B.P 329  
37403 AMBOISE Cedex**

**Tél. : 02.47.23.33.41**

**Fax : 02.47.23.33.04**

**[chic@chicacr.fr](mailto:chic@chicacr.fr)**

# Règlement intérieur

# Sommaire

## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre I – Organisation générale.....</b>	<b>3</b>
<b>I – Organisation administrative .....</b>	<b>3</b>
<b>A – Le Conseil de Surveillance.....</b>	<b>3</b>
1 Composition et désignation.....	3
2 Missions.....	6
3 Fonctionnement.....	7
<b>B – Le Directeur.....</b>	<b>8</b>
1 La nomination du Directeur.....	8
2 Le retrait d'emploi du Directeur .....	9
3 L'évaluation du Directeur .....	9
4 La formation dans le cadre de la prise de fonction.....	10
5 Compétences .....	10
<b>C – Le Directoire.....</b>	<b>12</b>
1 Composition du Directoire.....	12
2 Compétences.....	13
3 Fonctionnement.....	14
<b>II – Les instances consultatives réglementaires.....</b>	<b>14</b>
<b>A – La Commission Médicale d'Établissement (C.M.E).....</b>	<b>14</b>
1 Composition.....	14
2 Compétences.....	16
3 Fonctionnement.....	19
<b>B – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-         Techniques (C.S.I.R.M.T).....</b>	<b>19</b>
1 Composition.....	19
2 Compétences .....	21
3 Fonctionnement.....	21
<b>C – Le Comité Technique d'Établissement (C.T.E).....</b>	<b>22</b>
1 Composition.....	22
2 Attributions.....	23
3 Fonctionnement.....	23
<b>D – Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail         (C.H.S.C.T).....</b>	<b>25</b>
1 Composition.....	25
2 Attributions.....	26
3 Fonctionnement .....	27

<u>E – La Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge (C.R.U.Q).....</u>	<u>28</u>
1 Composition.....	28
2 Missions.....	29
3 Fonctionnement .....	30
<u>F – La Commission de l’Organisation de la Permanence des Soins (C.O.P.S).....</u>	<u>31</u>
1 Composition.....	31
2 Missions.....	31
3 Fonctionnement .....	32
<u>G – Les Commissions Administratives Paritaires Locales (C.A.P.L).....</u>	<u>32</u>
1 Composition.....	32
2 Attributions.....	34
3 Fonctionnement .....	34
<b><u>III – Les instances spécialisées .....</u></b>	<b><u>35</u></b>
<u>A – Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N) - l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (E.O.H).....</u>	<u>36</u>
1 Composition .....	36
2 Missions.....	37
3 Fonctionnement du C.L.I.N et de l'E.O.H.....	38
<u>B – Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (C.L.A.N).....</u>	<u>39</u>
1 Composition.....	39
2 Missions.....	40
3 Fonctionnement .....	40
<u>C – La Commission de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D).....</u>	<u>41</u>
1 Composition.....	41
2 Missions .....	42
3 Fonctionnement .....	42
<u>D – Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (C.O.M.E.D.I.M.S).....</u>	<u>43</u>
1 Composition.....	43
2 Missions.....	43
3 Fonctionnement .....	44
<u>E – Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (C.S.T.H) ...</u>	<u>44</u>
1 Composition.....	44
2 Compétences.....	45
3 Fonctionnement .....	45
<u>F – Le Comité de coordination des Vigilances et de Gestion des risques (C.O.V.I.G).....</u>	<u>45</u>
1 Composition.....	45

a) Le correspondant local d'hémovigilance.....	46
b) Le correspondant local de pharmacovigilance.....	47
c) Le correspondant local de matériovigilance.....	47
d) Le correspondant local de réactovigilance .....	48
1 Missions.....	49
2 Fonctionnement .....	49
<b>G – Le Comité de Retour d'Expériences (C.R.E.X) .....</b>	<b>50</b>
1 Composition.....	50
2 Mission.....	50
3 Fonctionnement .....	50
<b>H – La Revue de Morbidité et de Mortalité (R.M.M) .....</b>	<b>50</b>
1 Composition.....	50
2 Mission.....	50
3 Fonctionnement .....	50
<b>I – Le comité de pilotage de la démarche de certification H.A.S.....</b>	<b>50</b>
1 Composition.....	51
2 Missions.....	51
3 Fonctionnement.....	51
<b>J – Le Comité d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (C.E.P.P) .....</b>	<b>51</b>
1 Composition.....	51
2 Missions.....	52
3 Fonctionnement .....	52
<b>K – L'Espace de Réflexion Éthique (E.R.E).....</b>	<b>53</b>
1 Composition.....	53
2 Missions.....	53
3 Fonctionnement .....	54
<b>L – Le collège médical du Département de l'Information Médicale .....</b>	<b>55</b>
1 Composition.....	55
2 Missions.....	55
3 Fonctionnement .....	55
<b>M – La Commission de la Formation Continue.....</b>	<b>55</b>
1 Composition.....	55
2 Missions.....	56
3 Fonctionnement .....	56
<b>N – La commission médicale de formation continue .....</b>	<b>56</b>
<b>O – La commission des antibiotiques .....</b>	<b>56</b>
1 Composition .....	56
2 Mission .....	57
<b>P – Le Conseil de Vie Sociale de l'E.H.P.A.D.....</b>	<b>57</b>

<b>Q – Le Conseil du Bloc Opérateur</b> .....	<b>57</b>
1 Composition.....	57
2 Missions.....	58
3 Fonctionnement.....	58
<b>R – La commission des menus</b> .....	<b>58</b>
1 Composition.....	58
2 Mission.....	58
3 Fonctionnement .....	58
<b>S – La commission des équipements médicaux</b> .....	<b>59</b>
1 Composition.....	59
2 Mission .....	59
3 Fonctionnement.....	59
<b>T – La commission de suivi des personnels présentant des problèmes de santé</b> .....	<b>59</b>
1 Composition.....	59
2 Mission.....	59
3 Fonctionnement .....	59
<b>U – La commission culture</b> .....	<b>59</b>
<b>V – Le comité de rédaction du journal interne</b> .....	<b>60</b>
<b>W – Les diverses réunions</b> .....	<b>60</b>
<b>IV – Les pôles d'activité</b> .....	<b>60</b>
<b>A – Présentation des pôles d'activité</b> .....	<b>60</b>
<b>B - Les missions des pôles</b> .....	<b>62</b>
<b>C - Les structures internes des pôles</b> .....	<b>62</b>
<b>D - Le Chef de pôle</b> .....	<b>63</b>
1 Nomination.....	63
2 Missions et fonctions .....	64
<b>E - Le contrat de pôle</b> .....	<b>65</b>
<b>F - Le projet de pôle</b> .....	<b>65</b>
<b>V – Organisation du travail</b> .....	<b>66</b>
<b>VI – Organisation des soins et fonctionnement médical</b> .....	<b>66</b>
<b>A – Le code de déontologie médicale</b> .....	<b>66</b>
<b>B – La Pharmacie à Usage Intérieur (P.U.I.)</b> .....	<b>67</b>
<b>C – Le fonctionnement médical</b> .....	<b>68</b>
1 La visite médicale.....	68
2 Le dossier médical .....	68
<b>D – Le Département de l'Information Médicale (D.I.M.)</b> .....	<b>70</b>

<b>Chapitre II – Mesures de police générale.....</b>	<b>71</b>
<b>I – Circulation et stationnement des véhicules .....</b>	<b>71</b>
<b>II – Règles de vie collective .....</b>	<b>71</b>
A – L'hygiène à l'hôpital.....	72
B – Les animaux à l'hôpital.....	72
C – L'interdiction de fumer.....	73
D – Les téléphones portables.....	73
E – Objets et produits interdits.....	73
F – Le respect de la neutralité du service public.....	73
G – Equipements informatiques.....	74
<b>III – L'exercice du droit de visite dans l'établissement .....</b>	<b>75</b>
A – Les horaires de visite.....	75
B – Les conditions d'exercice du droit de visite.....	75
C – Les obligations des visiteurs.....	75
<b>Chapitre III – Dispositions relatives aux usagers de l'établissement....</b>	<b>76</b>
<b>I – Admissions .....</b>	<b>76</b>
A – Dispositions générales.....	76
1 Mode d'admission.....	76
2 Admission en urgence.....	76
3 Transfert après premiers secours.....	77
4 Information de la famille.....	77
5 Refus d'hospitalisation du malade.....	77
6 Accueil des patients.....	77
7 Dépôt des biens.....	78
8 Régime d'hospitalisation.....	79
9 Prise en charge des frais d'hospitalisation.....	80
B – Dispositions particulières.....	80
1 Militaires.....	80
2 Détenus.....	81
3 Mineurs.....	81
4 Majeurs légalement protégés.....	82
5 Malades toxicomanes.....	82
<b>II – Conditions de séjour .....</b>	<b>82</b>
A – Information médicale et expression de la volonté du patient.....	82
1 Information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications.....	82
2 La personne à prévenir.....	83
3 La personne de confiance.....	83

4 Le consentement aux soins.....	83
5 L'accès au dossier médical.....	84
6 Information de la famille et des proches du patient.....	85
7 Discrétion demandée par le malade.....	86
8 Prise de vue et utilisation de l'image de la personne.....	86
Expression de la volonté relative à la fin de vie : Les directives anticipées .....	87
<b>B – Vie à l'hôpital.....</b>	<b>88</b>
1 Repas.....	88
2 Effets personnels.....	88
3 Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital.....	89
4 Désordres causés par le malade.....	89
5 Gratifications.....	89
<b>C – Services mis à la disposition des patients.....</b>	<b>89</b>
1 Courrier.....	89
2 Téléphone.....	90
3 Télévision.....	90
4 Service social.....	90
5 Exercice du culte.....	91
<b>III – Sorties .....</b>	<b>91</b>
A – Permission de sortie.....	91
B – Formalités de sortie.....	92
C – Sortie contre avis médical.....	92
D – Sortie disciplinaire.....	93
E – Aggravation de l'état de santé.....	93
F – Sortie des mineurs.....	93
G – Transport des patients.....	94
H – Questionnaire de sortie.....	94
<b>IV – Personnes décédées .....</b>	<b>94</b>
A – Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée.....	94
1 Constat du décès.....	94
2 Certificat de décès.....	95
3 Notification du décès et information de l'entourage.....	95
4 Indices de mort violente ou suspecte.....	95
5 Toilette mortuaire et inventaire après décès.....	95
6 Dévolution des biens des hospitalisés décédés.....	96
7 Mesures de police sanitaire.....	96
8 Dépôt du corps à la chambre mortuaire et présentation du corps.....	96
9 Inhumation ou crémation du corps.....	97

<u>B – Transport de corps.....</u>	<u>98</u>
<u>1 Transport de corps à résidence sans mise en bière.....</u>	<u>98</u>
<u>2 Transport en chambre funéraire avant mise en bière.....</u>	<u>98</u>
<u>3 Mise en bière et transport du corps après mise en bière.....</u>	<u>99</u>
<b><u>V – Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades .....</u></b>	<b><u>100</u></b>
<u>A – Information du médecin traitant ou désigné par le malade.....</u>	<u>100</u>
<u>1 A l'admission.....</u>	<u>100</u>
<u>2 En cours d'hospitalisation.....</u>	<u>100</u>
<u>3 Après la sortie.....</u>	<u>100</u>
<u>B – Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale .....</u>	<u>100</u>
<b><u>Chapitre IV – Dispositions spécifiques aux patients hospitalisés en psychiatrie .....</u></b>	<b><u>101</u></b>
<b><u>I – Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ....</u></b>	<b><u>101</u></b>
<u>A – Le consentement des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques</u>	<u>101</u>
<u>B – Les différents mode de prise en charge en soins psychiatriques .....</u>	<u>101</u>
<u>C – L'hospitalisation en soins psychiatriques .....</u>	<u>102</u>
<u>1 Le suivi du patient hospitalisé en soins psychiatriques .....</u>	<u>102</u>
<u>2 Le maintien des droits (dignité, information...) .....</u>	<u>102</u>
<u>3 Le droit d'être protégé .....</u>	<u>103</u>
<u>D – La composition du collège assurant le suivi du patient en soins psychiatriques .....</u>	<u>103</u>
<u>E – L'admission ou la levée des soins psychiatriques concernant un mineur .....</u>	<u>104</u>
<u>F – Le réajustement de la forme de prise en charge.....</u>	<u>104</u>
<u>G – L'autorisation de sortie.....</u>	<u>104</u>
<u>H – Le Juge des Libertés et de la Détention (saisine, rôle...) .....</u>	<u>105</u>
<b><u>II – Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent .....</u></b>	<b><u>106</u></b>
<u>A – Les soins psychiatriques sur décision du Directeur d'établissement .....</u>	<u>106</u>
<u>B – L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers .....</u>	<u>107</u>
<u>C – La levée ou le maintien des soins psychiatriques .....</u>	<u>107</u>
<u>D – Le devoir d'information du Directeur .....</u>	<u>108</u>
<u>E – La tenue d'un registre.....</u>	<u>109</u>
<b><u>III – Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.....</u></b>	<b><u>109</u></b>
<u>A – L'admission sur demande du représentant de l'État au vu du certificat ..</u>	<u>109</u>
<u>B – L'admission en cas de péril imminent .....</u>	<u>110</u>



<u>C – Le suivi du patient admis en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État .....</u>	<u>110</u>
<u>1 Les certificats et avis médicaux .....</u>	<u>110</u>
<u>2 La modification de la prise en charge par le représentant de l'État.....</u>	<u>111</u>
<u>3 La levée de la mesure de soins psychiatriques .....</u>	<u>111</u>
<u>4 L'expertise psychiatrique demandée par le représentant de l'État .....</u>	<u>111</u>
<u>D – Le rôle du représentant de l'État .....</u>	<u>112</u>
<u>1 La levée de la mesure de soins en psychiatrie .....</u>	<u>112</u>
<u>2 Le devoir d'information du Préfet suite à la levée d'une mesure de soins psychiatriques .....</u>	<u>112</u>
<b><u>Glossaire.....</u></b>	<b><u>113 et 114</u></b>

## Introduction

Selon l'article L. 6141-1 du Code de la Santé Publique, « *Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.* »

Établissement public de santé, le Centre Hospitalier Intercommunal (C.H.I.C) Amboise/Château-Renault est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est soumis au contrôle de l'État.

Ce contrôle sur le fonctionnement du C.H.I.C est exercé par l'Agence Régionale de Santé (A.R.S) du Centre. Sa mission de contrôle est mise en œuvre et articulée selon quatre axes distincts à l'égard des établissements publics de santé :

- coordination ;
- surveillance ;
- supervision ;
- contrôle de l'équilibre financier des établissements publics de santé.

Depuis la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009, le C.H.I.C Amboise/Château-Renault est doté d'un Conseil de Surveillance et dirigé par un Directeur assisté d'un Directoire.

*(Art. L. 6111-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Les établissements de santé publics assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, blessés et des femmes enceintes.*

*Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du Code de l'Action Sociale et des Familles.*

*Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.*

*Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.*

*Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale. »*

*(Art. L. 6111-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.*

*Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »*

*(Art. L. 6111-3 du Code de la Santé Publique)*

« Les établissements publics de santé peuvent créer et gérer les établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. »

Le C.H.I.C Amboise/Château-Renault exerce ces différentes missions en tenant compte des aspects psychologiques du patient et de son environnement.

Il détermine sa politique générale au travers de son projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs des schémas d'organisation sanitaire de la région Centre.

Il conclut avec l'Agence Régionale de la Santé (A.R.S) un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M) d'une durée de cinq ans.

Pour assurer ses missions, il est composé des établissements et services suivants :

- Hôpital Robert Debré - Rue des Ursulines BP 329 - Amboise Cedex ;
- Hôpital Jean Delaneau - Boulevard Jules Joran BP 68 - Château-Renault ;
- Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D) Ambroise Paré - 15 rue Ambroise Paré - 37400 Amboise ;
- E.H.P.A.D Grand Mail - Avenue des Martyrs de la Résistance - 37400 Amboise ;
- E.H.P.A.D Saint Denis - Quai du Général de Gaulle - 37400 Amboise ;
- E.H.P.A.D Val de Brenne Rue Jean Hervé - 37110 Auzouer en Touraine ;
- Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I) Robert Debré - 19 Route de Tours - 37400 Amboise ;
- Accueil de jour spécialisé Alzheimer « La pause Aloïs » - 15 rue Amboise Paré - 37400 Amboise.
- Centre Médico-Psychologique (C.M.P) adultes et enfants : Amboise – rue des Ursulines – 37400 Amboise
- C.M.P Château-Renault – Rue de la Foulerie – 37110 Château-Renault
- Interventions C.M.P à Bléré, Loches, Monnaie, Neuvy-le-Roi, Vouvray
- Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P) sur les sites d'Amboise et de Château-Renault (adultes)
- C.M.P. de Tours 90 rue Marcel Tribut 37000 Tours (enfants ados)
- C.A.T.T.P. enfants rue des Ursulines 37400 Amboise

# Chapitre I – Organisation générale

## I – Organisation administrative

### A – Le Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance remplace le Conseil d'Administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'établissement.

#### 1 Composition et désignation

*(Art. R. 6143-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le nombre des membres du Conseil de Surveillance des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-1 du Code de la Santé Publique est égal à neuf pour les établissements de ressort communal et à quinze pour les autres établissements. »*

Le Centre Hospitalier Amboise/Château-Renault de ressort intercommunal, a un Conseil de Surveillance composé de quinze membres répartis en trois collèges de cinq personnes.

*(Art. R. 6143-3 du Code de la Santé Publique)*

*« Les Conseils de Surveillance composés de quinze membres comprennent :*

- *Au titre des représentants des collectivités territoriales pour les établissements de ressort intercommunal :*
  - *Le Maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant*
  - *Un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrée en hospitalisation en cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement principal ;*
  - *Deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre auxquels appartiennent 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 mentionné au point précédent ;*
  - *Le Président du Conseil Général du département siège de l'établissement principal ou son représentant.*
- *Au titre des représentants du personnel :*
  - *Un membre de la Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques désigné par celle-ci ;*
  - *Deux membres désignés par la Commission Médicale d'Établissement ;*
  - *Deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité Technique d'Établissement.*
- *Au titre des personnalités qualifiées :*
  - *Deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;*
  - *Trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-4 du Code de la Santé Publique.*

*Le nombre de membres de chacun des collèges est identique ».*

Au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, le collège des représentants des collectivités territoriales se compose des membres suivants :

- Le Maire d'Amboise ou Château-Renault, ou à défaut, un représentant ;
- Un représentant de la commune d'Amboise ;
- Un représentant de la communauté de communes du Castelrenaudais
- Un représentant de communes Val d'Amboise ;
- Le Président du Conseil Général d'Indre-et-Loire, ou son représentant.

*(Art. R. 6143-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Les membres du Conseil de Surveillance sont nommés par arrêté du Directeur Général de l'A.R.S de la région siège de leur établissement principal.*

*Les membres des Conseils de Surveillance des établissements publics de santé, qui ne sont ni membres de droit ni personnes qualifiées, sont désignés dans les conditions suivantes :*

*1) Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au Conseil de Surveillance tombe sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article 6143-6, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.*

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

*3) Le membre désigné par la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est élu, en son sein, par cette commission. L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.*

*4) Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement concerné, à l'occasion des élections au Comité Technique d'Établissement. Lorsque le Conseil de Surveillance comprend deux représentants du personnel, le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes. »*

*(Art. R. 6143-5 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Président du Conseil de Surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnes qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du Conseil de Surveillance prennent fin, son mandat prend fin également. Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.*

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

*(Art. R. 6143-6 du Code de la Santé Publique)*

« Le Président du Conseil de Surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un Vice-Président, qui préside le Conseil de Surveillance en son absence.

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

*(Art. L. 6143-6 du Code de la Santé Publique)*

« Nul ne peut être membre d'un Conseil de Surveillance :

- à plus d'un titre ;
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
- 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 est lié à l'établissement par contrat. Toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1 du Code de la Santé Publique ;
- s'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la Fonction Publique Hospitalière ;
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du Conseil de Surveillance de l'A.R.S. »

*(Art. R. 6143-13 du Code de la Santé Publique)*

« Les membres des Conseils de Surveillance qui tombent sous le coup des incompatibilités et incapacités prévues à l'article L. 6143-6 du Code de la Santé Publique démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le Directeur Général de l'A.R.S.

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

*(Art. R. 6143-12 du Code de la Santé Publique)*

« La durée des fonctions de membre de Conseil de Surveillance est de cinq ans. Le mandat des membres du Conseil de Surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

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

*Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du Comité Technique d'Établissement. Toutefois, ils continuent de siéger au sein du Conseil de Surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants. »*

Ont voix consultative au Conseil de Surveillance du C.H.I.C Amboise/Château-Renault :

- Le Directeur de l'établissement, Président du Directoire
- Le Président de la C.M.E, Vice-Président du Directoire ;
- Le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé ou son représentant ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique ;
- Le Directeur de la Caisse de mutualité sociale agricole Berry Touraine ;
- Un représentant des familles de personnes accueillies en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D).

## **2 Missions**

*(Art. R. 6143-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :*

- *le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 du Code de la Santé Publique ;*
- *le compte financier et l'affectation des résultats ;*
- *toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) est partie prenante, ainsi que sur tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;*
- *le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur ;*
- *toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance.*

*Le Conseil de Surveillance donne son avis sur :*

- *la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;*
- *les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 du Code de la Santé Publique ;*
- *le règlement intérieur de l'établissement.*

*Le Conseil de Surveillance communique au Directeur Général de l'A.R.S ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur et sur la gestion de l'établissement.*

*A tout moment, le Conseil de Surveillance opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.*

*Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le Conseil de Surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.*

*Le Conseil de Surveillance entend le Directeur sur l'État des Prévisions de Recettes et de Dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. »*

### 3 Fonctionnement

*(Art. R. 6143-7 du Code de la Santé Publique)*

*« Les fonctions de membre du 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. Les membres représentant les usagers bénéficient, pour l'exercice de leur mandat, du congé de représentation prévu à l'article L. 3142-51 du Code du Travail. »*

*(Art. R. 6143-8 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Conseil de Surveillance se réunit sur convocation de son Président ou à la demande du tiers de ses membres.*

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

*En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le Président.*

*Les convocations à la première réunion du Conseil de Surveillance sont adressées par le Président du Directoire. Les autres modalités de la convocation du Conseil de Surveillance sont fixées par son règlement intérieur. »*

*(Art. R. 6143-9 du Code de la Santé Publique)*

*« 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 trois et huit jours. »*

*(Art. R. 6143-10 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Conseil de Surveillance 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 compris entre trois et huit jours, est réputé valable quel que soit, le nombre des présents. Dans ce cas, le Conseil de Surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure. »*

*(Art. R. 6143-10 du Code de la Santé Publique)*

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

*(Art. R. 6143-11 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur.*

*Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques.*

*Les membres du Conseil de Surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel. »*



*(Art. R. 6143-14 du Code de la Santé Publique)*

*« 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. »*

*Les délibérations sont transmises sans délai au Directeur Général de L'A.R.S. Celui-ci peut se représenter au Conseil de Surveillance. »*

*(Art. R. 6143-15 du Code de la Santé Publique)*

*« Les membres du Conseil de Surveillance reçoivent un compte-rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion du Conseil de Surveillance. »*

*(Art. R. 6143-16 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Conseil de Surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le Directeur de l'établissement. Le secrétariat du Conseil de Surveillance est assuré à la diligence de ce dernier. »*

## **B – Le Directeur**

En plus d'être doté d'un Conseil de Surveillance, le C.H.I.C Amboise/Château-Renault est dirigé par un Directeur assisté d'un Directoire. Le Directeur en est le Président. Cette nouvelle architecture se caractérise en particulier par un transfert des compétences de gestion du Conseil d'Administration au Directeur, Président du Directoire. Cette nouvelle donne implique logiquement des évolutions dans la nomination, le retrait d'emploi, l'évaluation et la formation du Chef d'établissement.

### **1 La nomination du Directeur**

*(Art. L. 6143-7-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Pour les établissements de santé publics intercommunaux, le Directeur est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le Directeur Général de l'A.R.S, après avis du Conseil de Surveillance. »*

*Après avis du Conseil de Surveillance, le Directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la Fonction Publique Hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la Commission Administrative Paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1 du Code de la Santé Publique. »*

*(Article 3 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière, modifiée par la loi 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique)*

*« Des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire peuvent être nommées sur les emplois de Directeur des établissements publics de santé par le Directeur Général de l'A.R.S. Ces personnes suivent, à l'École des Hautes Études en Santé Publique ou dans tout autre organisme adapté, une formation les préparant à leurs nouvelles fonctions. »*

*L'accès de non-fonctionnaires à ces emplois n'entraîne pas leur titularisation dans l'un des corps ou emplois de fonctionnaires. Les nominations à ces emplois sont révocables, qu'elles concernent des fonctionnaires ou des non-fonctionnaires. »*

En cas de vacance d'emploi ou d'absence du Directeur, le Directeur Général de l'A.R.S prend toute mesure nécessaire en vue de faire assurer l'intérim des fonctions par des personnels de direction.

## **2 Le retrait d'emploi du Directeur**

*(Art. L. 6143-7-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Après avis du Président du Conseil de Surveillance, le Directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la C.A.P.N compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1 du Code de la Santé Publique. »*

En cas de mise sous administration provisoire, le Directeur de l'établissement est placé en recherche d'affectation auprès du C.N.G. L'avis de la C.A.P.N n'est pas alors requis. Le placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de Direction ou à des Directeurs des soins.

Pendant la période de recherche d'affectation, le Directeur est tenu d'effectuer toutes les actions et démarches, déterminées par lui et arrêtées par le C.N.G, lui permettant soit de retrouver une affectation dans un établissement public de santé soit d'accéder à un autre emploi des secteurs public ou privé. La recherche d'affectation est d'une durée maximale de deux ans. Elle débouche sur un placement en disponibilité d'office au terme de cette période ou en cas de refus successif de trois offres d'emploi public fermes et précises.

## **3 L'évaluation du Directeur**

*(Décret n°2010-265 du 11 mars 2010 relatif aux modalités de sélection et d'emploi des personnes nommées en application de l'article 3 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.)*

*« Le Directeur fait l'objet d'une évaluation annuelle conduite par le Directeur Général de l'A.R.S. L'évaluation repose sur un entretien formalisé entre le Directeur et le Directeur Général de l'A.R.S et tient compte des objectifs assignés et des résultats obtenus. Cet entretien donne lieu à un compte rendu écrit, faisant état du bilan des résultats atteints au regard des objectifs assignés. Il est signé par l'autorité chargée de l'évaluation et le Directeur concerné. »*

L'évaluation des Directeurs adjoints et du Directeur des soins est effectuée par le Directeur du C.H.I.C Amboise/Château-Renault.

## **4 La formation dans le cadre de la prise de fonction**

*(Art. L. 6143-7-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Dans le cadre de sa prise de fonction, le Directeur suit une formation adaptée à sa fonction, dont son contenu est fixé par décret ».*

*(Décret n°2009-1761 du 30 décembre 2009 relatif à la formation des personnels de direction lors de leur prise de fonctions en qualité de Directeur dans un établissement public de santé.)*

*« Cette formation peut être suivie auprès de l'École des Hautes Études en Santé Publique (E.H.E.S.P) ou de tout autre organisme dispensant une formation similaire et ayant passé une convention de coopération avec l'E.H.E.S.P.*

*La formation doit permettre l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice de ses fonctions par le Directeur.*

*Le Directeur Général du Centre National de Gestion (C.N.G) peut dispenser le Directeur d'effectuer une partie du dispositif de formation si sa formation antérieure, son expérience professionnelle, ses perspectives et objectifs définis avec le Directeur Général de l'A.R.S ou le représentant de l'État dans le département le justifient. A titre exceptionnel, le Directeur Général du C.N.G peut également dispenser le Directeur de la totalité de cette formation.*

*Le cahier des charges du dispositif de formation est établi par arrêté du Ministre chargé de la santé. Le dispositif de formation à la prise de fonction de Chef d'établissement public de santé est organisé sous forme de modules non continus et comprend les thèmes suivants :*

- santé publique ;*
- fonction de Chef d'établissement ;*
- stratégie et conduite de projets en établissements de santé ;*
- gestion des relations humaines ;*
- gestion financière et budgétaire ;*
- qualité et gestion des risques ;*
- patrimoine, architecture et environnement ;*
- systèmes d'information en santé.*

*Cette formation est effectuée par le Directeur concerné dans un délai maximal d'un an à compter de sa prise de fonction. Ce délai peut être porté à dix-huit mois sur décision du Directeur Général de l'A.R.S. »*

## **5 Compétences**

*(Art. L. 6143-7 du Code de la Santé Publique)*

*« 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 qui relèvent des compétences du Conseil de Surveillance et autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire.*

*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 de soins. La Commission Administrative Paritaire Compétente émet un avis sur ces propositions.*

*Sur proposition du Chef de pôle ou, à défaut, du Responsable de la structure interne, et après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement, il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés à l'article L. 6152-1 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. Il peut déléguer sa signature.*

*Après concertation avec le Directoire, le Directeur :*

- Conclut le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ;*
- Décide, conjointement avec le Président de la C.M.E, 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 ;*
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;*
- Détermine le programme d'investissement après avis de la C.M.E en ce qui concerne les équipements médicaux ;*
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations ;*
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance ;*
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 du Code de la Santé Publique ;*
- Peut proposer au Directeur Général de l'A.R.S, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopérations ou réseaux ;*
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;*
- Conclut les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ;*
- Soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;*
- Conclut les délégations de service public ;*
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;*
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, il décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;*
- Présente à l'A.R.S le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du Code de la Santé Publique ;*
- Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 du Code de la Santé Publique. »*

*(Art. L. 6146-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis de la C.M.E.*

*Les Chefs de pôle sont nommés par le Directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le Président de la C.M.E pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique.*

*En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le Directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les Chefs de pôle de son choix. »*

*(Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009)*

*« Il peut mettre fin dans l'intérêt du service aux fonctions de Chef de pôle après avis du Président de la C.M.E. Au sein du pôle, il nomme également les collaborateurs du Chef de pôle sur la proposition du Chef de pôle.*

*Le Directeur nomme les Responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du Chef de pôle, après avis du Président de la C.M.E. Il peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service, de sa propre initiative ou sur proposition du Chef de pôle. »*

*(Art. L. 6146-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du Chef de pôle, après avis du Président de la C.M.E, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les médecins statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.*

*Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. »*

*(Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009)*

*« À l'exception des membres de droit, il nomme et révoque les membres du Directoire, après information du Conseil de Surveillance. Pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le Directeur les nomme sur présentation d'une liste de proposition établie par le Président de la C.M.E. En cas de désaccord, le Directeur peut demander une nouvelle liste. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix. Il peut mettre fin à leurs fonctions (à l'exception des membres de droit : Vice-Présidents et Président de la Commission des soins infirmiers) après information du Conseil de Surveillance. »*

Le Directeur du C.H.I.C Amboise/Château-Renault dispose donc de très larges compétences dans la conduite de l'établissement qu'il exerce en propre ou après concertation du Directoire.

## **C – Le Directoire**

Le Directoire est une nouvelle instance qui remplace l'ancien Conseil Exécutif. Le Directoire est chargé de l'élaboration de la stratégie médicale et de la politique de gestion, très clairement investi du pilotage de l'établissement, tant vis-à-vis des tutelles qu'en interne. Ce pilotage implique de suivre l'application des politiques d'établissement, de fixer des objectifs aux pôles et d'évaluer les résultats de leur mise en œuvre, notamment à travers le suivi des contrats de pôles.

### **1 Composition du Directoire**

*(Art. L. 6143-7-5 du Code de la Santé Publique)*

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

*Il comporte sept membres :*

- Le Directeur, Président du Directoire ;*
- Le Président de la C.M.E, Vice-Président du Directoire ;*
- Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;*
- Des membres nommés, et le cas échéant, révoqués par le Directeur, après information du Conseil de Surveillance. Pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le Directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la C.M.E. En cas de désaccord, le Directeur peut demander une nouvelle liste. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.*

*La durée du mandat des membres du Directoire est déterminé par décret. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre. »*

*(Instruction n°DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des Directoires des établissements publics de santé).*

*« Les membres de droit du Directoire sont, dans les centres hospitaliers, le Directeur de l'établissement, le Président de la C.M.E et le Président de la C.S.I.R.M.T.*

*Il revient par ailleurs au Directeur de nommer quatre membres, dont au moins trois membres appartenant au personnel médical, pharmaceutique, maïeutique, et odontologique de l'établissement. »*

*(Art. D. 6143-35-1 du Code de la Santé Publique)*

*« La durée du mandat des membres du directoire nommés par le Président du Directoire de l'établissement est de quatre ans. Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau Directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire. »*

*(Art. D. 6143-35-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Directeur nomme les membres du Directoire qui appartiennent aux professions médicales, sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la C.M.E. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le Directeur sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le Directeur peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix. »*

*(Art. D. 6143-35-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Les fonctions de membre du Directoire sont exercées à titre gratuit. »*

## **2 Compétences**

*(Art. L. 6143-7-3 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Président de la C.M.E est le Vice-Président du Directoire. Les modalités d'exercice de sa fonction sont précisées par décret. Il élabore, avec le Directeur est en conformité avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, le projet médical de l'établissement. Il coordonne la politique médicale de l'établissement. »*

*(Art. L. 6143-7-4 du Code de la Santé Publique)*

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

Le Directoire conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Se référer aux compétences du Directeur en Sous-section 2. (Art. L. 6143-7 du Code de la Santé Publique).

Une concertation du Directoire est organisée sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement. Cette concertation permet au Directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés.

### 3 Fonctionnement

*(Art. D. 6143-35-5 du Code de la Santé Publique)*

« La concertation prévue à l'article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par le Président du Directoire.

*En outre, celui-ci le réunit au moins huit fois par an, sur un ordre du jour déterminé. »*

*(Art. D. 6143-35-4 du Code de la Santé Publique)*

« Les fonctions de membre du Directoire sont exercées à titre gratuit. »

## II – Les instances consultatives réglementaires

### A – La Commission Médicale d'Établissement (C.M.E)

#### 1 Composition

*(Art. R. 6144-3 du Code de la Santé Publique)*

« La composition de la Commission Médicale d'Établissement dans les centres hospitaliers est fixée comme suit :

- *L'ensemble des Chefs de pôle d'activité cliniques ou médico-techniques de l'établissement ;*
- *Des représentants élus des Responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;*
- *Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;*
- *Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels exerçant à titre libéral de l'établissement ;*
- *Des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;*
- *Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.*

*Assistent en outre avec voix consultative :*

- *Le Président du Directoire ou son représentant ;*
- *Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;*
- *Le praticien Responsable de l'information médicale ;*
- *Le représentant du Comité Technique d'Établissement, élu en son sein ;*
- *Le praticien Responsable de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène ;*
- *Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur d'établissement.*

*Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix ».*

*(Art. R. 6144-3-2 du Code de la Santé Publique)*

*« La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui en assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement ».*

Au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, les membres de la C.M.E. sont ainsi répartis :

- l'ensemble des Chefs des pôles d'activités cliniques et médico-techniques du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, membres de droit.
- Représentants élus des Responsables des structures internes : six membres titulaires et six membres suppléants.
- Représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires non responsables de structures internes : onze membres titulaires et onze membres suppléants.
- Représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels (PH à titre probatoire – praticien contractuel – assistant et assistant spécialiste – praticien attaché) : six membres titulaires et six membres suppléants.
- Représentants élus des sages-femmes : deux membres titulaires et deux membres suppléants.
- Représentants délégués des internes : un représentant pour les internes de médecine générale et un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités.

*(Art. R. 6144-4 du Code de la Santé Publique)*

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

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

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

*La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.*

*Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le Président du Directoire après avis des organisations représentatives des internes.*

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

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

*En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement.*

*La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au Directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la Commission Médicale d'Établissement. »*

*(Art. R. 6144-5 du Code de la Santé Publique)*



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

*(Art. R. 6144-5-1 du Code de la Santé Publique)*

« Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Établissement prennent fin sur présentation de sa démission au Président du Directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la C.M.E, ses fonctions au sein de la C.M.E sont assumées par le Vice-Président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau Président. »

## 2 Compétences

*(Art. R. 6144-1 du Code de la Santé Publique)*

« La C.M.E est consultée sur les matières suivantes :

- le projet médical de l'établissement ;
- le projet d'établissement ;
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;
- la convention constitutive des centres hospitaliers et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la Santé Publique ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- le plan de développement professionnel continu (en ce qui concerne les professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques) ;
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social. »

*(Art. R. 6144-1-1 du Code de la Santé Publique)*

« La C.M.E est informée sur les matières suivantes:

- l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;
- le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens du C.H.I.C Amboise/Château-Renault ;
- le rapport annuel d'activité de l'établissement ;
- les contrats de pôles ;
- le bilan annuel des tableaux de service ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- l'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ;
- l'organisation interne de l'établissement ;
- la programmation de travaux et les aménagements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins. »

*(Art. R. 6144-2 du Code de la Santé Publique)*

« La C.M.E contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en ce qui concerne notamment :

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

(Art. R. 6144-2-1 du Code de la Santé Publique)

« La C.M.E contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir :

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- l'évaluation de la prise en charge des patients (en particulier, en ce qui concerne les urgences et les admissions non programmées) ;
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- l'organisation des parcours de soins. »

(Art. R. 6144-2-2 du Code de la Santé Publique)

« La C.M.E 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. 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 C.P.O.M 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 Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La C.M.E élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. Le Directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur Général de l'A.R.S. »

(Art. L. 6143-7-3 du Code de la Santé Publique)

« Le Président de la C.M.E est le Vice-Président du Directoire. Les modalités d'exercice de sa fonction sont précisées par décret. Il élabore, avec le Directeur est en conformité avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, le projet médical de l'établissement. Il coordonne la politique médicale de l'établissement. »

(Art. D. 6143-37 du Code de la Santé Publique)

« Le Président de la C.M.E, Vice-Président du Directoire, est chargé, conjointement avec le Directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la C.M.E.

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

*Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au Directeur par la C.M.E en vertu de l'article L. 6144-1 du Code de la Santé Publique. »*

*(Art. D. 6143-37-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Président de la C.M.E, Vice-Président du Directoire, élabore avec le Directeur et en conformité avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.*

*Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 du Code de la Santé Publique. Il comprend notamment :*

- Les objectifs médicaux en cohérence avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S) et le contenu de l'offre de soins ;*
- Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;*
- Le cas échéant, les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;*
- L'organisation des moyens médicaux ;*
- Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;*
- 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. »*

*(Art. D. 6143-37-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-Président du Directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :*

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;*
- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;*
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;*
- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;*
- Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement. »*

*(Art. D. 6143-37-3 du Code de la Santé Publique)*

*« Le temps consacré aux fonctions de Président de la C.M.E, Vice-Président du Directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés. Une indemnité de fonction est versée au Président de la C.M.E. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »*

*(Art. D. 6143-37-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Président de la C.M.E, Vice-Président du Directoire, dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions. »*

*(Art. D. 6143-37-5 du Code de la Santé Publique)*

*« Une formation est proposée au Président de la C.M.E à l'occasion de sa prise de fonction. A sa demande, il peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales. Les modalités de cette formation sont définies par arrêté du Ministre chargé de la Santé. »*

### **3 Fonctionnement**

*(Art. R. 6144-6 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Président de la Commission Médicale d'Établissement veille au bon fonctionnement de la commission.*

*Pour l'accomplissement de ses missions, la C.M.E définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes :*

*La Commission Médicale d'Établissement se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son Président qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du Président du Directoire, soit du Directeur Général de l'A.R.S sur l'ordre du jour qu'ils proposent.*

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

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

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

*L'établissement concourt au bon fonctionnement de la C.M.E et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles. »*

## **B – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (C.S.I.R.M.T)**

*(Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé).*

### **1 Composition**

*(Art. R. 6146-11 du Code de la Santé Publique)*

*« La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.*

*Au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, la présidence de la C.S.I.R.M.T est assurée par le Directeur des soins, qui est de droit membre du Directoire.*

*Les représentants élus constituent trois collèges :*

- *Collège des cadres de santé ;*
- *Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;*
- *Collège des aides-soignants.*

*Participent aux séances de la commission avec voix consultative :*

- *Les Directeurs des soins chargés des instituts de formation rattachés à l'établissement ;*
- *Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du Directeur des instituts de formation ;*
- *Un élève aide-soignant nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du Directeur de l'institut de formation ;*
- *Un représentant de la Commission Médicale d'Établissement.*

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

*(Art. R. 6146-12 du Code de la Santé Publique)*

*« Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin. Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.*

*Le nombre de sièges au sein de la C.S.I.R.M.T est déterminé par le règlement intérieur dans la limite de trente membres pour les centres hospitaliers. »*

*(Art. R. 6146-12 du Code de la Santé Publique)*

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

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

*Au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, la C.S.I.R.M.T est composée par :*

- *Vingt-deux membres titulaires :*
  - *Huit membres pour le Collège des cadres de santé ;*
  - *Onze membres pour le Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;*
  - *Trois membres pour le Collège des aides-soignants.*
- *Des membres ayant voix consultative :*
  - *Un représentant de la C.M.E*
  - *Une assistante sociale / invité permanent*
  - *Un(e) sage-femme / invité permanent*
  - *Le Directeur de l'I.F.S.I ;*
  - *Un représentant des élèves infirmiers ;*
  - *Un représentant des élèves aide-soignant.*

## **2 Compétences**

*(Art. R. 6146-10 du Code de la Santé Publique)*

« La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est consultée pour avis sur :

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

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure d'admission de professionnels de santé libéraux à participer à l'exercice des missions de service public.
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement. »

### **3 Fonctionnement**

*(Art. R. 6146-14 du Code de la Santé Publique)*

« La commission se réunit au minimum trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son Président. Cette convocation est de droit à la demande du Président du Directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. L'ordre du jour est fixé par le Président de la commission. »

*(Art. R. 6146-15 du Code de la Santé Publique)*

« 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. »

*(Art. R. 6146-16 du Code de la Santé Publique)*

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

Le Président de la commission rend compte chaque année de l'activité de la C.S.I.R.M.T dans un rapport adressé au Directoire. »

## **C – Le Comité Technique d'Établissement (C.T.E)**

### **1 Composition**

*(Art. R. 6144-42 du Code de la Santé Publique)*

« Le Comité Technique d'Établissement comprend, outre le Directeur ou son représentant, Président, les représentants du personnel suivants :

- Dans les établissements de moins de cinquante agents : trois membres titulaires et trois membres suppléants ;
- Dans les établissements de cinquante à quatre-vingt-dix-neuf agents : quatre membres titulaires et quatre membres suppléants ;
- Dans les établissements de cent à deux cent quatre-vingt-dix-neuf agents : six membres titulaires et six membres suppléants ;
- Dans les établissements de trois cent à quatre cent quatre-vingt-dix-neuf agents : huit membres titulaires et huit membres suppléants ;
- Dans les établissements de cinq cent à neuf cent quatre-vingt-dix-neuf agents : dix membres titulaires et dix membres suppléants ;
- Dans les établissements de mille à mille neuf cent quatre-vingt-dix-neuf agents : douze membres titulaires et douze membres suppléants ;
- Dans les établissements de deux mille à quatre mille neuf cent quatre-vingt-dix-neuf agents : quinze membres titulaires et quinze membres suppléants ;
- Dans les établissements de cinq mille agents et plus : dix-huit membres titulaires et dix-huit membres suppléants. »

Étant donné que le C.H.I.C Amboise/Château-Renault emploie environ 950 agents, le C.T.E comprend dix représentants du personnel titulaires et dix représentants du personnel suppléants.

*(Art. R. 6144-71 du Code de la Santé Publique)*

« Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

Le Président du comité, en sa qualité de Chef d'établissement, peut se faire assister de ou de ses collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes. »

Sont membres du Comité Technique d'Établissement du C.H.I.C Amboise/Château-Renault :

- Un représentant de la C.M.E.
- Un médecin du travail (lorsque l'ordre du jour comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail)
- Dix représentants du personnel titulaires et dix représentants du personnel suppléants.

Assistent à titre consultatif

- Les collaborateurs du Président :
  - Le Directeur Adjoint, chargé des affaires générales, financières et du système d'information
  - Le Directeur Adjoint, chargé des affaires médicales et des ressources humaines
  - Le Directeur des Soins
  - Le Directeur Adjoint, chargé de la logistique et des travaux
  - Le Directeur du secteur médico-social
  - L'Adjoint des Cadres Hospitaliers à la Direction des Ressources Humaines assure la prise de notes des séances du C.T.E.

*(Art. R. 6144-71 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.*

*Les experts n'ont pas voix délibérative. »*

*(Art. R. 6144-43 du Code de la Santé Publique)*

*« La durée des mandats des représentants du personnel est fixé à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.*

*Lors du renouvellement d'un Comité Technique d'Établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent. »*

## **2 Attributions**

*(Art. R. 6144-40 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Comité Technique d'Établissement est obligatoirement consulté sur :*

- Les projets de délibérations mentionnés à l'article L. 6143-1 du Code de la Santé Publique et sur le plan de redressement présenté par le Président du Directoire à l'A.R.S, ainsi que sur l'organisation interne de l'organisation mentionnée à l'article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique ;*
- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;*
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement personnel continu.*
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;*
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;*
- 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 ;*
- Le règlement intérieur de l'établissement.*

*Le comité est régulièrement informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M), ainsi que de l'État des Prévisions de Recettes et de Dépenses (E.P.R.D) et des décisions mentionnées à l'article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique. »*

*(Art. L. 6143-2-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Comité Technique d'Établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme. »*

## **3 Fonctionnement**

*(Art. R. 6144-68 du Code de la Santé Publique)*

*« Chaque comité établit son propre règlement intérieur. »*



*(Art. R. 6144-69 du Code de la Santé Publique)*

*« Les réunions du comité ont lieu sur convocation de son Président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai de quinze jours.*

*La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.*

*Le comité se réunit au moins une fois par trimestre. »*

*(Art. R. 6144-72 du Code de la Santé Publique)*

*« Le comité élit parmi les membres titulaires un Secrétaire.*

*Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le Président et le Secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante. »*

*(Art. R. 6144-73 du Code de la Santé Publique)*

*« Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce 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. »*

*(Art. R. 6144-74 du Code de la Santé Publique)*

*« Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le Président ne prend pas part au vote. »*

*(Art. R. 6144-75 du Code de la Santé Publique)*

*« Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le Président à la connaissance du Conseil de Surveillance de l'établissement.*

*Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du Directeur d'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours. »*

*(Art. R. 6144-76 du Code de la Santé Publique)*

*« Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du Président à chacun des membres, des suites données à ses avis et vœux. »*

*(Art. R. 6144-77 du Code de la Santé Publique)*

*« Les séances du comité ne sont pas publiques. »*

*(Art. R. 6144-78 du Code de la Santé Publique)*

*« Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs travaux au plus tard quinze jours avant la date de la séance. »*

*(Art. R. 6144-79 du Code de la Santé Publique)*

*« Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du Comité Technique d'Établissement sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ses travaux. »*

*(Art. R. 6144-80 du Code de la Santé Publique)*

*« Les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne reçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation. »*

## **D – Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T)**

*(Art. R. 4615-3 du Code du Travail)*

*« Des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail sont constitués dans les établissements qui emploient au moins cinquante agents.*

*L'effectif à prendre en considération est l'effectif réel de l'ensemble des personnels, y compris les personnels médicaux, employés dans l'établissement au 31 décembre de la dernière année civile. »*

### **1 Composition**

*(Art. R. 4615-9 du Code du Travail)*

*« La délégation du personnel au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail comporte un nombre égal de titulaires et de suppléant. Elle comprend :*

- *Des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes à raison de :*
  - *Trois représentants dans les établissements de cent quatre vingt dix neuf agents et moins.*
  - *Quatre représentants dans les établissements de deux cents à quatre cent quatre vingt dix neuf agents.*
  - *Six représentants dans les établissements de cinq cent à mille quatre cent quatre vingt dix neuf agents.*
  - *Neuf représentants dans les établissements de mille cinq cent agents et plus.*
- *Des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes à raison de :*
  - *Un représentant dans les établissements de deux mille cinq cent agents et moins.*
  - *Deux représentants dans les établissements de plus de deux mille cinq cent agents. »*

*(Art. R. 4615-12 du Code du Travail)*

*« Le C.H.S.C.T est présidé par le Chef d'établissement ou son représentant. »*

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail du C.H.I.C Amboise/Château-Renault est présidé par le Directeur, ou son représentant.

Il est composé de six représentants titulaires du personnel hospitalier non-médical, six représentants suppléants et d'un représentant du personnel médical puisqu'il emploie environ 950 agents.

Participent également aux réunions du C.H.S.C.T à titre consultatif :

- le médecin du travail ;
- le Directeur Adjoint chargé de la logistique et des travaux ;
- le Responsable des services techniques;
- le Directeur des soins ;
- l'infirmière hygiéniste ;

*(Art. L. 4614-11 du Code du Travail)*

*« L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail et peut y assister. »*

Sont invités également aux réunions du CHSCT :

- l'inspecteur du travail;
- le Chef du service Prévention des organismes de sécurité sociale ;
- les autres membres de l'équipe de direction :  
le directeur adjoint chargé des affaires générales, financières et du système d'information ;  
le directeur des ressources humaines et des affaires médicales ;
- le directeur du service médico-social
- le psychologue du travail.

## 2 Attributions

*(Art. L. 4612-1 du Code du Travail)*

*« Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail a pour mission :*

- *De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ;*
- *De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;*
- *De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières. »*

*« Dans l'exercice de ses attributions consultatives, le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail dispose d'un délai d'examen suffisant lui permettant d'exercer utilement ses attributions, en fonction de la nature et de l'importance des questions qui lui sont soumises. »*

Le délai minimal de quinze jours est respecté pour l'envoi des documents à l'appui de l'ordre du jour des séances du CHSCT.

*(Art. L. 4612-2 du Code du Travail)*

*« Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes. Il procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité. »*

*(Art. L. 4612-3 du Code du Travail)*

*« Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel de l'employeur. Le refus de l'employeur est motivé.*

Le C.H.S.C.T est chargé d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liées exclusivement aux problèmes d'hygiène et de sécurité.

A cet effet, il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement et à l'amélioration de leurs conditions de travail.

### **3 Fonctionnement**

*(Art. L. 4614-7 du Code du Travail)*

*« Le C.H.S.C.T se réunit au moins tous les trimestres à l'initiative du Chef d'établissement. »*

*(Art. L. 4614-8 du Code du Travail)*

*« L'ordre du jour de chaque réunion est établi par le Président et le Secrétaire. Les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le président ou le secrétaire. Il est transmis aux membres du comité et à l'Inspecteur du travail. »*

*(Art. L. 4614-9 du Code du Travail)*

*« Le C.H.S.C.T reçoit de l'employeur les informations qui lui sont nécessaires pour l'exercice de ses missions, ainsi que les moyens nécessaires à la préparation et à l'organisation des réunions et aux déplacements imposés par les enquêtes ou inspections.*

*Les membres du comité sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par l'employeur. »*

Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident ayant entraîné ou ayant pas entraîné des conséquences graves, ou à la demande motivée d'au moins deux membres représentants du personnel.

Le comité élit en son sein parmi les représentants du personnel son Secrétaire.

Le secrétaire assure la rédaction du procès-verbal de chaque réunion ; ce procès-verbal est co-signé par le Président et le Secrétaire, puis transmis aux membres du comité qui se prononcent sur son approbation à la séance suivante.

Le comité peut procéder à des inspections, et à des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il prend l'avis de toute personne qualifiée sur les problèmes étudiés.

*(Art. R. 4615-14 du Code du Travail)*

*« La formation des représentants du personnel aux C.H.S.C.T, qui revêt un caractère théorique et pratique a pour objet :*

- De développer en eux l'aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et leur capacité d'analyse des conditions de travail.*

- De les initier aux méthodes et procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail, en tenant compte des caractéristiques de l'établissement. »

*(Art. R. 4615-16 du Code du Travail)*

« Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au C.H.S.C.T. La durée maximale de ce congé de formation est de cinq jours. Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé.

## **E – La Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge (C.R.U.Q)**

La Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge remplace la Commission de conciliation depuis la loi du 4 mars 2002.

*(Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge)*

« La Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge est instituée dans chaque établissement de santé. »

### **1 Composition**

*(Art. R. 1112-81 du Code de la Santé Publique)*

« La commission est composée comme suit :

- Le représentant légal de l'établissement de santé ou la personne qu'il désigne à cet effet, Président ;
- Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le Directeur de l'A.R.S.

La commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

- Le Président de la C.M.E ou son représentant ;
- Un représentant de la C.S.I.R.M.T ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par et parmi les membres du C.T.E ;
- Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées. »

*(Art. R. 1112-82 du Code de la Santé Publique)*

« Les médiateurs mentionnés à l'article R. 1112-81 du Code de la Santé Publique sont un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

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

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements mentionnés à l'article R. 1112-81 ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans.

*Ces nominations interviennent après avis de la C.M.E. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service. »*

*(Art. R. 1112-84 du Code de la Santé Publique)*

*« Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au Directeur de l'A.R.S. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil. »*

*(Art. R. 1112-85 du Code de la Santé Publique)*

*« La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelable. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titres desquels les intéressés ont été désignés. »*

La Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge du C.H.I.C Amboise/Château-Renault est composée par les membres ayant voix délibérative suivants :

- Le Directeur de l'établissement ou son représentant ;
- Un médiateur médecin titulaire et un suppléant ;
- Un *médiateur non médecin* titulaire et un suppléant ;
- Un *représentant des usagers* titulaire et un suppléant ;
- Le Président de la C.M.E.

Elle est présidée par le Directeur de l'établissement ou son représentant.

*(Art. R. 1112-86 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Responsable de la politique de qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative. La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour. »*

Ont voix consultative au sein de la C.R.U.Q du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, les membres suivants :

- Le Responsable *du service qualité* ;
- Le Directeur des soins.

## **2 Missions**

*(Art. R. 1112-80 du Code de la Santé Publique)*

*« La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé 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 aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94, 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 contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :*

- *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 C.M.E ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;*
  - *Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé 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, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;*
  - *Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers.*
  
- *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, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;*
  - *Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de Surveillance qui en tient lieu 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.*
  
- *La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport mentionné à l'article L. 1112-3 du Code de la Santé Publique. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au Conseil de Surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. »*

### **3 Fonctionnement**

*(Art. R. 1112-86 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Président ne prend pas part aux votes. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix. En cas de partage égal des votes, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée. »*

*(Art. R. 1112-87 du Code de la Santé Publique)*

*« 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. Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant. »*

*(Art. R. 1112-88 du Code de la Santé Publique)*

*« 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 réclamations qui lui sont*

transmises. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

*L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le Président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc. »*

*(Art. R. 1112-89 du Code de la Santé Publique)*

*« La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement. Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions. »*

*(Art. R. 1112-90 du Code de la Santé Publique)*

*« Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission. »*

Les membres de la C.R.U.Q sont astreints au secret professionnel.

## **F – La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (C.O.P.S)**

*(Art. 6 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et des les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.)*

*« La Commission Médicale d'Établissement met en place une commission relative à l'organisation de la permanence des soins. »*

### **1 Composition**

*(Art. 7 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et des les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.)*

*« La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins comprend :*

- Le Directeur ou son représentant, assisté du collaborateur de son choix ;*
- Le Président de la Commission Médicale d'Établissement ou son représentant ;*
- Des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du Président de la commission, sont arrêtés par la C.M.E. »*

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins du C.H.I.C Amboise/Château-Renault comprend :

- Le Directeur du C.H.I.C Amboise/Château-Renault ou son représentant ;
- Le Directeur des ressources humaines ;
- Le Président de la Commission Médicale d'Établissement ou son représentant ;
- Six médecins.

### **2 Missions**

*(Art. 8 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et des les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.)*



« Les missions de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins sont les suivantes :

- Définir annuellement avec le Directeur, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- Donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens ;
- Donner son avis sur les conventions de coopération ;
- Établir un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au Directeur ainsi qu'au Président de la C.M.E. ».

### 3 Fonctionnement

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins se réunit sur convocation de son Président et fonctionne conformément aux modalités fixées dans son règlement intérieur.

## G – Les Commissions Administratives Paritaires Locales (C.A.P.L.)

*(Art. 2 du décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003)*

« Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de neuf Commissions Administratives Paritaires distinctes :

- Trois commissions pour les corps de catégorie A ;
- Trois commissions pour les corps de catégorie B ;
- Trois commissions pour les corps de catégorie C.

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même constitué de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents. »

*(Art. 3 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

« Une Commission Administrative Paritaire Locale est créée par délibération de l'assemblée délibérante de l'établissement dès lors que l'effectif des agents relevant de cette commission est au moins égal à quatre pendant trois mois consécutifs. »

### 1 Composition

*(Art. 4 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

« Les Commissions Administratives Paritaires Locales (C.A.P.L.) comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants. »

*(Art. 5 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

« Pour chaque Commission Administrative Paritaire, le nombre des représentants du personnel est déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent :

- Pour une C.A.P. compétente pour un effectif de quatre à vingt agents : un titulaire, un suppléant ;
- Pour une C.A.P. compétente pour un effectif de vingt et un à deux-cent agents : deux titulaires, deux suppléants ;

- Pour une C.A.P compétente pour un effectif de deux-cent-un à cinq cent agents : trois titulaires, trois suppléants ;
- Pour une C.A.P compétente pour un effectif de cinq cent un à mille agents : quatre titulaires, quatre suppléants ;
- Pour une C.A.P compétente pour un effectif de mille un à deux mille agents : cinq titulaires, cinq suppléants ;
- Pour une C.A.P compétente pour un effectif de plus de deux mille agents : six titulaires, six suppléants.

*Si le nombre des agents relevant d'une Commission Administrative Paritaire est inférieur à quatre agents, il n'est pas élu de représentant pour cette commission.*

*L'effectif des personnels pris en considération pour déterminer le nombre de représentants est apprécié le dernier jour du mois précédant de six mois la date du scrutin. »*

Au sein du C.H.I.C, la composition des différentes CAP est la suivante :

- C.A.P n°2 - Personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux (catégorie A) :
  - Deux représentants de l'administration titulaires et deux suppléants
  - Deux représentants du personnel titulaires et deux suppléants.
- C.A.P n°4 - Personnels d'encadrement technique et ouvrier (catégorie B) :
  - Un représentant de l'administration titulaire et un suppléant
  - Un représentant du personnel titulaire et un suppléant.
- CAP n°5 - Personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux (catégorie B) :
  - Deux représentants de l'administration titulaires et deux suppléants
  - Deux représentants du personnel titulaires et deux suppléants.
- C.A.P n°6 - Personnels d'encadrement administratif et des secrétariats médicaux (catégorie B) :
  - Deux représentants de l'administration titulaires et deux suppléants
  - Deux représentants du personnel titulaires et deux suppléants.
- C.A.P n°7 - Personnels techniques, ouvriers, conducteurs d'automobiles, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité (catégorie C) :
  - Deux représentants de l'administration titulaires et deux suppléants
  - Deux représentants du personnel titulaires et deux suppléants.
- C.A.P n°8 - Personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux (catégorie C) :
  - Trois représentants de l'administration titulaires et trois suppléants
  - Trois représentants du personnel titulaires et trois suppléants.
- C.A.P n°9 - Personnels administratifs (catégorie C) :
  - Deux représentants de l'administration titulaires et deux suppléants
  - Deux représentants du personnel titulaires et deux suppléants.

*(Art.57 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Lorsqu'une Commission Administrative Paritaire Locale n'a pu être constituée, notamment lorsque l'effectif des agents qui en relèvent est inférieur à l'effectif minimum requis, la compétence est transférée à la Commission Administrative Paritaire Départementale correspondante. »*

Les C.A.P N°1 et n°3 n'existent pas au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, puisque le nombre requis minimal d'agents n'est pas atteint. Les C.A.P. départementales n° 1 (encadrement technique catégorie A) et n° 3 (encadrement administratif catégorie 1) sont donc compétentes pour traiter des dossiers des personnels du C.H.I.C. en relevant.

*(Art. 6 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Les représentants titulaires et suppléants de l'administration au sein des Commissions Administratives Paritaires sont désignés par le Directeur de l'établissement qui en assure la gestion dans le mois suivant la proclamation des résultats des élections des représentants du personnel ».*

*(Art.43 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Les membres des Commissions Administratives Paritaires départementales et locales sont désignés pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé. Toutefois, lorsqu'une commission est créée ou renouvelée en cours de cycle électoral, les représentants du personnel sont élus dans les conditions prévues par le présent décret, pour la durée restant à courir avant le renouvellement général. »*

*(Art.46 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Les C.A.P.L sont présidées par le Président de l'assemblée délibérante ou son représentant. En cas d'empêchement, le Président de séance est choisi parmi les représentants de l'administration membres de l'assemblée délibérante ou, à défaut, parmi les fonctionnaires de catégorie A dans l'ordre de désignation. »*

## **2 Attributions**

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes pour toutes les questions d'ordre individuel qui concernent les fonctionnaires hospitaliers de l'établissement, notamment la titularisation, la notation, la carrière et les positions statutaires du fonctionnaire.

Un membre de la Commission Administrative Paritaire ne peut se prononcer sur le cas d'un agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur un cas l'intéressant à titre individuel.

## **3 Fonctionnement**

*(Art.48 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Le secrétariat des Commissions Administratives Paritaires Locales est assuré par l'établissement concerné. Un représentant du personnel est désigné par la commission en son sein, lors de chaque séance, pour exercer les fonctions de Secrétaire Adjoint. »*

*(Art.49 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Le Secrétaire établit un procès-verbal de chaque séance. Il est signé par le Président, le Secrétaire et le Secrétaire Adjoint et transmis dans le délai d'un mois aux membres de la commission. »*

*(Art.50 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Les Commissions Administratives Paritaires Locales se réunissent sur convocation de leur Président. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Les C.A.P.L se réunissent au moins deux fois par an. »*

*(Art.51 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« L'ordre du jour est fixé par le Président au vu des propositions du Directeur de l'établissement pour la commission locale. »*

*(Art.54 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Les séances des Commissions Administratives Paritaires ne sont pas publiques. »*

*(Art.65 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Toutes facilités doivent être données aux membres des Commissions Administratives Paritaires par les administrations pour leur permettre d'exercer leurs attributions. Des locaux doivent être mis à leur disposition. Le Président de la commission veille à ce que les membres des commissions reçoivent communication de toutes pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission deux semaines au moins avant la date de la réunion. Dans un délai de dix jours précédent la réunion, ils ont accès, sur leur demande, aux dossiers individuels des agents dont la situation doit être examinée en commission.*

*Les membres des commissions sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité. Une autorisation d'absence est accordée aux représentants du personnel, titulaires et suppléants, pour leur permettre de participer aux réunions des commissions. »*

*(Art.66 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Les commissions ne délibèrent valablement qu'à condition d'observer les règles fixées par la réglementation. En outre, les trois quarts au moins de leurs membres ayant voix délibérative doivent être présents à l'ouverture de la séance. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée dans le délai de huit jours aux membres de la commission. La commission siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents ayant voix délibérative. »*

*(Art.46 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Les C.A.P.L sont présidées par le Président de l'assemblée délibérante ou son représentant. »*

Au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, la présidence est assurée par le Président du Conseil de Surveillance ou son représentant.

*(Art.53 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Elles émettent leur avis à la majorité des suffrages exprimés, sauf lorsqu'elles siègent en matière disciplinaire. Dans ce cas, leur avis est requis à la majorité des membres présents. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, ou, à la demande d'au moins un tiers des membres présents, à bulletin secret. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée. Lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination prend une décision différente de l'avis ou de la proposition émis par la commission, elle informe dans le délai d'un mois la commission des motifs qui l'ont conduite à ne pas suivre cet avis ou cette proposition. »*

*(Art.44 du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003)*

*« Le règlement intérieur de chaque Commission Administrative Paritaire est soumis à l'approbation du Directeur de l'établissement qui en assure la gestion. »*

### III – Les instances spécialisées

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 a diminué le nombre de commissions obligatoires. Elle laisse une plus grande liberté aux établissements de santé pour s'organiser.

Pour mener à bien ses missions, le CH.I.C Amboise/Château-Renault, a maintenu certains comités et certaines commissions qui ne sont plus obligatoires.

La plupart des instances spécialisées suivantes disposent d'un règlement intérieur qui leur est propre.

#### A – Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N) - l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (E.O.H.)

*(Art. R. 711-1-1 du Code de la Santé Publique)*

« Chaque établissement de santé organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques. A cet effet, chaque établissement de santé institue en son sein un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N), se dote d'une Équipe Opérationnelle d'Hygiène (E.O.H) et définit un programme annuel d'actions tendant à assurer :

- La prévention des infections nosocomiales, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;
- La surveillance des infections nosocomiales ;
- La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;
- L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions. »

#### 1 Composition

*(Art. R. 711-1-4 du Code de la Santé Publique)*

« Le C.L.I.N est composé de vingt-deux membres au maximum. Ce comité comporte :

- Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, ou son représentant, désigné par lui au sein de ces instances ;
- Le représentant légal de l'établissement, ou la personne désignée par lui ;
- Le médecin Responsable de la médecine du travail dans l'établissement ;
- Le Directeur des soins ;
- Un pharmacien de la pharmacie à usage intérieur ;
- Un biologiste de l'établissement ;
- Deux membres proposés par la Commission Médicale d'Établissement parmi les médecins et chirurgiens de l'établissement ;
- Le Responsable de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène
- Le médecin du Département d'Information Médicale ;
- Un membre de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène désigné par celle-ci en son sein ;
- Le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins ;
- Un infirmier exerçant une activité de soins désigné en son sein par la Commission du service de soins infirmiers ;

- *Au plus cinq membres choisis parmi les médecins, pharmaciens, sages-femmes, odontologistes, dont un médecin spécialiste de l'épidémiologie, un médecin spécialiste des maladies infectieuses et une sage-femme lorsqu'ils existent ; dans les établissements publics de santé, ces membres sont proposés par la C.M.E. »*

Au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault on retrouve dans la composition de ce comité :

- Un membre du C.H.S.C.T
- Un membre du C.T.E
- Un cadre de santé
- Un technicien de laboratoire
- Un technicien biomédical
- Une sage femme

Sont membres invités au sein du C.L.I.N :

- Un cadre médico-technique hygiène
- Le Responsable service qualité
- Le Directeur adjoint secteur médico-social
- Deux représentants des usagers

*(Art. R. 711-1-5 du Code de la Santé Publique)*

*« Le comité élit, à la majorité simple de ses membres, un Président et un Vice-Président, parmi les praticiens hospitaliers relevant d'un statut à temps plein ou à temps partiel.*

*Le mandat des membres prend fin en même temps que les fonctions au titre desquels ils ont été désignés. La durée des mandats des membres nommés est de quatre ans. Leur mandat est renouvelable. »*

- Nul ne peut être membre à plus d'un titre.
- Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration normale de son mandat, il est pourvu, dans le délai d'un mois, à son remplacement dans les mêmes formes. Dans ce cas, les fonctions du nouveau membre prennent fin à l'époque où auraient cessé celles du membre qu'il a remplacé.
- Tout membre tombant sous le coup d'incompatibilités ou d'incapacités est déclaré démissionnaire d'office par le Directeur d'établissement.
- Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient d'assister aux réunions du comité pendant six réunions consécutives est réputé démissionnaire. Cette démission est constatée par le Président du C.L.I.N et l'intéressé est remplacé dans le délai d'un mois.

## **2 Missions**

*(Art. R. 711-1-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Le C.L.I.N a pour mission de :*

- *Coordonner l'action des professionnels de l'établissement de santé dans les domaines visés à l'article R. 711-1-1 du Code de la Santé Publique ;*
- *Préparer, chaque année, avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;*

- *Élaborer le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales ; ce rapport d'activité peut être consulté sur place, sur simple demande ; il comporte le bilan des activités.*

*Dans le cadre de ses missions, le C.L.I.N est notamment chargé de définir, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux.*

*Le C.L.I.N est consulté lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement ».*

*(Art. R. 711-1-3 du Code de la Santé Publique)*

*« Le programme d'actions et le rapport d'activité sont soumis, dans les établissements publics de santé, à l'avis de la C.M.E et de la C.S.I.R.M.T.*

*Le programme d'actions et le rapport d'activité sont transmis au C.H.S.C.T.*

*Dans les établissements publics de santé, le projet d'établissement définit les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales. »*

Les missions de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière du C.H.I.C Amboise/Château-Renault sont les suivantes :

- Elle met en œuvre et évalue le programme de lutte contre les infections nosocomiales adopté par l'établissement ;
- Elle a un rôle d'expert dans la gestion du risque infectieux ;
- Elle intervient dans le choix des méthodologies relatives aux différentes actions à entreprendre ;
- Elle participe, en coopération avec les services concernés, à l'élaboration des recommandations techniques de bonnes pratiques, veille à leur diffusion et mise en place, et collabore à l'évaluation de leur application ;
- Elle organise le recueil et le traitement des données de la surveillance, coordonne et participe à la formation des professionnels dans le domaine de la gestion du risque infectieux ;
- Elle réalise les investigations et interventions lors de la survenue d'évènements inhabituels ou sévères et participe à la mise en place des mesures réglementaires en matière d'hygiène.

Pour réaliser ces diverses missions, il existe, dans chaque service, un correspondant hygiène.

### **3 Fonctionnement du C.L.I.N et de l'E.O.H**

*(Art. R. 711-1-6 du Code de la Santé Publique)*

*« Le C.L.I.N se réunit au moins trois fois par an.*

*En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.*

*Le comité peut entendre toute personne compétente, appartenant ou non à l'établissement, sur les questions inscrites à l'ordre du jour. »*

*(Art. R. 711-1-7 du Code de la Santé Publique)*

*« Chaque établissement de santé attribue au C.L.I.N les moyens nécessaires à son fonctionnement.*

*Les membres du C.L.I.N et de l'E.O.H ont accès aux informations et données nécessaires à l'exercice de leurs missions. »*

Le C.L.I.N se réunit sur convocation par son Président.

- Il est l'animateur des réunions. Toutefois, il peut se défaire de ce rôle ponctuellement et désigner une personne pour le remplacer ;
- Il veille au bon déroulement des réunions de C.L.I.N ;
- Les dossiers présentés en séance de C.L.I.N seront préparés à l'avance par les différentes commissions du C.L.I.N et l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière ou les membres du C.L.I.N ;
- Les réunions du C.L.I.N sont à différencier des réunions de travail de l'E.O.H.

L'ordre du jour de la réunion est arrêté par le Président du C.L.I.N.

Le procès-verbal est rédigé par le secrétariat du C.L.I.N, validé et signé par son Président puis envoyé aux membres du C.L.I.N et aux autres personnes présentes lors de la réunion.

## **B – Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (C.L.A.N)**

*(Circulaire N° DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé)*

*« L'article L.6144-1 du Code de la Santé Publique indique que la Commission Médicale d'Établissement prépare avec le Directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité. Ces dispositions valent notamment en matière d'élaboration de la politique de nutrition. Ainsi, la C.M.E sollicite à cette occasion les propositions du C.L.A.N, et prend l'avis de ce comité sur les orientations et mesures qu'elle aura préparées en ce domaine. »*

Le C.L.A.N, sous-commission de la C.M.E, n'est plus obligatoire. Cependant, le C.H.I.C a décidé de le maintenir pour mener à bien sa politique de nutrition.

### **1 Composition**

*(Circulaire N° DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé)*

*« La composition du C.L.A.N, les conditions de son fonctionnement, les modalités de nomination de ses membres et la durée de leurs mandats, sont fixées par le Conseil d'Administration dans les établissements publics ou par l'organe qualifié dans les établissements de santé privés. Toutefois, à titre indicatif, la composition, variable en fonction de la taille de l'établissement pourra être la suivante :*

- le Directeur ou son représentant
- dix représentants, au plus, désignés par la CME, dont neuf médecins et un pharmacien
- le Directeur des soins ou son représentant
- le Responsable de l'activité de nutrition clinique ou son représentant, lorsqu'elle existe
- le Responsable de l'activité diététique ou son représentant
- le Responsable de la Qualité ou son représentant
- le Responsable de la Formation ou son représentant



- le Responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant
- le Président du CLIN ou son représentant
- un représentant des usagers
- un(e) infirmier(e) et un(e) aide soignant(e) désigné(e)s en son sein par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition élit son Président parmi les membres désignés par la C.M.E.

Le médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant assiste aux séances avec voix consultative.

Le C.L.A.N peut entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour. »

Les dispositions de cette circulaire ne sont plus obligatoires, étant entendu que le C.L.A.N relève de la liberté d'organisation interne du C.H.I.C.

Le C.L.A.N du C.H.IC Amboise/Château-Renault est dirigé par un Président et un Vice-Président – un binôme Cadre de santé/Médecin - élu par l'ensemble de ses membres. Ce binôme travaille en collaboration avec l'ensemble des directions fonctionnelles.

Sa composition est la suivante :

- Deux membres désignés par la C.M.E ;
- Quatre membres désignés par la direction des soins dont un infirmier référent alimentation ;
- Deux diététiciennes ;
- Le Directeur des soins ;
- Le Responsable du service de restauration ;
- Le Responsable qualité.

## 2 Missions

*(Circulaire N° DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé)*

« Le C.L.A.N a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition, y compris en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et d'équipement, dans le cas où ces projets peuvent avoir des incidences dans ce domaine.

A cet effet, le C.L.A.N participe :

- Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- A la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.
- A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition. Il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.
- A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.
- A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés. »

Le C.L.A.N du C.H.I.C Amboise/Château-Renault contribue à l'identification et à la mise en place des outils de formation en lien avec la prise en charge nutritionnelle du patient.

### **3 Fonctionnement**

*(Circulaire N° DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé)*

« Lors de la constitution du C.L.A.N, les conditions et moyens nécessaires à son fonctionnement seront précisés.

Le C.L.A.N. élabore un rapport d'activité annuel préparé par son Président et destiné à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés. »

Ce rapport annuel est ensuite transmis à la C.M.E.

Au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, le Président du C.L.A.N arrête les dates des réunions et fixe l'ordre du jour des séances, sous forme d'une convocation écrite huit jours à l'avance. Cette convocation précise les date et heure, lieu, ordre du jour, document s'y rapportant et est adressée à tous les membres du comité. Tout membre peut demander au Président l'inscription d'une question à l'ordre du jour.

Le C.L.A.N doit se réunir, sur convocation du Président, au moins trois fois par an; cependant le Président peut à tout moment, au regard de la gravité d'un sujet nécessitant de réunir les membres, convoquer une réunion extraordinaire.

Le Directeur du CHIC Amboise/Château-Renault et le Président de la Commission Médicale d'Établissement peuvent solliciter auprès du Président la tenue d'une séance extraordinaire.

## **C – La Commission de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D)**

*(Circulaire N°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002- 2005 dans les établissements de santé)*

« Tout établissement de santé doit mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille en application de l'article L. 1112-4 du Code de la santé publique. »

Le C.H.I.C Amboise/Château-Renault doit développer et mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de la douleur. C'est dans cette optique qu'a été créé un Comité de Lutte contre la Douleur, dont la première réunion s'est tenue le 27 janvier 2006.

### **1 Composition**

*(Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements publics ou privés participant au service public hospitalier – accessible en ligne [www.cnrd.fr](http://www.cnrd.fr))*

« Pour qu'un groupe de travail soit efficace, il paraît souhaitable que le nombre de ses membres reste limité. Le Président de la C.M.E appartient d'office au comité.

C'est au Président de la C.M.E qu'est confié la charge de choisir les autres membres du C.L.U.D qu'il désigne après concertation avec le Directeur de l'établissement en veillant à assurer la pluridisciplinarité du comité.

*La durée du mandat des membres du C.L.U.D est la même que celle des membres de la C.M.E.*

*Hormis les membres désignés par le Président de la C.M.E, le Directeur de l'établissement est étroitement associé aux travaux du comité où il a voix consultative. »*

Le C.L.U.D du C.H.I.C Amboise/Château-Renault est composé :

- de quatre représentants du corps médical et un suppléant ;
- du Directeur des soins ou son représentant ;
- du Responsable qualité ;
- de vingt-et-un titulaires représentant l'ensemble des services et huit suppléants.

Un Président est élu parmi ces membres.

## **2 Missions**

*(Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements publics ou privés participant au service public hospitalier – accessible en ligne [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr))*

« Les responsabilités du C.L.U.D sont :

- de proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation locale et qui doivent figurer dans le projet d'établissement ;
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soit le type, l'origine et le contexte;
- d'aider au développement de la formation continue des professionnels médicaux et paramédicaux de l'établissement ;
- de susciter le développement de plan d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur. »

Il existe un correspondant douleur nommé dans chacun des services.

## **3 Fonctionnement**

*(Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements publics ou privés participant au service public hospitalier – accessible en ligne [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr))*

« Lors de la première réunion, le C.L.U.D procédera à l'élection, à la majorité simple de ses membres désignés, de son Président et Vice-Président, dont l'un au moins appartient au corps des praticiens hospitaliers.

*Le Président arrête la date des convocations et fixe l'ordre du jour des séances qui se tiennent au moins trois fois par an. A la demande du Directeur de l'établissement et du Président de la C.M.E, le Président du C.L.U.D doit pouvoir convoquer une séance extraordinaire. En cas de partage des voix lors d'une délibération du comité, celle du Président est prépondérante.*

*Au nom du comité, le Président peut également demander à la structure de prise de la douleur ou au service de soins infirmiers, les examens, études, contrôles ou vérifications qu'il jugera nécessaires.*

*Le Président peut entendre à sa demande, en accord avec le Directeur de l'établissement, tout membre du personnel soignant ou appartenant aux services administratifs et techniques.*

*Un rapport d'activité transmis chaque année au Directeur de l'établissement et à la C.M.E sera l'occasion de fournir un bilan des actions entreprises, une évaluation des résultats obtenus dans la lutte contre la douleur et l'amélioration de la qualité des soins, ainsi que le programme des actions de prévention à poursuivre ou à développer ou des actions correctives à entreprendre l'année suivante. »*

## **D – Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (C.O.M.E.D.I.M.S)**

*(Art. R. 5104-52 du Code de la Santé Publique)*

*« Chaque établissement de santé constitue en son sein un Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles. »*

### **1 Composition**

*(Art. R. 5104-55 du Code de la Santé Publique)*

*« Le C.O.M.E.D.I.M.S comprend des membres avec voix délibérative :*

- Un nombre de membres représentant les médecins et les pharmaciens au plus égal à vingt ;*
- Le Président du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ou son représentant ;*
- Le Directeur des soins ou son représentant ;*
- Le correspondant local de matériovigilance ;*
- Un préparateur en pharmacie désigné par le Directeur de l'établissement. »*

*(Art. R. 5104-54 du Code de la Santé Publique)*

*« Le comité élit en son sein, parmi les médecins et les pharmaciens hospitaliers, un Président et un Vice-Président. Cette élection a lieu à la majorité simple des membres du comité.*

*La durée du mandat des membres du comité est de quatre ans, renouvelable. Lorsque l'un des membres du comité perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné, son mandat est interrompu. »*

*(Art. R. 5104-56 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Directeur de l'établissement ou son représentant, accompagné des collaborateurs de son choix, peut assister, avec voix consultative, aux séances du Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles ».*

*« Le comité peut entendre toute personne qualifiée, appartenant ou non à l'établissement, sur les questions inscrites à l'ordre du jour. »*

### **2 Missions**

*(Art. 6 du décret n°2004-451 du 21 mai 2004 relatif aux pharmacies d'usage intérieur)*

*« La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles exerce les attributions prévues à l'article L. 5126-5 du Code de la Santé Publique. A ce titre, il lui revient notamment de participer, par ses avis, à l'élaboration :*

- de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement ;
- des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. »

### 3 Fonctionnement

*(Art. R. 5104-52 du Code de la Santé Publique)*

« Le comité, qui se réunit au moins trois fois par an, élabore un rapport annuel d'activité. Ce rapport est transmis à la C.M.E, au Directeur de l'établissement et au Conseil de Surveillance.

*(Art. R. 5104-54 du Code de la Santé Publique)*

« Chaque établissement de santé publique attribue au Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, les moyens nécessaires à leur fonctionnement. »

Le C.O.M.E.D.I.M.S ne peut valablement délibérer que si la majorité des membres délibérants présents est atteinte. Il se prononce sous forme d'avis, en recherchant systématiquement un consensus.

## E – Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (C.S.T.H.)

*(Art. R. 1221-44 du Code de la Santé Publique)*

« Dans chaque établissement public de santé, un comité chargé de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance est mis en place. »

### 1 Composition

*(Art. R. 1221-44 du Code de la Santé Publique)*

« Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance réunit :

- Le Directeur de l'établissement ou son représentant ;
- Le Directeur de l'établissement de transfusion sanguine référent ou son représentant ;
- Les correspondants d'hémovigilance de ces deux établissements ;
- Des représentants des personnels médicaux, soignants, médico-techniques et administratifs de l'établissement de santé. »

Sont membres du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance du C.H.I.C :

- Le Directeur du C.H.I.C Amboise/Château-Renault ;
- Le Directeur de l'Établissement Français du Sang Centre Atlantique à Tours ;
- Le correspondant d'Hémovigilance de l'Établissement Français du Sang Centre à Tours ;
- Le correspondant d'Hémovigilance du C.H.I.C ;
- Un médecin D.I.M ;
- Un praticien hospitalier ;

- Le Responsable de la structure Laboratoire ;
- Un I.A.D.E Responsable ;
- Une sage-femme cadre ;
- Cinq cadres de santé ;
- Le coordonnateur des risques associés aux soins ;
- Une secrétaire de chirurgie ;
- Le Directeur des soins ;
- Le Responsable qualité.

## 2 Compétences

*(Art. R. 1221-45 du Code de la Santé Publique)*

« Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance contribue par ses études et propositions à l'amélioration de la sécurité des patients transfusés dans l'établissement de santé où il est constitué.

*Ce comité veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance. Il est notamment chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement.*

*A ce titre, cette instance :*

- *S'assure auprès des services responsables de la présence dans le dossier médical des documents relatifs aux actes transfusionnels et, le cas échéant, de la copie de la fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur ;*
- *Est saisie de toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'établissement de transfusion sanguine et de l'établissement de santé, et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance ;*
- *Se tient informé des conditions de fonctionnement des dépôts de sang ;*
- *Est avertie des incidents graves survenus au sein de l'établissement ainsi que des effets indésirables survenus chez les receveurs, et conçoit toute mesure destinée à y remédier ;*
- *Présente à la Commission Médicale d'Établissement, un programme de formation en sécurité transfusionnelle destiné aux personnels concernés ;*
- *Remet à la Commission Médicale d'Établissement, un rapport annuel d'activité. »*

## 3 Fonctionnement

*(Art. R. 1221-46 du Code de la Santé Publique)*

« Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance se réunit au moins trois fois par an.

*Le correspondant régional d'hémovigilance, le Responsable du centre régional de pharmacovigilance et le correspondant au sein de l'établissement du centre régional de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang, s'ils le souhaitent, assistent de droit aux séances du comité et peuvent y être entendus. »*

# F – Le Comité de coordination des Vigilances et de Gestion des risques (C.O.V.I.G)

## 1 Composition

*(Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé)*

« Un comité de pilotage pour le développement d'un programme de gestion des risques est mis en place. Il réunit au minimum le Directeur de l'établissement, le Directeur des soins et Le Président de la Commission Médicale d'Établissement. »

Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres du Comité de Coordination des Vigilances et de Gestion des Risques qui sont :

- le Directeur du C.H.I.C Amboise/Château-Renault ou son représentant (Président du comité) ;
- le Directeur des soins ou son représentant ;
- le Président de la C.M.E ou son représentant ;
- le Président du C.L.I.N (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) praticien hospitalier et/ou l'infirmière hygiéniste Responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement pour l'infectiovigilance,
- le Responsable qualité ;
- un médecin anesthésiste ;
- le correspondant local d'hémovigilance
- le correspondant local de matériovigilance
- le correspondant local de la pharmacovigilance ;
- le correspondant de réactovigilance de l'établissement ;
- un membre du groupe de travail sur l'identitovigilance ;
- le coordonnateur des risques associés aux soins ;
- le cadre de santé du bloc opératoire ;
- un Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État (I.B.O.D.E),
- un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État (I.A.D.E)
- une infirmière des urgences,
- un représentant des cadres de santé,
- le référent sécurité,
- le technicien biomédical,
- le Responsable de l'unité de production culinaire ou son représentant.

La durée du mandat des membres du comité est de 4 ans, renouvelable. Les membres de droit siègent tant que dure leur désignation à ce titre.

Toute personne qualifiée appartenant ou non à l'établissement peut être entendue à la demande du Comité de Coordination des Vigilances et de Gestion des Risques, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Les membres s'engagent à participer activement aux travaux du Comité de Coordination des Vigilances et de Gestion des Risques.

Chaque service du C.H.I.C se dote d'un référent qualité/risques.

Le C.H.I.C se dote d'un groupe d'auditeurs internes, composé d'un ensemble de professionnels volontaires de l'établissement, qui réalise des audits internes en fonction du plan d'audit défini en début d'année par le service qualité.

### **a) Le correspondant local d'hémovigilance**

*(Art. R. 1221-43 du Code de la Santé Publique)*

« Au sein de chaque établissement public de santé, un correspondant d'hémovigilance est chargé d'assurer :

- La déclaration de tout effet indésirable survenu chez un receveur de produits sanguins labiles ainsi que de tout incident grave ;
- Le recueil et la conservation des informations en veillant à la qualité et à la fiabilité de ces informations ;
- La communication à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (A.N.S.M.) et au Coordonnateur Régional d'Hémovigilance des informations qu'ils sollicitent ;
- La transmission à l'établissement de transfusion sanguine référent des informations ;
- Le signalement à l'A.N.S.M. et au Coordonnateur Régional d'Hémovigilance de toute difficulté susceptible de compromettre la sécurité transfusionnelle ;
- Les investigations à entreprendre en cas d'urgence à la suite des effets indésirables survenus chez les receveurs de produits sanguins labiles ou des incidents graves. Dans ce cas, il informe sans délai le Coordonnateur Régional, qui décide de la poursuite ou de l'interruption de ces investigations, et l'A.N.S.M.

Le correspondant local d'hémovigilance doit être un médecin. Toutefois, il peut être un pharmacien selon des conditions fixées par arrêté du Ministre chargé de la santé.

Dans les établissements publics de santé, le correspondant local d'hémovigilance est désigné par le Directeur de l'établissement après avis de la Commission Médicale d'Établissement.

Le nom du correspondant est communiqué par l'établissement à l'A.N.S.M., au Coordonnateur Régional d'Hémovigilance concerné et à l'établissement de transfusion sanguine concerné. »

## **b) Le correspondant local de pharmacovigilance**

Le correspondant local de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang doit exercer les missions suivantes :

- Assurer l'application de la traçabilité ;
- Recevoir et transmettre immédiatement au centre régional de pharmacovigilance les déclarations de tous les effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament dérivé du sang humain dont il a connaissance ;
- En cas d'administration concomitante de médicaments dérivés du sang humain et de produits sanguins labiles, de communiquer une copie de la déclaration de l'événement indésirable au correspondant d'hémovigilance de l'établissement ;
- De participer aux travaux du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance.

## **c) Le correspondant local de matériovigilance**

*(Art. R. 5212-12 du Code de la Santé Publique)*

« Tout établissement de santé qui utilise ou délivre des dispositifs médicaux désigne un correspondant local de matériovigilance.

Pour les établissements publics de santé, le correspondant local de matériovigilance est désigné par le Directeur après avis de la C.M.E.

Un ou des correspondants suppléants sont désignés dans les mêmes conditions afin d'assurer la permanence de cette fonction au sein de l'établissement. »

*(Art. R. 5212-22 du Code de la Santé Publique)*



« Les correspondants de matériovigilance sont chargés :

- Dans le cadre de leurs relations avec l'échelon national :
  - De transmettre sans délai au Directeur Général de l'A.N.S.M. toute déclaration d'incident ou de risque d'incident faite auprès d'eux au titre du signalement obligatoire ;
  - De transmettre au Directeur Général de l'A.N.S.M., selon une périodicité trimestrielle, les déclarations d'incident ou de dysfonctionnement faites auprès d'eux au titre du signalement facultatif ;
  - D'informer les fabricants concernés des incidents ou risques d'incident ;
  - D'informer l'Agence de la Biomédecine de tout signalement d'incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la préparation, la conservation d'éléments et produits du corps humain ;
  - De conduire les enquêtes et travaux relatifs à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux demandés par le Directeur Général de l'A.N.S.M..
  
- Au sein des établissements :
  - D'enregistrer, d'analyser et de valider tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical ;
  - De recommander, le cas échéant, les mesures conservatoires à prendre à la suite d'une déclaration d'incident ;
  - De donner des avis et conseils aux déclarants pour les aider à procéder au signalement des incidents ;
  - De sensibiliser l'ensemble des utilisateurs aux problèmes de matériovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux.
  
- De signaler au Centre Régional de Pharmacovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux destinés à l'administration de médicaments ou incorporant une substance considérée comme un médicament au sens de l'article L. 5111-1 du Code de la Santé Publique ;
  
- De signaler au correspondant local d'hémovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la fabrication et l'administration de produits dérivés du sang. »

#### **d) Le correspondant local de réactovigilance**

*(Art. R. 5222-10 du Code de la Santé Publique)*

« Tout établissement public de santé désigne un correspondant local de réactovigilance.

Le correspondant local de réactovigilance est un médecin ou un pharmacien, doté d'une expérience en matière de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

Dès sa nomination, l'identité et la qualité du correspondant local de réactovigilance sont communiquées par le Responsable de l'établissement au Directeur Général de l'A.N.S.M..».

*(Art. R. 5222-15 du Code de la Santé Publique)*

« Le correspondant local de réactovigilance est chargé :

- D'enregistrer et analyser tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical de diagnostic *in vitro* ;

- De déclarer sans délai au Directeur Général de l'A.N.S.M. tout incident ou risque d'incident dont il a connaissance ;
- D'informer les fabricants ou distributeurs, des incidents ou risques d'incidents mentionnés ci-dessus et informer s'il y a lieu les Responsables des autres vigilances des produits de santé dans l'établissement ;
- De participer aux enquêtes susceptibles d'être mises en œuvre ;
- De donner des avis et conseils aux professionnels de santé pour les aider à procéder au signalement des incidents ;
- De sensibiliser l'ensemble des utilisateurs à la réactovigilance et aider à l'évaluation des données concernant la sécurité et les performances des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*. »

## 1 Missions

*(Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé)*

« Ce comité définit la politique de gestion des risques et valide le programme. Il veille à la cohérence avec les différents projets institutionnels et à la synergie avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins. »

Le Comité de Coordination des Vigilances et de Gestion des Risques du C.H.I.C Amboise/Château-Renault a pour mission :

- d'assurer une coordination des différentes structures de vigilances réglementaires déjà opérationnelles dans l'établissement (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, réactovigilance) ;
- de faciliter la connaissance et l'implication de l'ensemble des professions de santé dans le système de surveillance et de signalement des événements indésirables liés aux produits de santé et aux infections nosocomiales ;
- d'harmoniser la procédure de signalement des événements ou incidents ;
- de développer une politique de retour d'information sur les incidents ou événements signalés ;
- de créer un réseau d'expertise : impulser des stratégies d'amélioration, analyser les incidents ou événements, prévoir les « crises » ultérieures ;
- de prévoir une organisation réactive fondée sur une dynamique d'amélioration continue de la qualité, susceptible le moment venu de fédérer l'ensemble des structures de prévention au sein de l'établissement ;
- de développer la gestion des risques sanitaires (a priori et a posteriori) intégrés dans une organisation formalisée mise en œuvre au sein de l'établissement ;
- d'organiser et pérenniser un dispositif opérationnel de veille sanitaire et de sécurité ;
- d'être prêt à fonctionner sous la forme d'une cellule de crise regroupant les Responsables à impliquer dans la gestion de l'évènement.

## 2 Fonctionnement

Le fonctionnement du C.O.V.I.G doit être conforme à son règlement intérieur.

Le quorum est requis en cas de vote. Il est atteint lorsque plus de la moitié des membres est présente. Tous les membres ont voix délibérative. Les avis sont pris par le Président et les membres en recherchant systématiquement un consensus général.

Le Comité de Coordination des Vigilances et de Gestion des Risques peut organiser des commissions de travail ponctuelles ou permanentes.

Le C.O.V.I.G se réunit au moins trois fois par an puis autant de fois qu'il est nécessaire pour assurer ses missions, sur convocation du Président.

Les réunions sont arrêtées par le Président, sous forme d'une convocation écrite huit jours à l'avance, précisant les date et heure, lieu, ordre du jour, document s'y rapportant et adressée à tous les membres du comité. Tout membre peut demander au Président l'inscription d'une question à l'ordre du jour. Le secrétariat du service qualité assurera la prise de notes en séance.

## **G – Le Comité de Retour d'Expériences (C.R.E.X.)**

### **1 Composition**

Le C.O.V.I.G comprend une sous-commission, le Comité de Retour d'Expériences (C.R.E.X), composé de sept membres permanents.

D'autres professionnels peuvent être invités selon les thèmes abordés.

### **2 Mission**

Le rôle du C.R.E.X est d'analyser et de mettre en place des actions correctives et/ou préventives des non-conformités liées au circuit du médicament et des dispositifs médicaux.

### **3 Fonctionnement**

En moyenne, le C.R.E.X se réunit huit à dix fois par an.

## **H – La Revue de Morbidité et de Mortalité (R.M.M.)**

### **1 Composition**

La Revue de Morbidité et de Mortalité (R.M.M) est une équipe pluridisciplinaire, composée de médecins, cadres et soignants.

En fonction des thèmes abordés, d'autres personnels peuvent être invités.

### **2 Mission**

Le rôle de la R.M.M. est de tirer profit des événements indésirables dans le secteur anesthésie / bloc opératoire / chirurgie, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

### **3 Fonctionnement**

La R.M.M. se réunit trois fois dans l'année.

## **I – Le comité de pilotage de la démarche de certification H.A.S.**

### **1 Composition**

Sont membres de ce comité de pilotage de la démarche de certification H.A.S. :

- Le Directeur du C.H.I.C Amboise/Château-Renault ;
- L'ensemble des cadres de direction ;
- Le Président de la C.M.E ;
- Un représentant des usagers
- De membres du C.H.S.C.T., un par organisation syndicale détentrice de sièges
- Des membres du personnel d'Amboise et de Château-Renault (I.D.E ; A.S)
- Le Responsable du laboratoire
- Le Responsable de la pharmacie
- Le Chef de pôle médico-technique
- Des médecins, cadres de santé etc. (en fonction des réserves et recommandations)
- Le Responsable du service Qualité
- Le Coordonnateur des risques associés aux soins.

### **2 Missions**

Le comité de pilotage de la démarche de certification H.A.S a pour rôle de mettre en place un plan d'action et assurer son suivi, afin de lever les recommandations et réserves dans le rapport de suivi, accompagnées des éléments preuves.

### **3 Fonctionnement**

Le comité de pilotage de la démarche de certification H.A.S se réunit, en moyenne, tous les deux mois.

## **J – Le Comité d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (C.E.P.P)**

Le Comité d'Évaluation des Pratiques Professionnelles est une instance dont la composition, les missions et le fonctionnement sont libres et non imposés par les textes.

### **1 Composition**

La composition du Comité d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (C.E.P.P) relève du volontariat des personnels de l'établissement.

Il est composé des membres suivants :

- Le Directeur des soins

- Le Responsable qualité
- Le Président de la C.M.E
- Des représentants du personnel médical
- Une sage-femme
- Un cadre supérieur de santé
- Le Coordonnateur des risques associés aux soins
- Des cadres de santé
- Un cadre de pôle
- Des infirmiers
- Des aides-soignants
- Un technicien de laboratoire
- Un manipulateur radio

## 2 Missions

Le C.E.P.P a pour mission de :

- Définir et mettre en œuvre une politique institutionnelle et les orientations stratégiques en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Définir et mettre en œuvre les modalités d'accompagnement, de suivi, d'évaluation et de formation ;
- Recenser les actions d'évaluation réalisées ou en cours et formule les recommandations en matière de thématiques au regard des exigences de la Haute Autorité de Santé ;
- Élaborer un programme annuel d'actions et établir un bilan annuel ;
- Évaluer le niveau d'avancement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Veiller à la bonne application des outils et méthodes en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Assurer l'information et la formation en matière de dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles à destination des équipes ;
- Définir, mettre en œuvre, suivre et évaluer la politique de communication interne et éventuellement externe des résultats des évaluations de pratiques professionnelles en cours et réalisées ;
- Évaluer le dispositif mis en place au sein de l'établissement en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Identifier les opportunités d'évaluation de la pertinence des soins et organiser sa mise en œuvre, son suivi, son évolution et la communication des résultats ;
- Approuver l'ensemble des documents à utiliser dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles avant sa mise en œuvre.

De plus, le C.E.P.P est garant de la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles dans tous les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques ainsi que des actions de communication en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.

## 3 Fonctionnement

Le C.E.P.P se réunit sur convocation de la Direction des soins et du service qualité au minimum deux fois dans l'année.

La Direction des soins et le service qualité, en charge du secrétariat du C.E.P.P, élaborent l'ordre du jour des réunions sur la base des propositions de ses membres.

A chaque réunion, deux actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont présentées par le pilote des groupes de travail.

Chaque réunion fait l'objet d'un relevé de décisions qui sera diffusé aux membres du comité et aux pilotes des groupes de travail. De plus, il sera accessible sur intranet.

## **K – L'Espace de Réflexion Éthique (E.R.E.)**

*(Art. L. 6111-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Les établissements de santé publics mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »*

### **1 Composition**

La constitution de l'Espace de Réflexion Éthique (E.R.E) s'effectue sur la base du volontariat après appel à candidature, associé d'une lettre de motivation, sur des places à pourvoir, dans la limite de quinze membres.

Ses membres sont issus des personnels administratifs, médicaux et sages-femmes, des paramédicaux, des psychologues et des assistantes sociales. Les représentants des usagers sont également membres de l'E.R.E. L'engagement des membres est de trois ans.

Peut être invité à l'E.R.E toute personne susceptible d'apporter une contribution à sa réflexion. Un représentant du culte peut être un invité permanent.

L'ensemble des membres s'engage à ne pas diffuser le contenu des propos émis lors des réunions hormis ceux figurant dans le compte-rendu. L'engagement est formalisé par la signature d'un règlement intérieur propre à l'E.R.E.

L'Espace de Réflexion Éthique se dote d'un bureau qui se compose d'un coordonnateur et de trois coordonnateurs adjoints. La répartition des membres est la suivante :

- Un représentant des praticiens hospitaliers, Coordonnateur de l'E.R.E ;
- Un représentant des personnels soignants ;
- Un représentant des personnels administratifs ;
- Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- Un représentant choisi parmi l'ensemble des autres membres quelque soit leur appartenance.

Le bureau est désigné pour une durée de trois ans. Le secrétariat est assuré par le Service Qualité ou la Direction des Soins.

### **2 Missions**

L'Espace de Réflexion Éthique a vocation de donner des avis et/ou des orientations générales qui ont une valeur consultative. Ces avis et recommandations portent sur des questions, interrogations qu'elles soient liées à un cas spécifique ou à un ensemble de cas représentant une situation spécifique.

L'Espace de Réflexion Éthique du Centre Hospitalier Intercommunal Amboise/ Château-Renault fonde son action sur :

- l'analyse prospective de situations cliniques hypothétiques ;
- l'analyse rétrospective de situations cliniques réellement rencontrées ;
- le débat collégial sur une situation présente.

Ses principales missions sont les suivantes :

- Sensibiliser les professionnels du C.H.I.C Amboise/Château-Renault aux questions d'éthique, et susciter la réflexion ;
- Guider les soignants et cliniciens dans leurs actions et décisions à partir de situations particulières (a priori ou a posteriori) ou récurrentes. L'E.R.E est un lieu de réflexions sur les pratiques et l'engagement professionnel ;
- Émettre des avis dans des domaines où des questions d'ordre éthique sont présentes : culture de la parole, de la concertation et de la bienveillance ;
- Proposer en concertation avec les services de l'établissement des séminaires, des réflexions thématiques et des actions de formations dans le domaine de l'éthique ;
- Proposer des ressources documentaires actualisées et les rendre disponibles.

### 3 Fonctionnement

Trois réunions sont proposées par an.

A titre exceptionnel, l'E.R.E peut être réuni selon une procédure d'urgence. L'urgence est appréciée par le bureau réuni sans délai par le Coordonnateur. L'E.R.E est alors convoqué sans délai.

Le C.H.I.C met à disposition de l'Espace de Réflexion Éthique une salle de réunion située en dehors de toute unité de soins. Le temps de réflexion est intégré dans le temps de travail.

L'espace de réflexion éthique peut être saisi :

- Par le Directeur d'établissement et/ou par le Président de la C.M.E et/ou par le Président de la C.S.I.R.M.T.
- Par des professionnels de l'établissement, en démarche individuelle ou collective, des professionnels libéraux en lien avec l'établissement, par des usagers et représentants des usagers et des familles.

L'Espace de Réflexion Éthique se réunit sur convocation du Coordonnateur. L'ordre du jour des rencontres est élaboré par le Coordonnateur en concertation avec les membres du bureau et adressé aux membres de l'Espace de Réflexion Éthique au moins 15 jours à l'avance.

Les situations cliniques, les cas complexes de prise en charge réellement rencontrés au sein de l'établissement sont anonymisés dans le compte rendu de séance de l'Espace de Réflexion Éthique.

L'Espace de Réflexion Éthique élabore un rapport annuel d'activité ; celui-ci est transmis au Directeur de l'Établissement, à la C.M.E et à la C.S.I.R.M.T.

## **L – Le collège médical du Département de l'Information Médicale**

*(Art. L. 6113-7 du Code de la Santé Publique)*

« Le praticien Responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le Directeur de l'établissement public après avis de la C.M.E ».

Le Département d'Information Médicale (D.I.M) du C.H.I.C Amboise/Château-Renault est donc dirigé par un médecin qui est assisté d'un collège médical.

### **1 Composition**

Le Directeur-Adjoint à la Direction des affaires générales, financières et du système d'information valide la composition du collège médical du D.I.M, qui est la suivante :

- Le Responsable du Système d'Information
- L'informaticien référent DxCare
- Des représentants du corps médical :
  - Le Président de la C.M.E
  - Le Médecin D.I.M
  - Les médecins volontaires pour déployer le dossier informatisé
- Des représentants des soignants :
  - Un I.D.E. en charge du déploiement du dossier patient informatisé
  - Un cadre de santé chargé du déploiement informatique
  - Un cadre du pôle médico-technique
  - Un infirmier
  - Une secrétaire

### **2 Missions**

Les membres du Conseil Médical du D.I.M sont chargés de transmettre au D.I.M les remarques, avis et interrogations des personnels sur le terrain, de contribuer aux réflexions et aux décisions concertées, tant techniques que déontologiques, notamment en ce qui concerne le dossier patient et les droits d'accès.

### **3 Fonctionnement**

Le collège se réunit à une fréquence de trois à quatre fois par an.

## **M – La Commission de la Formation Continue**

### **1 Composition**

La Commission de la Formation Continue est paritaire puisqu'elle se compose de quatre représentants de l'Administration et de quatre représentants du personnel.

Les quatre représentants de l'Administration sont :

- Le Directeur des Ressources Humaines ;
- Le Responsable Formation ;



- Le Directeur des soins ;
- Le Directeur du secteur médico-social.

## 2 Missions

La commission est compétente en ce qui concerne la formation professionnelle du personnel du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, notamment l'étude du plan de formation.

## 3 Fonctionnement

La commission se réunit au printemps pour une étude pré-plan institutionnel pour l'année suivante, notamment nature et nombre des études promotionnelles, actions collectives et certaines individuelles d'adaptation ou maintien au poste de travail.

A l'automne, elle se réunit pour effectuer un choix parmi les demandes de formations individuelles d'adoption ou maintien au poste de travail, relevant du Droit Individuel à la formation, de préparation à des concours. C'est à ce moment qu'est arrêté le projet de plan de formation pour l'année à venir.

Elle peut se réunir sur demande des représentants du personnel pour effectuer un suivi ponctuel des actions menées sur l'année. Elle peut également se réunir dans le but de diffuser une nouvelle information relative à la formation continue.

Est rédigé après chaque réunion, un relevé de conclusion qui est diffusé à l'ensemble des membres de la Commission de Formation Continue.

## N – La commission médicale de formation continue

La commission a pour but de contrôler la validité des demandes de remboursements de frais au titre de la Formation Médicale Continue.

Un courrier est envoyé en début d'année aux médecins pour leur rappeler les règles concernant les remboursements de frais au titre de la Formation Médicale Continue.

## O – La commission des antibiotiques

### 1 Composition

La Commission des Antibiotiques est composé par :

- Un coordonnateur : le référent antibiotique ;
- Un pharmacien ;
- Un microbiologiste ;
- Le Président du C.L.I.N ou son représentant ;
- Le Président du C.O.M.E.D.I.M.S ou son représentant ;
- Un représentant de l'E.O.H ;
- Les médecins des services cliniques : tous médecins prescripteurs d'antibiotiques (ni

radiologues, ni psychiatres) ;

- Les sages-femmes ;
- Le Directeur ou son représentant ;
- Un représentant des services de soins infirmiers.

## 2 Mission

La Commission des Antibiotiques a pour objectif de coordonner les actions en matière de bon usage des antibiotiques au C.H.I.C en relation avec le C.O.M.E.D.I.M.S et le C.L.I.N.

### P – Le Conseil de Vie Sociale de l'E.H.P.A.D

*(Art. 1 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles)*

*« Le Conseil de Vie Sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu. »*

Le C.H.I.C Amboise/Château-Renault étant constitué de cinq E.H.P.A.D, il est doté d'un Conseil de Vie Sociale.

*(Art. 3 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles)*

*« Le Conseil de Vie Sociale comprend au moins deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge, un représentant du personnel, un représentant de l'organisme gestionnaire et des représentants des familles. »*

*(Art. 14 du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles)*

*« Le Conseil de Vie Sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge. »*

Son organisation et son fonctionnement sont régis par un règlement intérieur qui lui est propre.

### Q – Le Conseil du Bloc Opérateur

*(Circulaire DH/FH n°2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé)*

#### 1 Composition

Un chirurgien est nommé Président du Conseil de Bloc Opérateur.

Les membres permanents sont les suivants :

- Un médecin anesthésiste ;
- Le cadre du bloc ;
- Un représentant de l'équipe I.A.D.E. ;
- Un représentant de l'équipe I.D.E./I.B.O.D.E.

Sont toujours invités :

- Le Directeur des Soins ;
- Le cadre supérieur de santé ;
- Le cadre de chirurgie ;

Si besoin, peuvent être conviés aux séances du Conseil de Bloc Opératoire des représentants du C.L.I.N et/ou le Responsable de la stérilisation.

## 2 Missions

« Les missions du Conseil du Bloc Opératoire portent sur :

- la programmation du tableau opératoire en tenant compte des moyens en personnels, des règles de sécurité anesthésique, du type d'intervention, des caractéristiques des patients etc.
- la résolution des dysfonctionnements dans les établissements publics de santé ;
- la mise en place des protocoles d'hygiène et la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc opératoire ;
- la rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire ;
- la proposition d'actions de formation continue médicale et paramédicale en lien avec l'évolution des techniques, l'adaptation des compétences et des objectifs de développement de l'établissement. »

## 3 Fonctionnement

La circulaire DH/FH n°2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé pose le principe : « *qu'il doit se réunir au moins une fois par mois sur convocation de son Président et établir par période hebdomadaire le planning d'occupation des salles d'opérations.* »

Au sein du C.H.I.C, le Conseil du Bloc Opératoire ne se réunit que trois à quatre fois par an. Cependant les Responsables du bloc se réunissent tous les vendredis pour établir le programme opératoire de la semaine suivante.

## R – La commission des menus

### 1 Composition

La commission des menus est composée des représentants de l'U.P.C. et des référents menus de chacun des services.

### 2 Mission

Le but de cette commission est :

- De faire le point sur toutes les nouveautés proposées par l'U.P.C. ;

- Évoquer toutes les difficultés rencontrées ;
- Faire des propositions dans la composition des menus ;
- Faire remonter toute information utile à l'amélioration des menus.

### **3 Fonctionnement**

La commission des menus se réunit en moyenne deux fois par an.

## **S – La commission des équipements médicaux**

### **1 Composition**

La commission des équipements médicaux réunit les chefs de pôle et les praticiens Responsables de structure.

### **2 Mission**

Son but est de déterminer les priorités d'achats d'équipements bio-médicaux.

### **3 Fonctionnement**

La commission des équipements médicaux se réunit une fois par an, sur invitation du Directeur chargé de la Logistique et des Travaux.

## **T – La commission de suivi des personnels présentant des problèmes de santé**

### **1 Composition**

Sont membres de cette commission :

- Le Directeur des ressources humaines ;
- Le Cadre à la direction des ressources humaines en charge de la protection sociale du personnel ;
- Le Directeur des soins ou son représentant ;
- Le Directeur du secteur médico-social ou son représentant ;
- Le médecin du travail ;
- Un représentant de chaque organisation syndicale, membre du C.H.S.C.T. ;
- L'assistante sociale du personnel.

### **2 Mission**

La commission a pour objectif de tenir compte des problèmes de santé et/ou des souffrances au travail d'un salarié pour adapter et organiser au mieux son maintien dans une activité professionnelle.

### **3 Fonctionnement**

La commission de suivi des personnels présentant des problèmes de santé se réunit tous les deux mois.

## U – La commission culture

Ce groupe de travail composé d'une vingtaine de membres volontaires, a pour objectif d'organiser des événements à visée culturelle au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, que ce soient des expositions, des manifestations autour du cinéma, de la fête de la musique ou des événements en lien avec l'actualité locale (Festival Les Courants).

Cette démarche s'inscrit dans le programme « Culture à l'hôpital ». Son origine vient de la signature d'une convention en 1999 entre le Ministère de la Culture et le Ministère de la Santé, dont l'objectif est d'inciter acteurs culturels et Responsables d'établissement de santé, à construire ensemble, une politique culturelle.

## V – Le comité de rédaction du journal interne

L'établissement diffuse un journal interne « Les nouvelles du C.H.I.C » à l'ensemble des agents.

Sont membres du comité de rédaction de ce journal :

- le Directeur de l'établissement, qui en est le Président ;
- le Responsable communication, qui en assure le secrétariat ;
- des membres actifs qui rédigent des articles sur la base du volontariat.

## W – Les diverses réunions

Des réunions de direction, d'encadrement ou de cadres de santé, ayant pour but principal une information ou discussion concernant un sujet précis, se tiennent régulièrement.

Dans le cadre du dialogue social, une réunion direction/syndicats a lieu tous les deux mois environ.

# IV – Les pôles d'activité

## A – Présentation des pôles d'activité

*(Art. L. 6146-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne.*

*Le Directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du Président de la C.M.E. »*

Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille et de la composition des pôles appartient à l'établissement conformément au principe de liberté d'organisation.

Le C.H.I.C Amboise/Château-Renault se compose de cinq pôles, un secteur médico-social et un institut de formation en soins infirmiers :

- Pôle Médecine - SSR Gériatrie / Pharmacie / D.I.M : Médecine A – Médecine B et Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R) :

Les structures de médecine pratiquent la médecine polyvalente et le S.S.R assurent une transition entre les services de soins aigus et le retour au domicile en cas de nécessité.

Sont autorisés, vingt-huit lits en médecine A, vingt-sept lits en médecine B et trente en S.S.R.

La pharmacie qui a en charge la réalisation de préparations, la gestion, l'approvisionnement et la délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, la stérilisation des dispositifs médicaux et la délivrance de certains aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales.

Le Département de l'Information Médicale qui intervient au niveau du recueil et du traitement des informations issues du fonctionnement des services médicaux et médico-techniques.

L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène qui organise la lutte contre les infections nosocomiales.

- Le pôle Médecine C / SSR / MPR site de Château-Renault :

Sont autorisés vingt-cinq lits en médecine C, 5 lits en SSR gériatrique.

Pour assurer les soins de suite des patients ayant subi une intervention de chirurgie orthopédique et prend en charge les affections douloureuses chroniques liées à l'exercice professionnel, la M.P.R dispose de vingt-huit lits et 2 places d'hospitalisation de jour.

- Le pôle Chirurgie – Bloc – Anesthésie – Périnatalité – Imagerie médicale et Urgences :
  - Les chirurgiens sont spécialisés en chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, urologie, oto-rhino-taryngologie et ophtalmologie. Le service de chirurgie dispose de trente-cinq lits ainsi que cinq lits en chirurgie ambulatoire.
  - Le centre de périnatalité, composé de quinze lits, offre un suivi des futures mamans et un retour à Amboise aussitôt après leur accouchement.
  - Le service des urgences qui prodigue les soins nécessaires avant une hospitalisation si l'état du patient le nécessite grâce à une équipe médicale, des infirmiers et des aides-soignants
  - Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (S.M.U.R) intervenant sur appel du centre 15 en collaboration avec les pompiers ou les ambulanciers pour les accidents ou urgences à domicile
  - L'Hospitalisation de Très Courte Durée (H.T.C.D), disposant de quatre lits, accueille les personnes susceptibles de rester moins de vingt-quatre heures ou en attente d'une place disponible dans les autres services.
  - L'imagerie médicale qui assure la radiologie conventionnelle, les échographies et mammographies sur les sites d'Amboise et de Château-Renault, et la scanographie sur le site d'Amboise.

La Charte du bloc qui existe au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault vaut règlement intérieur du bloc.

La Charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire et son protocole d'organisation valent règlement intérieur de cette unité.

- Le pôle psychiatrie adultes et infanto-juvénile dispose de cinquante lits ainsi que trente places de jour :
  - La psychiatrie adultes est installée sur le site de Château-Renault et répond aux besoins de la population des cantons d'Amboise, Bléré, Château-Renault, Neuvy-le-Roi et Vouvray. Sont également proposées des consultations médico-psychologiques dans chacun de ces cantons.
  - La psychiatrie infanto-juvénile assure des consultations médico-psychologiques à Amboise, Château-Renault, Bléré, Loches et Tours. Ce service dessert les cantons d'Amboise, Bléré, Château-Renault, Loches, Montlouis-sur-Loire, Montrésor, Saint-Pierre-des-Corps, Saint-Avertin, Vouvray ainsi qu'une partie importante de la ville de Tours.
  -
- Le pôle administratif et technique a en charge le management du C.H.I.C Amboise/Château-Renault. Pour cela, il se doit de fournir aux différents pôles les ressources humaines, matérielles, financières et techniques pour la réalisation de leurs missions, afin de garantir aux personnes prises en charge, des offres de soins et de services répondant à leurs attentes.

Il se compose de :

  - La Direction générale ;
  - La Direction de la logistique et des travaux ;
  - La Direction des ressources humaines et des affaires médicales ;
  - La Direction des soins ;
  - La Direction des affaires générales, financières et du système d'information ;
  - Le Service qualité/risques.
- Le secteur médico-social (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes – Service de Soins Infirmiers A Domicile) qui comprend :
  - Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D) offrent quatre cent quarante-six lits sur Amboise et Château-Renault et dix places d'hospitalisation de jour destinées à des personnes désorientées dans le cadre de « La Pause Aloïs » ;
  - Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D) fonctionne sur les deux villes et travaille en collaboration avec les infirmières libérales. Son rôle est d'apporter à la personne âgée dépendante et/ou malade, un soutien à domicile en lui dispensant des soins d'hygiène et de confort sur prescription médicale ; Le S.S.I.A.D a une capacité d'accueil de cinquante-deux places à Amboise et cinquante-deux places à Château-Renault pour les personnes âgées (soit cent quatre places) ainsi que quatre places à Amboise et quatre places à Château-Renault pour les adultes handicapés (soit huit places). Au total, ce service peut intervenir auprès de cent douze personnes.
- L'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I) forme quatre promotions de trente-deux élèves. Les structures du C.H.I.C accueillent de nombreux stagiaires infirmiers et aides-soignants provenant de plusieurs I.F.S.I, en particulier celui d'Amboise.

## **B - Les missions des pôles**

*(Art. L. 6146-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Directeur signe avec le Chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, du Président de la Commission Médicale d'Établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical. »*

## **C - Les structures internes des pôles**

*(Art. L. 6146-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leurs sont associées. »*

*(Art. R. 6146-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Dans les centres hospitaliers, les Responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le Directeur sur proposition du Chef de pôle, après avis du Président de la C.M.E. »*

*(Art. R. 6146-5 du Code de la Santé Publique)*

*« Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de Responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du Directeur, à son initiative après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement et du Chef de pôle.*

*Cette décision peut également intervenir sur proposition du Chef de pôle, après avis du Président de la C.M.E. Dans ce cas, le Directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du Chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée. »*

## **D - Le Chef de pôle**

### **1 Nomination**

*(Art. D. 6146-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Dans les centres hospitaliers, les Chefs de pôle sont nommés par le Directeur pour une période de quatre ans renouvelable. »*

*(Art. R. 6146-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Directeur nomme les Chefs de pôle clinique ou médico-technique sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la C.M.E. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le Directeur nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du Directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le Directeur peut*



*demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le Chef de pôle de son choix.*

*La durée du mandat des Chefs de pôle est fixée par décret. A l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions. »*

*(Art. R. 6146-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de Chef de pôle par décision du Directeur après avis, pour les centres hospitaliers, du Président de la Commission Médicale d'Établissement. »*

Les Chefs de pôle peuvent être choisis parmi :

- les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie ;
- les praticiens contractuels ;
- les praticiens contractuels associés.

## **2 Missions et fonctions**

*(Art. L. 6146-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le praticien Chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique :*

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

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 vient préciser les missions du Chef de pôle. Celui-ci :

- *« exerce un rôle, précisé par le contrat de pôle, dans les domaines suivants :*
  - *gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;*
  - *gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;*
  - *définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;*
  - *proposition au Directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;*
  - *affectation des personnels au sein du pôle ;*
  - *organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;*

Le Chef de pôle est garant de la continuité de fonctionnement de son pôle. A ce titre, le service normal de jour fonctionne de 8h30 à 18h30.

Quant à l'astreinte, elle débute à 18h30 et se termine à 8h30.

- participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques ;
- intervient dans la gestion des personnels médicaux :
  - nomination des personnels médicaux. Le Chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique propose au Directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cette proposition donne lieu à un avis du Président de la C.M.E.
  - admission de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux. Le Chef de pôle peut proposer au Directeur l'admission sur contrats de médecins, sages-femmes, odontologistes exerçant à titre libéral. Le Président de la C.M.E donne un avis sur cette proposition ;
- assure la concertation interne au sein du pôle. Le Chef de pôle a pour mission d'organiser une concertation interne au sein de son pôle. Il associe pour cela toutes les catégories de personnel.

*Le Chef de pôle exerce une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion et d'assurer le bon fonctionnement du pôle. Cette autorité comprend l'affectation des ressources en fonction de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle.*

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

*(Art. R. 6144-3 du Code de la Santé Publique)*

*« L'ensemble des Chefs de pôle d'activité cliniques et médico-techniques de l'établissement entre dans la composition de la Commission Médicale d'Établissement des centres hospitaliers. »*

Au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault, tous les Chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques sont donc membres de la C.M.E.

## **E - Le contrat de pôle**

*(Art. R. 6146-8 du Code de la Santé Publique)*

*« Sur la base de l'organisation déterminée par le Directeur, le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.*

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

- Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- Dépenses à caractère hôtelier ;
- Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- Dépenses de formation de personnel.

*Le contrat de pôle précise également le rôle du Chef de pôle dans les sept domaines suivants :*

- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;

- *Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;*
- *Proposition au Directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;*
- *Affectation des personnels au sein du pôle ;*
- *Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;*
- *Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.*

*Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Il est conclut pour une période de quatre ans. »*

## **F - Le projet de pôle**

*(Art. R. 6146-9 du Code de la Santé Publique)*

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

*Le Chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle. »*

Les projets des différents pôles doivent être cohérents entre eux. Ils doivent être également cohérents avec le projet médical, le projet de soins et le projet d'établissement. Cette cohérence est assurée au sein du Directoire, qui est consulté sur la signature des contrats de pôles, notamment par le Président de la C.M.E, Vice-Président du Directoire, qui élabore avec le Directeur et en conformité avec le contrat d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement.

Le projet de pôle est élaboré de manière participative, c'est-à dire avec les Responsables des structures internes et les Cadres du pôle. L'implication du plus grand nombre enrichit son contenu et favorise l'adhésion des équipes à sa mise en œuvre.

## **V – Organisation du travail**

Se référer au « Guide de la gestion du temps de travail ».

## **VI – Organisation des soins et fonctionnement médical**

### **A – Le code de déontologie médicale**

Le code de déontologie médicale, défini par la réglementation, s'applique aux praticiens du C.H.I.C Amboise/Château-Renault.

*(Art. R. 4127-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »*

*(Art. R. 4127-3 du Code de la Santé Publique)*

*« Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine. »*

*(Art. R. 4127-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret 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. »*

*(Art. R. 4127-5 du Code de la Santé Publique)*

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

*(Art. R. 4127-7 du Code de la Santé Publique)*

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

*Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »*

*(Art. R. 4127-8 du Code de la Santé Publique)*

*« Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.*

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

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

*(Art. R. 4127-9 du Code de la Santé Publique)*

*« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »*

*(Art. R. 4127-10 du Code de la Santé Publique)*

*« Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.*

*S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.*

*Toutefois, l'accord des intéressés n'est pas toujours nécessaire. »*

*(Art. R. 4127-11 du Code de la Santé Publique)*

*« Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.*

*Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. »*

Les infirmiers, eux, sont soumis à des règles professionnelles.

## **B – La Pharmacie à Usage Intérieur (P.U.I)**

*(Art. L. 5126-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Les établissements de santé peuvent disposer d'une ou plusieurs Pharmacies à Usage Intérieur.*

*L'activité des Pharmacies à Usage Intérieur est limitée à l'usage particulier des malades dans les établissements de santé où elles ont été constituées. »*

*(Art. L. 5126-5 du Code de la Santé Publique)*

*« La gérance d'une Pharmacie à Usage Intérieur est assurée par un pharmacien. Il est responsable du respect des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.*

C'est le Directeur du C.H.I.C Amboise/Château-Renault qui nomme le pharmacien en charge de gérer la P.U.I.

*Les pharmaciens exerçant au sein de la pharmacie doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à raison de leurs compétences. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.*

*La Pharmacie à Usage Intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée et notamment :*

- d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la délivrance des médicaments et autres produits pharmaceutiques ainsi que des dispositifs médicaux stériles, et d'en assurer la qualité ;*
- de mener ou de participer à toute action d'information sur ces produits, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux ;*
- de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique. »*

La pharmacie à usage intérieur doit fonctionner conformément aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

L'activité d'une P.U.I d'un établissement de santé est en principe limitée à l'usage particulier des malades qui sont traités et hospitalisés dans cet établissement. Il existe néanmoins un certain nombre de dérogations à ce principe, autorisées par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé et toutes fondées sur l'organisation la plus efficace de la délivrance des médicaments au bénéfice des patients.

Il est désormais prévu par la loi H.P.S.T, que, pour certaines catégories de préparations, une P.U.I d'un établissement de santé peut confier la réalisation de préparations à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Un contrat écrit est passé entre les parties.

## C – Le fonctionnement médical

### 1 La visite médicale

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement, chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le responsable médical organise une contre-visite.

La contre-visite est effectuée par un membre de l'équipe médicale, habituellement en fin d'après-midi. Elle consiste à surveiller l'état du patient, à assurer le suivi post-opératoire et à ajuster les traitements prescrits.

### 2 Le dossier médical

*(Art. R. 1112-2 du Code de la Santé Publique )*

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1) Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- les motifs d'hospitalisation ;
- la recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- les informations sur la démarche médicale (association du patient à sa prise en charge : information, consentement) ;
- le dossier d'anesthésie ;
- le compte-rendu opératoire ou d'accouchement ;
- le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel ;
- les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé, les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

- les directives anticipées ou le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2) Les informations formalisées établies à la fin du séjour :

- le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- les modalités de sortie (domicile, autres structures)
- la fiche de liaison infirmière.

3) Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers. »

*(Art. R. 1112-3 du Code de la Santé Publique )*

« Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles. »

Le Directeur veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer :

- la communication des informations médicales transmissibles aux personnes dûment autorisées ;
- la garde et la confidentialité des informations de santé, conservées dans l'établissement, conformément à la réglementation sur les archives hospitalières.

## **D – Le Département de l'Information Médicale (D.I.M)**

*(Art. R. 6113-1 du Code de la Santé Publique)*

« Pour l'analyse de leur activité médicale, les établissements de santé procèdent à la synthèse et au traitement informatique des données figurant dans le dossier médical qui sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien Responsable de la structure médicale ou médico-technique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient et qui sont transmises au médecin Responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Ces données ne peuvent concerner que :

- L'identité du patient et son lieu de résidence ;
- Les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés, telles qu'hospitalisation avec ou son hébergement, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, consultation externe ;
- L'environnement familial ou social du patient en tant qu'il influe sur les modalités du traitement de celui-ci ;
- Les modes et dates d'entrée et de sortie ;
- Les unités médicales ayant pris en charge le patient ;
- Les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée ;
- Les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement.

Les données concernant l'identité et le lieu de résidence du patient ne sont pas recueillies lorsqu'une personne peut légalement être admise dans un établissement de santé ou y recevoir des soins en gardant l'anonymat. »

Le Département de l'Information Médicale (D.I.M) du C.H.I.C Amboise/Château-Renault gère l'information de santé des patients, y compris les données personnelles.

À ce titre, il assure le respect des règles de confidentialité, sous l'autorité du Directeur du centre hospitalier et du Président de la Commission médicale d'établissement (C.M.E), et le codage de l'information médicale (l'organisation du codage, le traitement, la conservation des données et l'interprétation des résultats).

L'activité du Département de l'Information Médicale se décline selon plusieurs axes :

- il organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales sous l'autorité d'un médecin notamment dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I) participant ainsi à la valorisation de l'activité de soins, base de la tarification à l'activité de l'hôpital ;
- il participe ensuite au suivi épidémiologique des patients. Les données médicales recueillies sont protégées par le secret professionnel et le D.I.M participe à la qualité et à l'intégrité du dossier du patient ;
- il joue un rôle actif dans la mise en place du système d'information de santé centré sur le patient ;
- il traite et analyse les données au moyen d'outils statistiques et produit le rapport d'activité du centre hospitalier.

## Chapitre II – Mesures de police générale

### I – Circulation et stationnement des véhicules

Les dispositions du Code de la Route s'appliquent dans les différents sites du C.H.I.C Amboise/Château-Renault. La vitesse de circulation est limitée à 10 Km/heure dans l'enceinte de l'hôpital.

Dans les enceintes des différents sites de l'établissement, les véhicules ne peuvent être stationnés que sur des emplacements prévus à cet effet et ne doivent en aucune manière gêner les circulations ou bloquer des voies d'accès.

Sur le site d'Amboise, le nombre de places disponibles est de cent soixante-six tous lieux de stationnement compris ; dont quatre-vingt-dix sur l'espace situé à l'arrière du bâtiment des urgences.

Sur le site de Château-Renault, le nombre de places disponibles pour le personnel et les usagers est de cent quarante cinq.

Les places réservées aux ambulances, aux personnes en situation de handicap, aux femmes enceintes ou aux agents faisant l'objet d'une prescription du service de médecine du travail ne doivent pas être détournées de l'usage prévu.

Pour entrer, il conviendra à toute personne de s'identifier à l'aide de l'interphone installé à la barrière. Les agents qui disposeront d'un droit d'accès personnel en seront avisés individuellement et devront se nommer à l'interphone. Ont également accès aux places intérieures les représentants institutionnels ainsi que les soignants dits « d'après-midi » ou d'astreinte. Les personnels soignants en horaires d'après-midi ou embauchant entre 6h45 et 7h30 préciseront leur nom et leur service à l'interphone.



Certaines places de parking sont attribuées de façon nominative (médecins...) ou à un service donné (services techniques...), pour cela une plaquette fixée au sol permet d'identifier le titulaire de la place. Les autres places sont mises à disposition de l'ensemble des personnes habilitées à stationner dans l'enceinte de l'établissement ; personne ne peut s'attribuer une place de son propre chef mais chacun est tenu de respecter les affectations existantes.

## II – Règles de vie collective

Dans les différents services de soins, sont disponibles les classeurs suivants :

- Classeur 1 : Communication ;
- Classeur 2 : Professions ;
- Classeur 3 : Sécurité et gestion des risques ;
- Classeur 4 : Hygiène ;
- Classeur 5 : Prise en charge du patient ;
- Classeur 6 : Soins

Concernant le Pôle médico-technique, celui-ci dispose des classeurs 1, 2, 3 et 4 ainsi que d'un classeur supplémentaire : le classeur patient.

Dans les services administratifs, sont diffusés les classeurs 1, 2 et 3.

Tous les protocoles et procédures élaborés, validés et diffusés dans les services font partie intégrante du règlement intérieur.

Ces documents en vigueur au sein de l'établissement doivent être rigoureusement appliqués par l'ensemble des professionnels concernés.

Les notes de service adoptées par le directeur ainsi que le guide du temps de travail font partie intégrante du règlement intérieur.

## A – L'hygiène à l'hôpital

*(Art. R. 1112-52 du Code de la Santé Publique)*

*« Toute personne est tenue d'observer au sein de l'établissement de santé, une stricte hygiène corporelle. »*

Les Responsables des unités de soins veillent au maintien des conditions d'hygiène et de propreté dans l'ensemble des services hospitaliers en coordination avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Le Directeur de l'hôpital met en place un programme de gestion des déchets hospitaliers notamment en ce qui concerne les modalités et les conditions de tri, de traitement, de manipulation, de stockage, de transport et de destruction des déchets hospitaliers.

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

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

## **B – Les animaux à l'hôpital**

*(Art. R. 1112-48 du Code de la Santé Publique)*

*« Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugle, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement. »*

## **C – L'interdiction de fumer**

*(Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif)*

*« L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif s'applique dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail. »*

En application du décret n°2006-1386 ainsi que par mesure d'hygiène et de sécurité, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du C.H.I.C Amboise/Château-Renault.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris en psychiatrie, soins de suite et soins de longue durée. Elle s'applique notamment aux bureaux individuels et aux chambres de malades.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résident ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

## **D – Les téléphones portables**

Par mesure de sécurité, les téléphones portables doivent être éteints dans les locaux des établissements hospitaliers, les membres du personnel ont interdiction d'utiliser leurs téléphones portables (personnel et professionnel) à des fins privées pendant les heures de service.

## **E – Objets et produits interdits**

*(Art. R. 1112-48 du Code de la Santé Publique)*

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

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

L'introduction d'armes ou de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du C.H.I.C Amboise/Château-Renault est strictement interdite. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation des objets ou produits en cause le temps du séjour hospitalier, et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

Pour des raisons d'hygiène, les bouquets de fleurs et les plantes ne sont pas autorisés dans tous les services, la terre et l'eau stagnante pouvant contenir des germes pathogènes.

L'ensemble de ces interdictions s'applique aussi naturellement aux membres du personnel.

## **F – Le respect de la neutralité du service public**

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

*(Art. L. 6112-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Les établissements de santé ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. »*

Les visites des élus dans l'enceinte de l'établissement ne peuvent donner lieu à aucune manifestation comportant un caractère politique.

La distribution de tout document à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est interdite dans l'ensemble des locaux du C.H.I.C Amboise/Château-Renault.

De même, en application de la circulaire DHOS du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé, les responsables des différents services veilleront à ce que l'expression des convictions religieuses ne porte pas atteinte à la qualité des soins et aux règles d'hygiène. De même, le principe de neutralité du service public fait obstacle à ce que les agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses notamment pas une extériorisation vestimentaire (Tribunal Administratif de Paris – 17 octobre 2012).

La loi du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public ainsi que la circulaire du 2 mars 2011 relative à l'application de cette loi s'appliquent au sein des services du C.H.I.C..

*(Circulaire N°DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière).*

*« Au sein de chaque établissement, un référent chargé du service des aumôneries hospitalières est désigné. Il est l'interlocuteur privilégié des représentants des différents cultes et doit faciliter les relations entre les aumôniers, les services et les usagers de l'hôpital.*

*Le référent est en charge :*

- D'organiser l'information des patients et de leur famille dès l'admission et tout au long du séjour sur la possibilité de faire appel à un ministre du culte de leur choix. L'organisation des aumôneries hospitalières doit notamment figurer dans le livret d'accueil ;*
- De rédiger le projet de service des aumôneries. Ce projet de service, révisable chaque année, doit permettre de rechercher avec les différentes obédiences, la meilleure prise en*

*compte des convictions des uns et des règles de fonctionnement des autres. Il est établi en partenariat avec tous les cultes et sur la base de leurs projets spécifiques.*

- *De rédiger le rapport d'activité du service des aumôneries. Il est présenté et discuté avec les référents des cultes représentés dans l'établissement. Il est également présenté à la C.R.U.Q. »*

Le Directeur du C.H.I.C Amboise/Château-Renault nomme depuis 2011, un référent chargé du service des aumôneries.

## **G – Equipements informatiques**

Tous les personnels doivent s'engager à respecter les conditions d'utilisation des équipements informatiques mis à leur disposition par l'établissement en signant la charte informatique dont les clauses valent règlement intérieur.

# **III – L'exercice du droit de visite dans l'établissement**

## **A – Les horaires de visite**

Les visites aux patients ont lieu tous les jours de 13h à 20h sauf contre-indication médicale.

Des dérogations à ces horaires peuvent être autorisées avec l'accord du médecin Responsable lorsque l'état de santé le justifie.

Dans le service de périnatalité, le père est autorisé à rendre visite à la mère et son enfant dans la matinée pour participer au bain du bébé.

Le cadre de santé peut autoriser un membre de la famille à passer la nuit avec l'utilisateur. Les frais de séjour et de repas seront à régler à la trésorerie de l'établissement ou au bureau des admissions.

Les horaires de visite peuvent être élargis, en concertation avec les responsables médicaux et paramédicaux du service, pour l'accompagnement des personnes en fin de vie.

## **B – Les conditions d'exercice du droit de visite**

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

Le médecin Responsable peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de santé du patient.

## **C – Les obligations des visiteurs**

*(Art. R. 1112-47 du Code de la Santé Publique)*

*« Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le Directeur.*

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

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

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients pendant l'exécution des soins et examens.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

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

## **Chapitre III – Dispositions relatives aux usagers de l'établissement**

### **I – Admissions**

Le service des admissions du C.H.I.C Amboise/Château-Renault est ouvert au public :

- Du lundi au jeudi de 8h00 à 17h45
- Le vendredi de 8h00 à 17h00
- Le samedi de 8h00 à 11h45.

### **A – Dispositions générales**

#### **1 Mode d'admission**

*(Art. R. 1112-11 du Code de la Santé Publique)*

*« L'admission à l'hôpital est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mentionner le diagnostic de l'affectation qui motive l'admission.*

*Il est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement. »*

*(Art. R. 1112-12 du Code de la Santé Publique)*

*« En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur Général de l'A.R.S. »*

Une hospitalisation sous anonymat est possible. Il suffit à l'usager de préciser au bureau des admissions sa volonté de ne pas divulguer sa présence au sein du C.H.I.C Amboise/Château-Renault.

## 2 Admission en urgence

*(Art. R. 1112-13 du Code de la Santé Publique)*

*« Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Il prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. »*

Plus généralement, il prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés.

Lorsque l'admission a lieu par le service d'urgences, l'usager ou un membre de sa famille doit régulariser sa situation au bureau des admissions.

## 3 Transfert après premiers secours

*(Art. R. 1112-14 du Code de la Santé Publique)*

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

## 4 Information de la famille

*(Art. R. 1112-15 du Code de la Santé Publique)*

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

## 5 Refus d'hospitalisation du malade

*(Art. R. 1112-16 du Code de la Santé Publique)*

*« Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal de refus est dressé. »*

## 6 Accueil des patients

*(Art. R. 1112-40 du Code de la Santé Publique)*

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

*(Art. R. 1112-41 du Code de la Santé Publique)*

*« Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit le livret d'accueil prévu à l'article L. 1112-2 du Code de la Santé Publique.*

Dès son arrivée au C.H.I.C Amboise/Château-Renault, chaque patient reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour :

- plan des lieux ;
- liste des services de l'hôpital et les conditions d'hébergement dans ceux-ci ;
- noms des Chefs de pôle, des principaux Responsables médicaux et administratifs ;
- situation géographique de l'hôpital dans la ville et dans la région ;
- horaires des repas et des visites ;
- liste des formalités d'admission et de sortie ;
- modalités de prise en charge et de paiement des frais d'hospitalisation ;
- description des uniformes et des signes distinctifs des différentes catégories de personnel ;
- indications relatives au service social ;
- indications relatives au service des cultes ;
- liste des services dont peuvent bénéficier les malades ;
- rappels de certains droits et obligations du malade ;
- questionnaire de sortie ;
- indications relatives à la charte du patient hospitalisé.

*(Art. R. 1112-42 du Code de la Santé Publique)*

*« Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. »*

## **7 Dépôt des biens**

*(Art. R. 1113-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Toute personne admise dans un établissement public de santé est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention pendant son séjour dans l'établissement.*

*A cette occasion, une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou à son représentant légal sur la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens. »*

Ce dépôt peut être réalisé dès l'admission. Un patient, dans l'incapacité de réaliser le dépôt au moment de son admission, peut inviter un agent du service des admissions à se rendre dans sa chambre pour réaliser ce dépôt dans les heures ou jours qui suivent.

*(Art. R. 1113-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Dans les établissements dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur. Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par le Directeur de l'établissement.*

*Pour les établissements non dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du Directeur d'établissement ou d'un préposé désigné par lui. »*

Dans l'enceinte du C.H.I.C, les dépôts au coffre s'effectuent par l'intermédiaire de l'Adjoint des Cadres du service des admissions ou un personnel de ce service.

En dehors des horaires d'ouverture du service des admissions, l'inventaire et le dépôt des biens s'effectuent par le service des urgences. Chaque matin, un agent du service des

admissions se rend aux urgences pour régulariser les dépôts faits durant la période de fermeture des admissions.

*(Art. R. 1113-3 du Code de la Santé Publique)*

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

- Il ne s'agit pas de somme d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur ;*
- Les formalités de dépôt prévues à l'article R. 1113-4 ont été accomplies ;*
- Le Directeur d'établissement ou une personne habilitée a donné son accord à la conservation du ou des objets par cette personne. »*

*(Art. R. 1113-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par lui conformément à l'article R. 1113-3 du Code de la Santé Publique.*

*Le reçu ou un exemplaire de reçu est versé au dossier administratif de l'intéressé. Un registre spécial est tenu par le dépositaire. Les dépôts y sont inscrits au fur et à mesure de leur réalisation avec, le cas échéant, mention pour le ou les objets dont il s'agit, de leur conservation par le déposant.*

*Le retrait des objets par le déposant, son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est faite sur le registre spécial, en marge de l'inscription du dépôt. »*

Le document est rédigé en trois exemplaires : un pour le dossier administratif, deux pour le service des admissions.

Pendant l'hospitalisation, le patient peut venir retirer des biens ou valeurs qu'il a déposé au coffre. Tout retrait est mentionné sur le reçu pour éviter les litiges au moment de la restitution des biens.

Les biens sont rendus au patient ou à toute personne désignée par lui sur présentation du reçu. Pour éviter tout conflit, l'agent du service des admissions procède à une vérification des biens devant la personne, avant qu'elle ne signe la décharge.

*(Art. R. 1113-5 du Code de la Santé Publique)*

*« Dans le cas où la personne, hors d'état de manifester sa volonté et devant recevoir des soins d'urgence, se trouve dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé par le Responsable du service des admissions, ou tout autre agent ou préposé de l'établissement. »*

Au C.H.I.C. ce sont deux agents du service des admissions qui effectuent l'inventaire des objets de la personne si elle se trouve dans l'incapacité de le faire elle-même.

*(Art. R. 1113-5 du Code de la Santé Publique)*

*Les objets et l'inventaire sont remis au dépositaire qui procède à l'inscription du dépôt sur le registre spécial et joint un exemplaire de l'inventaire au dossier administratif de la personne admise.*



*Dès que son état le permet, la personne admise est informée dans les conditions prévues. Elle obtient le reçu contenant l'inventaire des objets déposés. Elle procède, le cas échéant, au retrait des objets qui ne peuvent rester en dépôt en raison de leur nature. La liste des objets maintenus en dépôt, dressée après un inventaire contradictoire, est inscrite au registre spécial. L'établissement prend, si nécessaire, toute mesure propre à assurer le retour des objets qui ne peuvent être maintenus en dépôt, au lieu désigné par la personne admise, à la charge de celle-ci, lorsqu'elle-même ne peut y procéder ou y faire procéder. »*

## **8 Régime d'hospitalisation**

*(Art. R. 1112-18 et du Code de la Santé Publique)*

*« Les établissements peuvent comporter soit un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun, soit deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit.*

*Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État. »*

L'établissement comporte un régime commun d'hospitalisation qui n'entraîne aucune majoration de prix et un régime particulier dans certains services et selon la limite des places disponibles.

Ce régime particulier comprenant des chambres à un lit représente un surcoût qui sera à la charge du patient. La sécurité sociale ne couvre pas ce surcoût, mais certaines assurances complémentaires le proposent. Il revient au patient de se renseigner auprès de sa mutuelle.

A titre indicatif, pour l'année 2012, le tarif du régime particulier est de 35 euro par jour.

*(Art. R. 1112-19 et du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsque l'état du malade nécessite un isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun. »*

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

*(Art. R. 1112-24 et du Code de la Santé Publique)*

*« Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale fournissent, lors de leur admission, tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent. »*

*(Art. R. 1112-25 et du Code de la Santé Publique).*

*« Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (A.M.E) sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation. »*

Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U) doivent être munis de l'attestation C.M.U.

## **B – Dispositions particulières**

### **1 Militaires**

*(Art. R. 1112-29 du Code de la Santé Publique)*

*« Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, la gendarmerie. »*

Dès que l'état de santé du patient le permet, celui-ci est évacué vers l'hôpital militaire le plus proche s'il en manifeste le désir ou si l'autorité militaire le demande.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'État.

## 2 Détenus

*(Art. R. 1112-30 du Code de la Santé Publique)*

*« Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la Justice et à la diligence du Préfet, admis soit dans le service spécialement aménagé dans l'établissement, soit dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.*

*En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle. »*

Cependant, il faut souligner que le C.H.I.C ne dispose d'aucun équipement spécifique à ce cas de figure. Suite à un échange avec les autorités judiciaires, il a été convenu que l'établissement ne devrait pas, en principe, recevoir de détenus.

## 3 Mineurs

*(Art. R. 1112-34 du Code de la Santé Publique)*

*« L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale, du représentant légal ou de l'autorité judiciaire.*

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

*Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E), l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, quand cette dernière ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'A.S.E. »*

*(Art. R. 1112-35 du Code de la Santé Publique)*

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

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

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

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

*(Art. R. 1112-36 du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsque le malade relève du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E), le Directeur adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance, le certificat confidentiel du médecin Chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation. »*

## **4 Majeurs légalement protégés**

*(Art. R. 1112-37 du Code de la Santé Publique)*

*« Les biens des incapables majeurs, hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans des conditions particulières régies par les dispositions du code civil et des textes d'application. »*

## **5 Malades toxicomanes**

*(Art. R. 1112-38 du Code de la Santé Publique)*

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

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

*(Art. R. 1112-39 du Code de la Santé Publique)*

*« L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, ont lieu dans les conditions prévues par les articles L. 3413-1 L. 3413-3 du Code de la Santé Publique. »*

# **II – Conditions de séjour**

## **A – Information médicale et expression de la volonté du patient**

Le C.H.I.C Amboise/Château-Renault s'applique à diffuser, à respecter et à faire respecter les droits des patients tels qu'ils sont reconnus dans le Code de la Santé Publique. Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

### **1 Information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications**

*(Art. L. 1111-2 du Code de la Santé Publique)*

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

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, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la Santé Publique. 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.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

## 2 La personne à prévenir

La personne à prévenir est la personne que le patient désire prévenir en cas de nécessité. La personne à prévenir et la personne de confiance peuvent être une seule et même personne, mais ce n'est pas une obligation.

Les informations qui peuvent être communiquées à la personne à prévenir sont limitées et ne peuvent en aucun cas se situer dans le champ des informations couvertes par le secret médical et professionnel.

## 3 La personne de confiance

(Art. L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

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

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

## 4 Le consentement aux soins

(Art. L. 1111-4 du Code de la Santé Publique)

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

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

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

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

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de la déontologie médicale et sans que la personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

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 ».

(Art. L. 1111-5 du Code de la Santé Publique)

« Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

## 5 L'accès au dossier médical

(Art. L. 1111-7 du Code de la Santé Publique)

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels ou établissements de santé, qui sont formalisés ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la Commission Départementale des Soins Psychiatriques est saisie.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication des informations.

*En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique.*

*La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents. »*

*(Art. L. 1110-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »*

Ce dossier médical est conservé pendant vingt ans, à compter du dernier séjour ou de la dernière consultation dans l'établissement. Pour les mineurs, le dossier est conservé jusqu'aux vingt-huit ans du titulaire car le C.H.I.C respecte le droit de consulter le dossier pendant dix ans après sa majorité. S'agissant des dossiers de patients décédés, s'il n'y a pas de contentieux, leur dossier peut être détruit au bout de dix années.

## **6 Information de la famille et des proches du patient**

*(Art. L. 1110-4 du Code de la Santé Publique)*

*« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celui-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations. »*

Dans l'hypothèse de maladie transmissible ou en cas de maladie susceptible d'intéresser les autres membres de la famille (anomalie génétique) : le professionnel n'a pas le droit de prendre l'initiative d'informer les tiers. Par contre, le professionnel doit avertir le malade du risque de cette maladie pour les tiers si ce malade n'informait pas lui-même les membres de sa famille potentiellement concernés.

Ce patient peut recourir à la procédure de l'information médicale à caractère familial issue de la loi du 6 mars 2004. Ce cas concerne la situation où le patient lui-même ne veut pas prendre la charge de faire connaître cette information à sa famille.

Dans l'hypothèse d'un mineur ou majeur protégé, l'information est apportée au représentant légal. En fonction de la capacité de discernement, le mineur et le majeur sous tutelle doit également bénéficier de l'information.

La loi du 4 mars 2002 apporte une nouveauté et précise que le mineur qui le souhaite peut s'opposer à ce que son représentant légal soit informé de son état de santé.

*(Art. R. 1111-6 du Code de la Santé Publique)*

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

*Le médecin fait mention écrite de cette opposition.*

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

Le médecin se doit d'abord de tenter de convaincre le mineur de l'intérêt de partager l'information auprès de ses représentants légaux. Si le mineur persiste dans son refus, le médecin délivre les soins indispensables. Dans ce cas, le mineur doit se faire accompagner par une personne majeure de son choix.

## **7 Discretion demandée par le malade**

*(Art. R. 1112-45 du Code de la Santé Publique)*

*« A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la Santé Publique, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.*

*En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical telles que diagnostic et évolution de la maladie ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état de santé du malade peuvent être fournis par les cadres infirmiers. »*

*(Art. R. 4127-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. »*

Toute personne prise en charge par l'établissement a le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Les patients majeurs peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

La discrétion demandée par le patient implique de ne pas révéler à des tiers qu'il est hospitalisé.

La charte du patient hospitalisé affirme que l'intimité de la personne doit être respectée lors des soins d'hygiène, lors des visites médicales, lors des brancardages.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas l'accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par la Direction. Les malades peuvent demander au Responsable de structure de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès à leur chambre.

## **8 Prise de vue et utilisation de l'image de la personne**

Toute personne ou son représentant légal doit, préalablement à la captation ou à la diffusion de son image, donner son consentement par écrit via le formulaire d'autorisation d'utilisation d'une image SI/ENR/002.

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.

Les prises d'image de la personne à finalité médicale devront être autorisées, par écrit, par le Chef de service.

Le respect à la vie privée couvre l'hypothèse du droit à l'image, non seulement dans le cadre de l'établissement mais aussi après la sortie de l'hôpital. Le droit à l'image s'applique à la dépouille mortelle.

## **Expression de la volonté relative à la fin de vie : Les directives anticipées**

*(Art. L. 1111-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10 du Code de la Santé Publique. »*

*(Art. R. 1111-17 du Code de la Santé Publique)*

*« Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du Code de la Santé Publique s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. »*

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

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

*(Art. R. 1111-18 du Code de la Santé Publique)*

*« Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, dans les conditions prévues à l'article R. 1111-17 du Code de la Santé Publique, soit révoquées sans formalités. »*

*Leur durée de validité de trois ans est renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire ou de signer, établie dans les conditions prévues à l'article R. 1111-17 du Code de la Santé Publique. Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans.*

*Dès lors qu'elle sont établies dans le délai de trois ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avéré hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte. »*



*(Art. R. 1111-19 du Code de la Santé Publique)*

*« Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale définie à l'article R. 4127-37 du Code de la Santé Publique.*

*A cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique.*

*Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique. »*

Au C.H.I.C., les modalités d'information, de recueil et de conservation des directives anticipées, conformes à la réglementation ci-dessus sont clairement définies dans le protocole « Recueil des directives anticipées ».

Ce protocole a été présenté et validé à la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge, l'Espace de Réflexion Éthique et à la Commission Médicale d'Établissement.

Ce document est accessible sur l'intranet et dans les services.

*(Art. R. 1111-20 du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement en application des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13 du Code de la Santé Publique, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée.*

*Le médecin s'assure que les conditions prévues aux articles R. 1111-17 et R. 1111-18 du Code de la Santé Publique sont réunies. »*

## **B – Vie à l'hôpital**

### **1 Repas**

Le petit déjeuner est servi à 7h. Le déjeuner est servi à 12h. Le dîner est servi à partir de 18h.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients, qui en manifesteront le désir. Il sera facturé au tarif visiteur fixé annuellement par le Conseil de Surveillance de l'établissement.

Les repas sont élaborés par l'Unité de Production Culinaire de l'établissement. Le menu est établi par le Responsable de la cuisine et la diététicienne qui adaptent chaque régime en

fonction de l'état de santé du patient, selon les prescriptions médicales et les appartenances religieuses. Plusieurs régimes sont proposés en plus du menu du jour.

## 2 Effets personnels

Les usagers sont tenus d'apporter au sein de l'établissement :

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

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

Il est stipulé dans la Charte de la personne hospitalisée, que « *La personne hospitalisée peut, dans la limite du respect des autres patients et de l'espace de sa chambre, apporter des effets personnels.* »

## 3 Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Les patients ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans l'autorisation d'un membre du personnel soignant, à condition qu'ils soient vêtus d'une tenue décente.

A partir du début du service de nuit, les patients doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

## 4 Désordres causés par le malade

*(Art. R. 1112-49 du Code de la Santé Publique)*

« *Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin Responsable de structure, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.* »

*(Art. R. 1112-50 du Code de la Santé Publique)*

« *Les hospitalisés veillent à respecter le bon état des locaux et biens qui sont mis à leur disposition.*

*Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du malade dans les conditions prévues à l'article R. 1112-49 du Code de la Santé Publique.* »

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

## 5 Gratifications

*(Art. R. 1112-51 du Code de la Santé Publique)*

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

Dans le cas de gratifications, les malades doivent savoir qu'ils exposent le personnel à des sanctions disciplinaires en recourant à de telles pratiques.

## **C – Services mis à la disposition des patients**

### **1 Courrier**

*(Art. R. 1112-53 du Code de la Santé Publique)*

« *Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales.* »

Le courrier est distribué tous les jours (sauf week-ends et fériés) à partir de 8 heures par le service des vaguemestres de l'établissement et le relevé a lieu quotidiennement par les secrétaires.

La dernière levée a lieu à 15 H 30. Les hospitalisés ne pouvant se rendre à la boîte aux lettres, peuvent demander à un personnel du service dans lequel il est admis, de déposer son courrier dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.

### **2 Téléphone**

*(Art. R. 1112-54 du Code de la Santé Publique)*

« *Les hospitalisés utilisant le téléphone acquittent les taxes correspondantes. Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services.* »

Les usagers du C.H.I.C Amboise/Château-Renault ont la possibilité d'utiliser le téléphone installé dans leur chambre.

La réception des appels extérieurs, directement à un numéro attribué à l'utilisateur est gratuite. Cependant, s'il souhaite appeler, un forfait d'ouverture de ligne et l'ensemble des communications vers l'extérieur de l'établissement sont à régler lors de la sortie.

Le tarif actualisé du service téléphonique est disponible au service des admissions sur simple demande.

### **3 Télévision**

Les télévisions installées dans les chambres des différents services sont disponibles en location. La demande peut être faite dès l'arrivée de l'utilisateur au bureau des admissions ou au standard de l'hôpital. Les patients devront acquitter un forfait journalier pour ce service.

Le tarif actualisé de la location de télévision est disponible au service des admissions sur simple demande.

*(Art. R. 1112-55 du Code de la Santé Publique)*

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

### **4 Service social**

*(Décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière)*

*« Les assistants de service social 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 assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux. »*

Pour toute information ou accompagnement dans leurs démarches, les usagers du C.H.I.C Amboise/Château-Renault peuvent s'adresser aux assistantes sociales mises à leur disposition par le biais des cadres de santé du service dans lequel ils sont admis.

Les assistantes sociales ont un rôle d'écoute, de soutien et d'accompagnement face à d'éventuels problèmes administratifs, sociaux, financiers ou familiaux.

## **5 Exercice du culte**

*(Art. R. 1112-46 du Code de la Santé Publique)*

*« Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix. »*

*(Charte de la personne hospitalisée)*

*« L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements publics de santé, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte.*

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

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

Des aumôniers peuvent se rendre dans l'enceinte du C.H.I.C. Ils sont chargés d'accompagner les patients qui en font la demande, et de leur permettre de pratiquer leur culte.

Les coordonnées des représentants des principales religions sont disponibles dans le livret d'accueil remis au patient dès son arrivée.

## **III – Sorties**

### **A – Permission de sortie**

*(Art. R. 1112-56 du Code de la Santé Publique)*

En matière de « permission de sortie », le C.H.I.C applique les exigences réglementaires qui stipulent que :

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

*Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin Responsable de structure, par le Directeur.*

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

## **B – Formalités de sortie**

Concernant les formalités de sortie, le Code de la Santé Publique précise :

- *« Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin Responsable de structure.*
- *Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de l'hospitalisé dans un établissement dispensant des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée adapté à son cas. » (Art. R. 1112-58 du Code de la Santé Publique).*
- *« Le bulletin de sortie délivré au malade ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation. » (Art. R. 1112-59 du Code de la Santé Publique).*
- *« Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade. » (Art. R. 1112-60 du Code de la Santé Publique).*
- *« Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses droits et à la justification de ses droits. » (Art. R. 1112-61 du Code de la Santé Publique).*
- *« A la fin de chaque séjour hospitalier, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient ou s'il en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum. » (Art. R. 1112-1 du Code de la Santé Publique).*
- *« Lors de sa sortie définitive de l'établissement, le déposant se voit remettre, à l'occasion de l'accomplissement des formalités de sortie, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés. » (Art. R. 1113-7 du Code de la Santé Publique).*

## **C – Sortie contre avis médical**

*(Art. R. 1112-43 du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le Directeur après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. »*

*(Art. R. 1112-62 du Code de la Santé Publique)*

*« A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées sans leur consentement, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. »*

*Si le médecin Responsable estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour sa santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux.*

*Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. »*

Le médecin traitant est informé de la sortie.

## **D – Sortie disciplinaire**

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire lors de dégradations et de désordres persistants.

Cette mesure est prononcée par le Directeur de l'établissement ou son représentant, après avis du Responsable de service.

## **E – Aggravation de l'état de santé**

*(Art. R. 1112-63 du Code de la Santé Publique)*

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

*(Art. R. 1112-68 du Code de la Santé Publique)*

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

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

## **F – Sortie des mineurs**

*(Art. R. 1112-58 du Code de la Santé Publique)*

*« Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la Santé Publique ou d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles. »*

*(Art. R. 1112-64 du Code de la Santé Publique)*

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

Lorsque le patient mineur a été hospitalisé sans que, à sa demande confirmée, le ou les détenteurs de l'autorité parentale n'aient été prévenus, il est confié à sa sortie à la personne majeure qu'il a choisie pour l'accompagner.

## **G – Transport des patients**

*(Art. R. 1112-66 du Code de la Santé Publique)*

*« L'administration de l'établissement tient à la disposition des hospitalisés la liste complète des entreprises de transport sanitaire terrestre du département. »*

Si, au moment de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non, le patient a le libre choix de l'entreprise de transport.

Les frais occasionnés sont à la charge du malade sauf s'il fait l'objet d'une prescription médicale de transport en raison de son état de santé.

## **H – Questionnaire de sortie**

*(Art. R. 1112-67 du Code de la Santé Publique)*

*« Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire. »*

*Le Directeur communique périodiquement au Conseil de Surveillance, à la Commission Médicale d'Établissement et au Comité Technique d'Établissement les résultats de l'exploitation de ces documents.*

La Commission de Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge reçoit également ces résultats.

*Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé. »*

## **IV – Personnes décédées**

### **A – Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée**

#### **1 Constat du décès**

*(Art. R. 1112-70 du Code de la Santé Publique)*

*« Les décès sont attestés par le certificat prévu à l'article L. 2223-42 du Code Général des Collectivités Territoriales. »*

*(Art. R. 1112-71 du Code de la Santé Publique)*

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

*(Art. R. 1112-76-1 du Code de la Santé Publique)*

« Les établissements de santé tiennent un registre mentionnant les informations permettant le suivi du corps des personnes décédées, depuis le constat du décès à l'état civil et jusqu'au départ des corps de l'établissement. »

*(Art. R. 2213-2 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

« Lorsque le décès survient dans un établissement de santé, un agent de l'établissement munit sans délai, le corps de la personne dont le décès a été constaté d'un bracelet plastifié et inamovible comportant les nom, prénom et date de décès ou, à défaut, tous les éléments permettant l'identification du défunt. ».

## **2 Certificat de décès**

*(Art. R. 2213-1-1 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

« Le certificat de décès prévu à l'article L. 2223-42 comprend :

- Un volet administratif comportant la commune de décès, les date et heure de décès, les nom, prénoms, date de naissance, sexe et domicile du défunt ainsi que les informations nécessaires à la délivrance de l'autorisation de fermeture du cercueil et à la réalisation des opérations funéraires ;
- Un volet médical relatif aux causes de décès, qui ne comporte ni le nom, ni le prénom de la personne décédée. »

## **3 Notification du décès et information de l'entourage**

*(Art. R. 1112-69 du Code de la Santé Publique)*

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

Le décès est confirmé par tout moyen.

La notification du décès est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche.
- Pour les militaires : à l'autorité militaire compétente.
- Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide Sociale à l'Enfance : au Président du Conseil Général.
- Pour les mineurs relevant de dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.

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

*(Art. R. 1112-73 du Code de la Santé Publique)*

« Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur ou son représentant, prévenu par le médecin Responsable de structure, avise sans délai l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil. »

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

Lorsque le décès est immédiatement constaté, l'équipe soignante procède à la toilette mortuaire et à l'habillage du défunt avec toutes les préoccupations requises, puis dresse



l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc... qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé obligatoirement par deux agents, qui remplissent et signent le formulaire prévu à cet effet, et gèrent chaque bien selon sa nature, conformément à la procédure en place dans l'établissement.

## **6 Dévolution des biens des hospitalisés décédés**

*(Art. R. 1113-7 du Code de la Santé Publique)*

*« En cas de décès du déposant, un document est remis à ses héritiers les invitant à procéder au retrait des objets déposés. »*

Les espèces, valeurs, bijoux, moyens de paiement et pièces d'identité sont remis à un agent du service des admissions qui les restitue aux ayants-droits sur production d'un certificat de décès, d'un certificat d'hérédité délivré par la mairie sur présentation du livret de famille et d'une pièce d'identité. La famille ou les proches disposent d'un an pour se faire remettre les biens que le proche décédé aurait pu déposer au coffre de l'hôpital.

Ils peuvent être remis à la perception avec mention des coordonnées du notaire en charge de la succession.

Les biens d'une personne décédée peuvent également être envoyés à la famille (uniquement dans le cas où il n'y a qu'un enfant pour éviter les conflits) sur présentation du livret de famille ou d'un certificat d'hérédité.

Les effets personnels (vêtements, objets de faibles valeurs) sont remis à la famille par les professionnels du service de soins dans lequel la personne est décédée.

## **7 Mesures de police sanitaire**

*(Art. R. 1112-74 du Code de la Santé Publique)*

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

Un certificat médical, placé dans le dossier du patient, atteste de cette nécessité.

## **8 Dépôt du corps à la chambre mortuaire et présentation du corps**

*(Art. R. 2213-2-2 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

*« Il ne peut être procédé à une opération de conservation du corps d'une personne décédée, sans qu'une déclaration écrite préalable ait été effectuée, par tout moyen, auprès du Maire de la commune où sont pratiqués les soins de conservation ».*

*(Art. R. 2223-89 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

*« Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire d'un établissement public de santé du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès. »*

*(Art. R. 2223-93 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

*« Dans toute la mesure du possible, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire sans que ce dépôt ne soit différé, de ce fait, d'un délai supérieur à dix heures tel que prévu à l'article R. 2223-76 du Code Général des Collectivités Territoriales. »*

*(Art. R. 2223-94 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

*« Le Directeur s'il s'agit d'un établissement public fixe les prix de séjour en chambre mortuaire au-delà du délai de trois jours prévu à l'article R. 2223-89. »*

Le tarif par jour au-delà du 3ème jour est fixé chaque année par décision du directeur.

L'entourage peut demander la présentation du corps pendant les heures d'ouverture de la chambre mortuaire. Cette présentation est faite dans une salle spécialement aménagée à cet effet.

Les horaires d'ouverture de la chambre mortuaire du site d'Amboise sont :

- Pour les lundis, mardis et mercredis : 8h30-12h00 / 13h30-17h00
- Pour les jeudis et vendredis : 8h30-12h00 / 13h30-17h30.

Pour les samedis, dimanches, jours fériés et en-dehors de ces horaires, les proches du défunt ont accès à la chambre mortuaire accompagnés par les sociétés de Pompes Funèbres mandatées par la famille.

## **9 Inhumation ou crémation du corps**

*(Art. R. 1112-75 du Code de la Santé Publique)*

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

*(Art. R. 1112-76 du Code de la Santé Publique)*

*« En cas de non-réclamation du corps dans le délai de dix jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci ; en l'absence de ressources suffisantes, il est fait application des dispositions de l'article L. 2223-27 du Code Général des Collectivités Territoriales ; s'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue, en accord avec l'autorité militaire compétente. »*

*(Art. R. 2213-33 du Code général des Collectivités Territoriales)*

*« L'inhumation a lieu vingt-quatre heures au moins et six jours au plus après le décès. Les dimanches et jours fériés ne sont pas compris dans le calcul de ces délais. »*

*Des dérogations aux délais prévus peuvent être accordés dans des circonstances particulières par le Préfet de département du lieu de l'inhumation. »*

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix.

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord du Parquet, ce dernier ayant autorité pour ordonner une nécropsie par un médecin légiste préalablement à cette restitution.

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.

## **B – Transport de corps**

*(Art. R. 2213-7 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

*« Quel que soit le lieu de dépôt du corps, le transport avant mise en bière du corps d'une personne décédée vers son domicile, la résidence d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du Maire du lieu de dépôt.*

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

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

*(Art. R. 2213-8 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

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

- à la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil et de son domicile ;*
- à la détention d'un extrait du certificat de décès , attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des des infections transmissibles dont la liste est fixée à l'article R. 2213-11 du Code Général des Collectivités Territoriales ;*
- à l'accord, le cas échéant, du Directeur de l'établissement de santé, au sein duquel le décès est survenu ;*
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code Civil relatives aux déclarations de décès.*

*La déclaration préalable au transport mentionné à l'article R. 2213-7 indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles. »*

Lorsque la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps est transporté, l'avis d'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière commune.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de vingt-quatre heures à compter du décès si le corps n'a pas subi des soins de conservation. Dans l'hypothèse où de tels soins ont été assurés, le transport doit être effectué et terminé dans un délai de quarante-huit heures à compter du décès par des véhicules agréés à cet effet. La famille choisit librement la société qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière. Les listes officielles des transporteurs habilités sont mises à sa disposition à l'accueil de la chambre mortuaire.

### **2 Transport en chambre funéraire avant mise en bière**

*(Art. R. 2213-8-1 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

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

- A la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil et de son domicile ;
- A la détention d'un extrait du certificat de décès, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des des infections transmissibles dont la liste est fixée à l'article R. 2213-11 du Code Général des Collectivités Territoriales ;
- A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code Civil relatives aux déclarations de décès. »

*(Art. R. 2213-9 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

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

*(Art. R. 2213-10 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

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

*(Art. R. 2213-11 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

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

### **3 Mise en bière et transport du corps après mise en bière**

*(Art. R. 2213-15 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

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

La housse imperméable éventuellement utilisée pour envelopper le corps avant sa mise en bière est fabriquée dans un matériau biodégradable.

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

*(Art. R. 2213-21 du Code Général des Collectivités Territoriales)*

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

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

Le jour des obsèques, la famille est accueillie à la chambre mortuaire, à l'heure convenue par l'hôpital et l'opérateur funéraire, tenant compte du souhait de la famille et des

différentes contraintes liées à l'organisation du convoi. Après la mise en bière et la fermeture du cercueil, le corps sera acheminé vers son lieu d'inhumation ou de crémation.

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréés, que la famille choisit librement et mentionne sur un formulaire spécifique.

Une liste des entreprises et services agréés est disponible à l'accueil de la chambre mortuaire du C.H.I.C Amboise/Château-Renault.

## **V – Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades**

### **A – Information du médecin traitant ou désigné par le malade**

*(Art. L. 1111-2 du Code de la Santé Publique)*

*« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »*

#### **1 A l'admission**

*(Art. R. 1112-6 du Code de la Santé Publique)*

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

*(Art. L. 1111-2 du code de la santé publique)*

*« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »*

#### **2 En cours d'hospitalisation**

*(Art. R. 1112-6 du Code de la Santé Publique)*

*« En cours d'hospitalisation, le Responsable de structure communique au médecin désigné par le patient ou sa famille, et qui en fait la demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du malade. »*

Le praticien qui a prescrit l'hospitalisation du patient a accès, sur sa demande, aux informations médicales le concernant.

#### **3 Après la sortie**

*(Art. R. 1112-4 du Code de la Santé Publique)*

« Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier médical du patient, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès. »

## **B – Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale**

Le médecin traitant peut assister aux interventions chirurgicales que le malade aurait éventuellement à subir au cours de son hospitalisation, sous réserve de l'accord de celui-ci et du chirurgien concerné et de son engagement à respecter les règles de fonctionnement du bloc opératoire.

## **Chapitre IV – Dispositions spécifiques aux patients hospitalisés en psychiatrie**

### **I – Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques**

#### **A – Le consentement des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques**

*(Art. L. 3211-1 du Code de la Santé Publique)*

« Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus d'admission sur demande d'un tiers, admission en cas de péril imminent ou admission par décision du représentant de l'État.

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

*(Art. L. 3211-2 du Code de la Santé Publique)*

« Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

*Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. »*

#### **B – Les différents mode de prise en charge en soins psychiatriques**

*(Art. L. 3211-2-1 du Code de la Santé Publique)*

« Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques est prise en charge :

- Sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type.

Lorsque les soins prennent une forme ambulatoire, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de son état de santé.

*L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec de l'établissement d'accueil au cours duquel il reçoit l'information et est avisé des dispositions.*

*Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. »*

## **C – L'hospitalisation en soins psychiatriques**

### **1 Le suivi du patient hospitalisé en soins psychiatriques**

*(Art. L. 3211-2-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans son consentement, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.*

*Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 du Code de la Santé Publique. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.*

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

*Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures, la forme de la prise en charge programme de soins. »*

### **2 Le maintien des droits (dignité, information...)**

*(Art. L. 3211-3 du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.*

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

*En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques est informée :*

- Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions ainsi que des raisons qui les motivent ;*
- Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes.*

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 du Code de la Santé Publique ;
- De saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques ;
- 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 règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- D'exercer son droit de vote ;
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix. »

(Art. L. 3211-4 du Code de la Santé Publique)

« Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. »

### **3 Le droit d'être protégé**

(Art. L. 3211-5 du Code de la Santé Publique)

« Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés. »

(Art. L. 3211-6 du Code de la Santé Publique)

« Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au Procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement de santé, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation où elle a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile, d'en faire la déclaration au Procureur de la République du lieu de traitement. Le représentant de l'État dans le département doit être informé par le Procureur de la mise sous sauvegarde. »

(Art. L. 3211-8 du Code de la Santé Publique)

« La personne faisant l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou à la demande du Préfet peut être placée en curatelle ou en tutelle dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 et 440 du code civil. »

## **D – La composition du collège assurant le suivi du patient en soins psychiatriques**

(Art. L. 3211-9 du Code de la Santé Publique)



« Le Directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

- Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
- Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'État. »

## **E – L'admission ou la levée des soins psychiatriques concernant un mineur**

*(Art. L. 3211-10 du Code de la Santé Publique)*

« Hormis les cas où l'admission est à la demande du Représentant de l'État dans le département, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le Juge aux affaires familiales statue. »

## **F – Le réajustement de la forme de prise en charge**

*(Art. L. 3211-11 du Code de la Santé Publique)*

« Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au Directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne. »

## **G – L'autorisation de sortie**

*(Art. L. 3211-11-1 du Code de la Santé Publique)*

« Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée pendant toute la durée de la sortie.

L'autorisation de sortie accompagnée de courte durée est accordée par le Directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre Responsable de la structure médicale concernée.

Dans le cas où la mesure a été prise sur décision du représentant de l'État, le Directeur de l'établissement transmet à celui-ci les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'État dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai. »

## H – Le Juge des Libertés et de la Détention (saisine, rôle...)

*(Art. L. 3211-12 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Juge des Libertés et de la Détention (J.L.D) dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée sur demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'État, quelle qu'en soit la forme.*

*La saisine peut être formée 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 en tutelle ou en curatelle ;*
- *Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;*
- *La personne qui a formulé la demande de soins ;*
- *Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;*
- *Le Procureur de la République.*

*Le Juge des Libertés et de la Détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, 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.*

*Le Juge des Libertés et de la Détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 du Code de la Santé Publique.*

*Le Juge ne peut en outre décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres.*

*Le Juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collègue et les deux expertises prévus doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.*

*Le Juge des Libertés et de la Détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.*

*Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. du Code de la Santé Publique. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin. »*

*(Art. L. 3211-12-1 du Code de la Santé Publique)*

*« L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le Juge des Libertés et de la Détention, préalablement saisi par le Directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou à la demande du Préfet, n'ait statué sur cette mesure :*

- *Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission prononcée ;*
- *Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision par laquelle le Directeur de l'établissement ou le représentant de l'État a modifié la forme de la prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète ;*

- *Avant l'expiration d'un délai de six mois suivant soit toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit toute décision prise par le Juge des Libertés et de la Détention en application des articles L. 3211-12 ou L. 3213-5 du présent code ou du présent article, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du Juge des Libertés et de la Détention prise avant l'expiration de ce délai sur le fondement de l'un des mêmes articles 706-135 du code de procédure pénale, L. 3211-12 ou L. 3213-5 du présent code ou du présent article fait courir à nouveau ce délai.*

*Le Juge des Libertés et de la Détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.*

*Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin. »*

*(Art. L. 3211-12-6 du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsque la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet est levée, un psychiatre de l'établissement d'accueil l'informe, en tant que de besoin, de la nécessité de poursuivre son traitement en soins libres et lui indique les modalités de soins qu'il estime les plus appropriées à son état. »*

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

### **A – Les soins psychiatriques sur décision du Directeur d'établissement**

*(Art. L. 3212-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du Directeur d'un établissement que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :*

- *Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;*
- *Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière.*

*Le Directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :*

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

*La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'État.*

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

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

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

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

*(Art. L. 3212-2 du Code de la Santé Publique)*

*« Avant d'admettre une personne en soins psychiatriques, le Directeur de l'établissement d'accueil s'assure de son identité. Lorsque la personne est admise sur demande d'un tiers, le Directeur de l'établissement vérifie également que la demande de soins a été établie conformément et s'assure de l'identité de la personne qui formule la demande de soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. »*

## **B – L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers**

*(Art. L. 3212-3 du Code de la Santé Publique)*

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

*Préalablement à l'admission, le Directeur de l'établissement d'accueil vérifie que la demande de soins a été établie conformément et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle. »*

## **C – La levée ou le maintien des soins psychiatriques**

*(Art. L. 3212-4 du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsque l'un des deux certificats médicaux conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le Directeur de l'établissement d'accueil prononce immédiatement la levée de cette mesure.*

*Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le Directeur de l'établissement prononce le maintien des soins en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.*

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

*Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le Directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat médical ou de l'avis mentionnés à l'article L. 3211-11 du Code de la Santé Publique. »*

*(Art. L. 3212-9 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée :*

- Par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques ;*
- Par une des personnes mentionnées à l'article L. 3212-1 du Code de la Santé Publique. »*

## **D – Le devoir d'information du Directeur**

*(Art. L. 3212-5 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Directeur de l'établissement d'accueil informe sans délai le représentant de l'État dans le département et la Commission Départementale des Soins Psychiatriques de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques sans son consentement et leur communique une copie du certificat médical d'admission et du bulletin d'entrée. Il leur transmet également sans délai copie de chacun des certificats médicaux.*

*Le Directeur de l'établissement d'accueil notifie sans délai les nom, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour tant de la personne faisant l'objet des soins que, lorsque l'admission a été prononcée à la demande d'un tiers, de celle les ayant demandés :*

- Au Procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne faisant l'objet de soins ;*
- Au Procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.*

*Dans le cas où la personne malade a été admise à la demande d'un tiers et fait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le Directeur de l'établissement d'accueil informe la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge. »*

*(Art. L. 3212-7 du Code de la Santé Publique)*

*« Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée, demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical.*

*Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations entraîne la levée de la mesure de soins.*

*Les copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations sont adressées sans délai par le Directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département et à la Commission Départementale des Soins Psychiatriques. Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, une copie du certificat médical ou de l'avis médical est également adressée sans délai au Juge des Libertés et de la Détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil. »*

*(Art. L. 3212-8 du Code de la Santé Publique)*

*« Il est mis fin à la mesure de soins prise dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11 du Code de la Santé Publique. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.*

*Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de la mesure de soins, le Directeur de l'établissement en informe le représentant de l'État dans le département, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques, les Procureurs de la République mentionnés à l'article L. 3212-5 du Code de la Santé Publique et la personne qui a demandé les soins.*

*Le Préfet peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises ne sont plus réunies. »*

## **E – La tenue d'un registre**

*(Art. L. 3212-11 du Code de la Santé Publique)*

*« Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures :*

- Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins ;*
- La date de l'admission en soins psychiatriques ;*
- Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins*
- Les dates de délivrance des informations ;*
- Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;*
- Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations ;*
- La date et le dispositif des décisions rendues par le Juge des Libertés et de la Détention ;*
- Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles décidées par le Juge des Libertés et de la Détention;*
- Les décès. »*

## **III – Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État**

### **A – L'admission sur demande du représentant de l'État au vu du certificat**

*(Art. L. 3213-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.*

*Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Il désigne l'établissement qui assure la prise en charge de la personne malade.*

*Le Directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'État dans le département et à la Commission Départementale des Soins Psychiatriques le certificat médical.*

*Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical le Préfet décide de la forme de prise en charge, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.*

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

*Le représentant de l'État ne peut décider une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9. »*

## **B – L'admission en cas de péril imminent**

*(Art. L. 3213-2 du Code de la Santé Publique)*

*« En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le Maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Faute de décision du Préfet, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. »*

## **C – Le suivi du patient admis en soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État**

### **1 Les certificats et avis médicaux**

*(Art. L. 3213-3 du Code de la Santé Publique)*

*« Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour puis dans le mois qui suit la décision mentionnée ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire prévue à l'article L. 3213-2 et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Ce certificat précise si la forme de la prise en charge du malade décidée demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical du patient.*

*Les copies des certificats et avis médicaux sont adressées sans délai par le Directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département et à la Commission Départementale des Soins Psychiatriques mentionnée. Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, une copie du certificat médical ou de l'avis médical établi, après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour qui suit la décision est également adressée sans délai au Juge des Libertés et de la Détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil.*

*Après réception des certificats ou avis médicaux et, le cas échéant, de l'avis du collège et de l'expertise psychiatrique, et compte tenu des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre*

public, le représentant de l'État dans le département peut décider de modifier la forme de la prise en charge de la personne malade. Le Préfet fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et l'expertise psychiatrique doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, le Préfet prend immédiatement sa décision. »

*(Art. L. 3213-6 du Code de la Santé Publique)*

« Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques atteste par un certificat médical ou, lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, par un avis médical sur la base de son dossier médical que l'état mental de cette personne nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le Directeur de l'établissement d'accueil en donne aussitôt connaissance au représentant de l'État dans le département qui peut prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical. Les certificats médicaux sont alors établis par deux psychiatres distincts. Lorsque ceux-ci ne peuvent procéder à l'examen de la personne malade, ils établissent un avis médical sur la base de son dossier médical. »

## **2 La modification de la prise en charge par le représentant de l'État**

*(Art. L. 3213-4 du Code de la Santé Publique)*

« Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3213-1 ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire, le représentant de l'État dans le département peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l'avis médical, le maintien de la mesure de soins pour une nouvelle durée de trois mois. Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge du patient dans les conditions prévues. Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l'État dans le département pour des périodes maximales de six mois renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'État à l'issue de chacun des délais prévus au premier alinéa, la levée de la mesure de soins est acquise.

En outre, le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies, ou sur proposition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques. »

## **3 La levée de la mesure de soins psychiatriques**

*(Art. L. 3213-5 du Code de la Santé Publique)*

« Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques ne sont plus remplies et que la levée de cette mesure peut être ordonnée, le Directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical. Lorsqu'une expertise psychiatrique est ordonnée par le représentant de l'État, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance.

Lorsque le représentant de l'État dans le département n'ordonne pas la levée d'une mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, il en informe le Directeur de l'établissement d'accueil qui saisit le Juge des Libertés et de la Détention afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure. »

## **4 L'expertise psychiatrique demandée par le représentant de l'État**



*(Art. L. 3213-5-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Le représentant de l'État dans le département peut à tout moment ordonner l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision de lui-même. Cette expertise est conduite par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement d'accueil de la personne malade, choisi par le représentant de l'État dans le département sur une liste établie par le Procureur de la République, après avis du Directeur Général de l'agence régionale de santé. »*

## **D – Le rôle du représentant de l'État**

### **1 La levée de la mesure de soins en psychiatrie**

*(Art. L. 3213-8 du Code de la Santé Publique)*

*« Le représentant de l'État dans le département ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques qu'après avis du collège ainsi qu'après deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres. »*

### **2 Le devoir d'information du Préfet suite à la levée d'une mesure de soins psychiatriques**

*(Art. L. 3213-9 du Code de la Santé Publique)*

*« Le Préfet avise dans les vingt-quatre heures de toute admission en soins psychiatriques sur sa demande, de toute décision de maintien et de toute levée de cette mesure :*

- Le Procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil de la personne malade et le Procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel celle-ci a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;*
- Le Maire de Château-Renault et le Maire de la commune où la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;*
- La Commission Départementale des Soins Psychiatriques ;*
- La famille de la personne qui fait l'objet de soins ;*
- Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé. »*

*(Art. L. 3213-9-1 du Code de la Santé Publique)*

*« Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis par lequel un psychiatre de l'établissement d'accueil constate qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire, il en informe sans délai le Directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de soixante-douze heures après la décision du Préfet, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ordonne la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'une autre mesure de soins. »*

La prise en charge d'un patient de psychiatrie peut conduire à rechercher un équilibre entre le respect de son droit à la vie privée et la garantie de sécurité due aux autres patients.

A ce titre, il peut être souhaitable, sur le plan thérapeutique, de laisser à la disposition d'un patient certains moyens de communication ou de loisirs (PC, téléphones, ...).

Pour autant, il est nécessaire de surveiller leur usage, encadré par le plan de soins dont bénéficie la personne concernée.

## Glossaire

- A.M.E : Aide Médicale d'État
- A.N.S.M. : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- A.R.S : Agence Régionale de la Santé
- A.S : Aide Soignant
- A.S.E : Aide Sociale à l'Enfance
- C.A.P : Commission Administrative Paritaire
- C.A.P.L : Commission Administrative Paritaire Locale
- C.A.P.N : Commission Administrative Paritaire Nationale
- C.A.S.F : Code de l'Action Sociale et des Familles
- C.A.T.T.P : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- C.D.S.P : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
- C.E.P.P : Comité d'Évaluation des Pratiques Professionnelles
- C.G : Conseil Général
- C.G.C.T : Code Général des Collectivités Territoriales
- C.H.I.C : Centre Hospitalier Inter-Communal
- C.H.S.C.T : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire
- C.L.A.N : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
- C.L.I.N : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- C.L.U.D : Commission de Lutte contre la Douleur
- C.M.E : Commission Médicale d'Établissement
- C.M.P : Centre Médico-Psychologique
- C.M.U : Couverture Maladie Universelle
- C.N.G : Centre National de Gestion
- C.N.R.D : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
- C.O.M.E.D.I.M.S : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
- C.O.P.S : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
- C.O.V.I.G : Comité de coordination des Vigilances et de Gestion des risques
- C.P.O.M : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- C.R.U.Q : Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge

C.S.I.R.M.T : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques  
C.S.P : Code de la Santé Publique  
C.S.T.H : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance  
C.T.E : Comité Technique d'Établissement  
C.V.S : Conseil de Vie Sociale  
D.G.A.R.S : Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé  
D.I.F : Droit Individuel à la Formation  
D.I.M : Département de l'Information Médicale  
D.R.H : Direction des Ressources Humaines  
E.H.E.S.P : École des Hautes Études en Santé Publique  
E.H.P.A.D : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
E.O.H : Équipe Opérationnelle d'Hygiène  
E.P.R.D : État des Prévisions de Recettes et de Dépenses  
E.R.E : Espace de Réflexion Éthique  
H.P.S.T : Hôpital – Patient – Santé – Territoire  
H.T.C.D : Hospitalisation Très Courte Durée  
I.A.D.E : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État  
I.B.O.D.E : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État  
I.D.E : Infirmier Diplômé d'État  
I.F.S.I : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
J.L.D : Juge des Libertés et de la Détention  
M.P.R : Médecine Physique et de Réadaptation  
P.M.S.I : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
P.U.I : Pharmacie à Usage Intérieur  
S.M.U.R : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
S.S.I.A.D : Service de Soins Infirmiers À Domicile  
S.S.R : Soins de Suite et de Réadaptation  
U.P.C : Unité de Production Culinaire