



**REGLEMENT INTERIEUR**

**DU**

**CENTRE HOSPITALIER  
DE LA ROCHELLE**

<b>SOMMAIRE</b>			Mise à jour Janvier 2007	p. 1/4
-----------------	--	--	-----------------------------	--------

## INTRODUCTION

### CHAPITRE I - ORGANISATION GENERALE

#### SECTION 1 - ORGANISATION ADMINISTRATIVE

*Sous-section 1 - Le Conseil d'Administration*

*Sous-section 2 - Le Directeur*

*Sous-section 3 - Le Conseil exécutif*

*Sous-section 4 - Régime de publicité des actes décisionnaires*

#### SECTION 2 - LES INSTANCES CONSULTATIVES GENERALES

*Sous-section 1 - La Commission Médicale d'Etablissement*

1. La sous-commission de formation continue
2. les sous-commissions spécialisées qualité et sécurité des soins – principes généraux
3. la sous-commission des vigilances sanitaires (CoViS)
4. la sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
5. la sous-commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMeDiMS)
6. la sous-commission de lutte contre la douleur (CLuD)
7. la sous-commission locale alimentation nutrition (CLAN)

*Sous-section 2 - Le comité technique d'établissement*

#### SECTION 3 - LES INSTANCES CONSULTATIVES SPECIALISEES

*Sous section 1 - La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques*

*Sous section 2 - Les commissions administratives paritaires locales*

*Sous section 3 - Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail*

#### SECTION 4 - LES INSTANCES SPECIALISEES

*Sous section 1 - La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge*

*Sous section 2 - La commission de l'activité libérale*

*Sous section 3 - Le comité local d'éthique*

*Sous section 4 - La commission de l'organisation de la permanence des soins*

*Sous section 5 - Le collège médical du département de l'information médicale*

#### SECTION 5 - LES STRUCTURES DE SECURITE SANITAIRE

*Sous section 1 - Le responsable du signalement des infections nosocomiales*

*Sous section 2 - Le correspondant d'hémovigilance*

*Sous section 3 - Le correspondant local de pharmacovigilance*

*Sous section 4 - Le correspondant local de matériovigilance*

*Sous section 5 - Le correspondant local de réactovigilance*

*Sous section 6 - Le correspondant local de biovigilance*

#### SECTION 6 - LES POLES D'ACTIVITE

*Sous section 1 - Dispositions générales*

- 1 - Les missions du pôle
- 2 - Les structures internes des pôles
- 3 - Le responsable de pôle
- 4 - Le conseil de pôle
- 5 - Le projet de pôle
- 6 - Le contrat de pôle
- 7 - Le bureau du pôle

<b>SOMMAIRE</b>			Mise à jour Janvier 2007	p. 2/4
-----------------	--	--	-----------------------------	--------

***Sous section 2 - Dispositions particulières aux pôles d'activité administrative et logistique***

***Sous section 3 - Dispositions particulières aux pôles d'activité clinique et médico-technique***

- 1 - Structures internes
- 2 - Le projet de pôle
- 3 - Le conseil de pôle
- 4 - Le bureau de pôle

***Sous section 4 - Dispositions particulières au pôle médico-social***

## **SECTION 7 - ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT MEDICAL**

***Sous section 1 - Le code de déontologie médicale***

***Sous section 2 - Les interventions chirurgicales***

***Sous section 3 - La pharmacie à usage intérieur***

***Sous section 4 - Le fonctionnement médical***

- 1 - La visite médicale
- 2 - Le dossier médical

***Sous section 5 - Le département de l'information médicale***

***Sous section 6 - L'organisation des soins en santé mentale***

## **CHAPITRE 2 – MESURES DE POLICE GENERALE**

### **SECTION 1 – CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES**

***Sous-section 1 – La circulation des véhicules***

***Sous-section 2 – Le stationnement des véhicules***

### **SECTION 2 – REGLES DE VIE COLLECTIVE**

***Sous-section 1 – L'hygiène à l'hôpital***

***Sous-section 2 – Les animaux à l'hôpital***

***Sous-section 3 – L'interdiction de fumer***

***Sous-section 4 – Les téléphones portables***

***Sous-section 5 – Objets et produits interdits***

***Sous-section 6 – Le respect de la neutralité du service public***

### **SECTION 3 – L'EXERCICE DU DROIT DE VISITE DANS L'ETABLISSEMENT**

***Sous-section 1 – Les conditions d'exercice du droit de visite***

***Sous-section 2 – Les horaires de visite***

***Sous-section 3 – Les obligations des visiteurs***

## **CHAPITRE III – DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT**

### **SECTION 1 – ADMISSIONS**

***Sous-section 1 – Dispositions générales***

- 1 - Mode d'admission
- 2 - Admission imposée
- 3 - Admission en urgence
- 4 - Transfert après premiers secours
- 5 - Information de la famille
- 6 - Refus d'hospitalisation du malade
- 7 - Accueil des patients
- 8 - Dépôt des biens
- 9 - Régime d'hospitalisation
- 10 - Consultations externes de l'Hôpital Saint-Louis
- 11 - Prise en charge des frais d'hospitalisation

***Sous-section 2 – Dispositions particulières***

- 1 - Femmes enceintes
- 2 - Militaires
- 3 - Détenus

<b>SOMMAIRE</b>			Mise à jour Janvier 2007	p. 3/4
-----------------	--	--	-----------------------------	--------

- 4 - Mineurs
- 5 - Majeurs légalement protégés
- 6 - Malades toxicomanes

## **SECTION 2 – CONDITIONS DE SEJOUR**

### ***Sous-section 1 – Information médicale et consentement aux soins***

- 1 - Information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications
- 2 - La personne de confiance
- 3 - Le consentement aux soins
- 4 - L'accès au dossier médical
- 5 - Information de la famille et des proches du patient
- 6 - Discrétion demandée par le malade
- 7 - Prise de vue et utilisation de l'image de la personne

### ***Sous-section 2 – Vie à l'hôpital***

- 1 - Exercice du droit de visite
- 2 - Repas
- 3 - Effets personnels
- 4 - Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital
- 5 - Désordres causés par le malade
- 6 - Gratifications

### ***Sous-section 3 – Services mis à la disposition des patients***

- 1 - Courrier
- 2 - Téléphone
- 3 - Télévision et radio
- 4 - Bibliothèque
- 5 - Suivi scolaire
- 6 - Service social
- 7 - Exercice du culte

## **SECTION 3 – SORTIES**

### ***Sous-section 1 - Permission de sortie***

### ***Sous-section 2 - Formalités de sortie***

### ***Sous-section 3 - Sortie contre avis médical***

### ***Sous-section 4 - Sortie disciplinaire***

### ***Sous-section 5 - Aggravation de l'état de santé***

### ***Sous-section 6 - Sortie des mineurs***

### ***Sous-section 7 - Sortie des nouveaux-nés***

### ***Sous-section 8 - Transport en ambulance***

### ***Sous-section 9 - Questionnaire de sortie***

## **SECTION 4 - RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET MALADES**

### ***Sous-section 1 - Information du médecin traitant ou désigné par le malade***

- 1 - A l'admission
- 2 - En cours d'hospitalisation
- 3 - Après la sortie

### ***Sous-section 2 - Communication des résultats d'examens d'anatomo-cyto-pathologie***

### ***Sous-section 3 - Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale***

## **SECTION 5 – PERSONNES DECEDEES**

### ***Sous-section 1 – Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée***

- 1 - Constat du décès
- 2 - Notification du décès
- 3 - Déclaration d'enfant sans vie
- 4 - Indices de mort violente ou suspecte
- 5 - Toilette mortuaire et inventaire après décès
- 6 - Dévolution des biens des hospitalisé décédés
- 7 - Mesures de police sanitaire
- 8 - Présentation du corps
- 9 - Inhumation ou crémation du corps

<b>SOMMAIRE</b>			Mise à jour Janvier 2007	p. 4/4
-----------------	--	--	-----------------------------	--------

**Sous-section 2 – Transport de corps**

- 1 - Transport de corps à résidence sans mise en bière
- 2 - Transfert en chambre funéraire avant mise en bière
- 3 - Transport vers l'établissement du corps d'une personne décédée hors de l'établissement
- 4 - Transport de corps à destination d'un établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche
- 5 - Transport de corps après mise en bière

**Sous-section 3 – Autopsie et prélèvement sur personne décédée**

- 1 - Autopsie médico-légale
- 2 - Prélèvement d'organes et de tissus

**CHAPITRE IV – DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE****SECTION 1. LES PARTICULARITES DE L'ADMISSION EN SERVICE DE PSYCHIATRIE****Sous-section 1 – Garanties apportées à la personne admise en service de psychiatrie**

- 1 - La liberté de choix
- 2 - Patients nécessitant une protection dans les actes civils
- 3 - Le domicile
- 4 - Les visites par des autorités extérieures

**Sous-section 2 - Admission en hospitalisation libre****Sous-section 3 - Hospitalisations sans consentement**

- 1 - L'hospitalisation sur demande d'un tiers
- 2 - L'hospitalisation d'office

**SECTION 2. LES CONDITIONS DE SEJOUR EN SERVICE DE PSYCHIATRIE****Sous-section 1 – Dispositions adaptées**

- 1 - L'accès au dossier médical
- 2 - Inventaire des biens du patient

**Sous-section 2 – Les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement****Sous-section 3 – Le suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement**

- 1 - Personne hospitalisée sur demande d'un tiers
- 2 - Personne hospitalisée d'office

**Sous-section 4 – Les permissions de sortie pour les personnes en hospitalisation libre****Sous-section 5 – Les sorties en cours d'hospitalisation pour les personnes hospitalisées sans leur consentement**

- 1 - La sortie d'essai
- 2 - La sortie thérapeutique

**SECTION 3. LA FIN DE L'HOSPITALISATION****Sous-section 1 – La préservation des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement à leur sortie****Sous-section 2 – La sortie immédiate****Sous-section 3 – La fin de l'hospitalisation sur demande d'un tiers****Sous-section 4 – La levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers****Sous-section 5 – La fin de l'hospitalisation d'office****Sous-section 6 – Les formalités de sortie pour les personnes hospitalisées sans leur consentement**

<b>INTRODUCTION</b>			Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2
---------------------	--	--	-----------------------------	--------

Le Centre Hospitalier de La Rochelle est un établissement public de santé communal, doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Il est soumis au contrôle de l'Etat et à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier.

Il a pour missions :

d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient et de son environnement de participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention de participer à la mise en œuvre de dispositifs destinés à garantir la sécurité sanitaire de dispenser avec ou sans hébergement : des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité de procéder à l'évaluation de son activité de mener, en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.

Comme établissement du service public hospitalier, il concourt, de plus :

à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination à l'aide médicale urgente, conjointement avec les autres professionnels concernés à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux à la réalisation des examens de diagnostic et des soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, ainsi qu'aux personnes en situation irrégulière sur le territoire national et placées en rétention administrative ; il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires à la délivrance de soins palliatifs et à la lutte contre la douleur

Il est le pôle de référence du Territoire Sanitaire Charente Maritime Nord au sein de la région Poitou-Charentes et participe à ce titre à des actions de coopération sanitaire (filiales et réseaux de soins).

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 Poitou-Charentes.

Il conclut avec l'Agence régionale d'hospitalisation un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans. Ce contrat détermine les orientations stratégiques de l'établissement sur la base des schémas d'organisation sanitaire.

Dans le cadre de ses missions et sous réserve de garantir la continuité du service public hospitalier, il peut engager des actions de coopération internationale, avec des personnes de droit public et de droit privé intervenant dans le même domaine que le sien.

Pour accomplir ses missions, il est composé des établissements ou services suivants :

Hôpital Saint-Louis, qui regroupe les services de consultation et d'hospitalisation de médecine, chirurgie et obstétrique, Service d'aide médicale urgente (SAMU) du département de Charente Maritime,

<b>INTRODUCTION</b>			Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2
---------------------	--	--	-----------------------------	--------

Hôpital Marius Lacroix, qui regroupe les services de consultation et d'hospitalisation de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, intra et extra-hospitaliers (centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour), Centre de soins pour personnes âgées (CSPA) du Fief de la mare, qui regroupe l'unité de soins de longue durée et l'unité de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle  
Centre d'aide par le travail (CAT) du Treuil Moulinier  
Service hospitalier d'aide à la libération des éthyliques (SHALE)  
Institut de formation en soins infirmiers (IFSI)  
Ecole d'aides-soignantes  
Maison de retraite du Plessis  
Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)  
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation administrative</b>	<b>Le Conseil d'Administration</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/3

## Composition

Le Conseil d'administration comprend 22 membres, répartis dans 3 collèges, à savoir :

### Collège des représentants des collectivités locales

- le maire de La Rochelle, président de droit
- 3 représentants élus par le conseil municipal de La Rochelle
- 2 représentants élus par les conseils municipaux des deux autres communes de la région Poitou-Charentes dont la population est la plus représentée dans la clientèle de l'établissement
- 1 représentant élu par l'assemblée départementale de Charente Maritime
- 1 représentant élu par l'assemblée régionale de Poitou-Charentes

### Collège des personnels

- le président la Commission médicale d'établissement
- 3 autres membres de la commission médicale d'établissement, élus en son sein
- 1 membre de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élu en son sein
- 3 représentants des personnels de l'établissement relevant du titre 4 du statut général des fonctionnaires, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives dans l'établissement

### Collège des personnes qualifiées et des représentants des usagers

- 3 personnalités qualifiées, nommées pour 3 ans par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avis du préfet de Charente Maritime
- 3 représentants des usagers, nommés pour 3 ans par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation,

Les représentants de la commission médicale d'établissement et le représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont élus en leur sein par ces commissions, au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le plus âgé est élu

La liste nominative des membres du conseil est arrêtée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Lorsque le maire ne souhaite pas assumer les fonctions de président, son remplaçant est élu par et parmi les membres du collège des représentants des collectivités locales et du collège des personnes qualifiées et des représentants des usagers. Cette circonstance ne fait pas obstacle à ce que le maire reste membre du conseil d'administration.

Lorsque le président du conseil d'administration a été élu en remplacement du maire, son mandat prend fin en même temps que le mandat électif du maire.

Si le président du conseil d'administration élu dans les conditions définies ci dessus cesse d'être membre du conseil d'administration avant la fin du mandat électif du maire qu'il a remplacé, un nouveau président est élu, selon les mêmes modalités, pour la durée du mandat restant à courir.

En cas d'absence du président et de son suppléant, la présidence des séances est assurée par le plus âgé des membres des collèges des représentants des collectivités locales, des personnes qualifiées et des représentants des usagers.

Pour les membres du conseil qui représentent des collectivités locales ou des instances internes à l'établissement, la durée de leur mandat prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Les membres du conseil d'administration qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues par la loi sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.



<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation administrative</b>	<b>Le Conseil d'Administration</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/3

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant six mois consécutifs d'assister aux séances du conseil est réputé démissionnaire.

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. En ce cas, les fonctions du nouveau membre prennent fin à l'époque où auraient cessé celles du membre qu'il a remplacé.

Le directeur, assisté des collaborateurs de son choix, ou son représentant, assiste avec voix consultative aux séances du conseil.

Peuvent assister aux séances du conseil, avec voix consultative :

- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ou son représentant, assisté des collaborateurs de son choix
- le médecin inspecteur régional de la santé, ou son représentant
- les médecins inspecteurs départementaux de la santé, ou leurs représentants

Le comptable assiste avec voix consultative aux séances lorsque le conseil délibère sur des affaires de sa compétence.

### Attributions

Le Conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle, et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, sur :

- 1° Le projet d'établissement, et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement
- 2° la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences
- 3° l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que les propositions de tarifs de prestations
- 4° le plan de redressement
- 5° les comptes et l'affectation des résultats d'exploitations, ainsi que le bilan social
- 6° l'organisation de l'établissement en pôles d'activité et leurs éventuelles structures internes
- 7° la politique de contractualisation interne
- 8° la politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement
- 9° la mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopérations, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- 10° les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix huit ans
- 11° les baux emphytéotiques, les contrats de partenariats et les conventions afférentes
- 12° le règlement intérieur

Les délibérations du conseil :

- Sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsqu'elles portent sur les matières énumérées aux points 2°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11° et 12°.
- Sont réputées approuvées lorsqu'elles portent sur les matières énumérées au 1°, à l'exclusion du contrat pluriannuel, et au 3°, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses, si le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans les délais et pour les motifs prévus par la réglementation.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 3/3
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation administrative</b>	<b>Le Conseil d'Administration</b>		

### **Fonctionnement**

Le conseil se réunit au moins quatre fois par an, sur convocation de son président, ou sur demande écrite de la moitié au moins de ses membres ou du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Dans cette seconde hypothèse, le président convoque le conseil dans un délai maximum de sept jours et inscrit à l'ordre du jour la ou les questions qui ont motivé la demande de séance. A défaut, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation se substitue au président.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé, sauf en cas d'urgence, au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil, ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative. En cas d'urgence, ce délai ne peut être inférieur à un jour franc et le conseil peut décider le renvoi de la discussion, pour tout ou partie, à une autre séance.

Les séances du conseil ne sont pas publiques. La police de l'assemblée appartient au président qui peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil doit obligatoirement être convoqué à nouveau dans un délai de quinze jours.

Le conseil ne peut délibérer valablement que lorsque la majorité des membres en exercice assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulièrement faite, la majorité requise n'est pas atteinte, la délibération prise après la deuxième convocation, qui doit avoir lieu à trois jours d'intervalle au moins et à huit jours au plus, est valable quel que soit le nombre des membres présents.

En cas de vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

En cas de partage des voix, il est procédé à un second tour de scrutin. En cas de nouvelle égalité, sauf vote à scrutin secret, la voix du président est prépondérante.

Le vote par correspondance et le vote par procuration ne sont pas admis.

Lorsque le conseil examine des questions individuelles, l'avis est donné hors la présence du membre du conseil dont la situation est examinée ou de toute personne ayant avec l'intéressé un lien de parenté et d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus. Les votes ont lieu au scrutin secret.

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur.

Les délibérations sont conservées par le directeur. Il les tient à la disposition des administrateurs.

Les personnes assistant aux réunions du conseil sont tenues à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation administrative</b>	<b>Le Directeur</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Le directeur est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du président du conseil d'administration.

Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement.

Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent directement de la compétence du conseil d'administration.

Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il 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 peut déléguer sa signature.

Le directeur est assisté d'adjoints composant l'équipe de direction.

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, exerce, sous l'autorité du chef d'établissement, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation administrative</b>	<b>Le Conseil exécutif</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2

### Composition

Le conseil exécutif, composé au maximum de 12 membres, associe à parité :

- Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;
- Le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité, et dont au moins un représentant par site hospitalier

Le nombre de membres du conseil exécutif est arrêté par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement

Nul ne peut être membre du conseil exécutif s'il est membre du conseil d'administration, à l'exception du président de la commission médicale d'établissement.

La durée du mandat des membres médicaux du conseil exécutif est fixée à quatre ans, renouvelable. La composition médicale du conseil exécutif est renouvelée à l'occasion du renouvellement de la commission médicale d'établissement.

La liste nominative des membres médicaux du conseil exécutif est arrêtée par le directeur au vu des désignations effectuées par la commission médicale d'établissement.

Les membres de l'équipe de direction sont désignés et renouvelés sans référence à une durée de mandat.

Tout membre cesse de faire partie du conseil exécutif :

- Lorsqu'il perd la qualité au titre duquel il a été désigné
- En cas de démission acceptée par le président
- En cas d'empêchement supérieur à 2 mois
- En cas de révocation par le président, qui intervient au-delà de 3 absences consécutives non justifiées ou de manquement grave aux obligations de membre du conseil exécutif

Il est procédé, dans un délai de 2 mois, au remplacement de tout membre qui, pour quelque cause que ce soit, vient à cesser définitivement ses fonctions de membre du conseil exécutif, dans les conditions définies ci-dessus.

Les fonctions du membre ainsi désigné expirent lors du renouvellement du conseil exécutif

### Attributions

Le conseil exécutif :

- Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations prévues à l'article L. 6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution ;
- Prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 6144-1 ;
- Contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de sauvegarde ou de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;
- Participe au suivi de l'exécution des contrats de pôles conclus avec leurs responsables
- Décide de l'intéressement des pôles aux résultats annuels de gestion ou le cas échéant des actions correctrices à mettre en œuvre sur l'année suivante
- Donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services ;
- Désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation administrative</b>	<b>Le Conseil exécutif</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2

### **Fonctionnement**

Le conseil exécutif est présidé par le directeur. En cas d'empêchement du directeur, la présidence est assurée par un cadre de direction membre du conseil exécutif, désigné à cet effet par délégation du directeur.

Il se réunit régulièrement à un rythme convenu entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ; l'ordre du jour est arrêté par le directeur après avoir consulté le président de la commission médicale. Il est porté à la connaissance de l'ensemble des membres au moins trois jours avant la date de réunion.

Le secrétariat du conseil est assuré à la diligence du directeur.

Le conseil exécutif ne peut valablement délibérer que si plus de la moitié de ses membres sont présents.

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation portant sur le même ordre du jour est faite. Le comité exécutif est réuni dans les huit jours.

Le comité délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Les réunions du conseil exécutif ne sont pas publiques.

Toutefois, le conseil exécutif peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour, dès lors qu'elle n'assiste pas aux délibérations du conseil exécutif. La demande doit en être faite auprès du président.

Les membres du conseil exécutif se prononcent en tant que représentants de l'établissement et dans l'intérêt général de celui-ci, et non dans celui du pôle dans lequel ils exercent ou dont ils assument la responsabilité.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du conseil exécutif sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

En cas de communauté ou de conflit d'intérêt concernant l'un des membres du conseil exécutif, ce dernier ne pourra valablement délibérer en sa présence.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 4</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation administrative</b>	<b>Régime de publicité des actes décisionnaires</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Sans préjudice des obligations de publication prévues par d'autres dispositions particulières, les décisions individuelles du Directeur et les délibérations non réglementaires du Conseil d'administration sont notifiées aux personnes physiques et morales qu'elles concernent.

Leurs décisions et délibérations réglementaires sont affichées sur des panneaux spécialement aménagés à cet effet et aisément consultables par les personnels et les usagers.

Lorsque lesdites décisions ou délibérations font grief à d'autres personnes que les usagers et les personnels, elles sont, en outre, publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture de Charente Maritime.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>La Commission Médicale d'Établissement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/8

### Composition

La commission médicale d'établissement est composée :

- des responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique ainsi que dans les pôles d'activités comportant plusieurs services ou structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, les chefs de service, et des responsables de structures internes dans les conditions définies par le conseil d'administration
- d'autant de représentants des praticiens hospitaliers titulaires et des pharmaciens
- de cinq représentants au total des médecins, pharmaciens et odontologues contractuels :
  - de deux représentants élus par et parmi les assistants
  - de deux représentants élus par et parmi les praticiens attachés et les médecins vacataires effectuant plus de 3 demi-journée ou trois vacations par semaine
  - d'un représentant élu par et parmi les praticiens adjoints contractuels et contractuels
- de deux représentants des internes et des résidents élus par l'ensemble des internes en médecine, en pharmacie, en odontologie et des résidents affectés dans l'établissement
- d'une sage femme élue par l'ensemble des sages femmes, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions

Toute modification du nombre de membres au titre des responsables de pôles, des chefs de service ou des responsables de structures internes, entraîne une modification à due concurrence du nombre de membres représentant les praticiens hospitaliers titulaires et les pharmaciens.

Pour les sièges de la commission attribués par voie d'élection, il est prévu des titulaires et des suppléants, sans qu'il y ait de candidatures distinctes.

La durée du mandat des membres de la commission est de quatre ans. Les membres sont rééligibles.

Le directeur organise les élections nécessaires pour constituer la commission.

Siègent à la commission avec voix consultative :

- le directeur, qui peut se faire représenter par un adjoint et être assisté par les collaborateurs de son choix, dont le directeur coordonnateur général des soins
- le représentant du comité technique d'établissement élu en son sein
- le médecin inspecteur régional et les médecins inspecteurs de santé publique
- un représentant élu par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- un médecin conseil de l'assurance maladie
- le médecin responsable de l'information médicale, s'il n'est pas membre de la commission
- le médecin responsable de la médecine du travail, s'il n'est pas membre de la commission

Parmi ces membres ayant voix consultative, seuls le directeur ou son représentant et ses éventuels collaborateurs siègent lorsque la commission se réunit en formation restreinte.

### Attributions

La commission médicale d'établissement :

1° est consultée pour avis sur les projets de délibérations ;

2° prépare avec le conseil exécutif, le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec le schéma d'organisation sanitaire ainsi que l'organisation en pôles cliniques et médico-techniques et le cas échéant, l'organisation de leurs structures internes ;

3° organise la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens, et à cet effet, prépare avec le conseil exécutif les plans de formations et d'évaluation correspondants ; Examine en formation restreinte les mesures relatives au respect de l'obligation de formation continue ainsi que les conclusions des organismes chargés de l'évaluation des praticiens ;

4° émet un avis sur le projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>La Commission Médicale d’Etablissement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/8

5° émet un avis sur le fonctionnement des pôles autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et de leurs éventuelles structures internes, dans la mesure où ce fonctionnement intéresse la qualité des soins ou la santé des malades ;

6° émet un avis sur les nominations des responsables des pôles d’activité clinique et médico-technique ;

7° émet, en formation restreinte, un avis sur les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens, conformément aux décrets régissant ces différentes catégories de praticiens ;

La commission médicale peut mandater son président pour exercer les compétences mentionnées aux 2° et 3°.

Elle est régulièrement tenue informée de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l’établissement et des créations, suppressions ou transformations d’emplois de praticiens hospitaliers

### **Fonctionnement**

La commission élit en son sein son président et son vice-président parmi les praticiens hospitaliers, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. En cas d’égalité des suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

Un même praticien hospitalier ne peut assurer les fonctions de président de la commission au-delà de deux mandats successifs ou de trois mandats successifs si la durée du premier exercé à la suite de la cessation anticipée de fonctions d’un autre président, n’a pas excédé deux ans. Il peut à nouveau exercer ces fonctions après un intervalle de 4 ans.

En l’absence du président et du vice-président, la commission est présidée par le plus âgé de ses membres.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l’ordre du jour.

La commission siège en formation restreinte lorsqu’elle examine des questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des personnels médicaux. Cette formation est limitée aux praticiens hospitaliers titulaires. Se joignent à eux, cumulativement et dans l’ordre fixé ci-dessous dès lors que la commission examine les questions de leur catégorie :

- les personnels temporaires et non titulaires
- les assistants, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels
- les pharmaciens gérants
- les praticiens attachés

Pour toute question individuelle, la commission se prononce hors la présence du membre de la commission dont la situation est examinée ou de toute personne ayant avec l’intéressé un lien de parenté ou d’alliance jusqu’au quatrième degré inclus.

Les votes ont lieu au scrutin secret.

La commission se réunit au moins quatre fois par an, sur convocation de son président, du tiers au moins de ses membres, du président du conseil d’administration, du directeur, du directeur de l’agence régionale de l’hospitalisation, ou du médecin inspecteur régional de santé publique.

L’ordre du jour est fixé par le président ou, en cas d’empêchement, par le vice-président.

Sauf cas d’urgence, l’ordre du jour est adressé au moins sept jours à l’avance aux personnes qui assistent à la commission.

La commission se prononce de façon valable lorsque le tiers au moins de ses membres est présent. Ce nombre ne peut être inférieur à 26.

Lorsque, après une convocation régulière, ce quorum n’a pas été réuni, une deuxième convocation est faite à huit jours d’intervalle. L’avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Sauf vote à scrutin secret, la voix du président est prépondérante s’il y a partage égal des voix.

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.



<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>La Commission Médicale d'Établissement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 3/8

La commission constitue en son sein un bureau, dont la composition et les règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par le règlement de la commission.

Le bureau prépare les délibérations de la commission médicale d'établissement portant sur des questions autres que celles mentionnées au 2° et 3° de ses attributions ou examinées en formation restreinte.

La commission établit son règlement.

Son secrétariat est assuré à la diligence du directeur.

Elle peut émettre des vœux relatifs aux conditions de fonctionnement de l'établissement.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la commission sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Le président de la commission assure l'information du corps médical, odontologique et pharmaceutique de l'établissement en lui communiquant, dans un délai maximal d'un mois par l'intermédiaire du secrétariat de la commission, les avis, décisions et éventuellement les vœux émis par la commission. Pour les points sur lesquels la commission s'est prononcée en formation restreinte, seuls sont transmis les extraits des avis émis.

Au moins deux fois par an, le corps médical, pharmaceutique et odontologique, réuni en assemblée générale sur convocation du président de la commission médicale d'établissement, est informé sur les travaux et délibérations de la commission médicale d'établissement, ainsi que sur la réalisation des objectifs fixés par le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens.

### **1. La sous-commission de formation continue**

Il est créé au sein de la commission médicale d'établissement une sous-commission chargée de la formation continue. Elle participe à ce titre à l'élaboration des plans de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens. Elle prépare les travaux de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les mesures relatives au respect de l'obligation de formation continue ainsi que les conclusions des organismes chargés de l'évaluation des praticiens.

Cette sous-commission est composée :

- Du directeur ou de son représentant
- Du président de la commission médicale d'établissement ou de son représentant
- Du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ou son représentant
- Du directeur délégué à la qualité des soins
- De médecins, pharmaciens, odontologistes et sages femmes, désignés par la commission médicale d'établissement, à raison d'au moins un représentant par pôle d'activités cliniques et médico-techniques, et parmi lesquels au moins deux membres de la commission médicale d'établissement.

La sous-commission peut entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour. En particulier, elle peut associer à ses travaux relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles les praticiens experts, les médecins habilités, les représentants des organismes agréés et le chargé de mission régional pour l'évaluation (CMRE).

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 4/8
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>La Commission Médicale d'Établissement</b>		

## **2. les sous-commissions spécialisées qualité et sécurité des soins – principes généraux**

Il est créé au sein de la commission médicale d'établissement des sous-commissions spécialisées, chargées de participer par leur avis à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé ;
- La lutte contre les infections nosocomiales
- La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les iatrogénies médicamenteuses
- La prise en charge de la douleur
- La définition de la politique alimentaire et nutritionnelle

Chacune de ces sous-commissions spécialisées est composée :

- Du directeur ou son représentant
- Du président de la commission médicale d'établissement, ou son représentant
- Du directeur coordonnateur général des soins ou son représentant
- De membres de la commission médicale d'établissement désignés par elle en son sein
- De membres de la communauté médicale désignés par la commission médicale d'établissement
- Des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Dans la sous-commission traitant des vigilances sanitaires, les correspondants locaux compétents ;
- Dans la sous-commission traitant de la lutte contre les infections nosocomiales, le responsable de l'unité d'hygiène hospitalière
- Lorsque la sous-commission compétente examine des questions relatives à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, sont présents le directeur de l'établissement de l'ETS référent et le correspondant d'hémovigilance de cet établissement
- D'autres experts désignés en tant que de besoin par le règlement intérieur de l'établissement
- Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Les représentants des usagers siégeant à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge assistent avec voix consultative aux séances au cours desquelles les sous-commissions délibèrent sur leur rapport d'activité et sur les propositions de programme annuel d'actions.

Le président et le vice-président de chaque sous-commission sont désignés par le président de la commission médicale d'établissement après avis de cette instance.

La composition nominative des sous-commissions est arrêtée par le directeur.

Elle est renouvelée après chaque renouvellement de la commission médicale d'établissement.

Ces sous-commissions spécialisées :

- participent à l'évaluation des pratiques dans les différents secteurs d'activité
- apprécient l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées par le conseil d'administration
- élaborent d'un programme annuel d'actions
- formulent des recommandations notamment en matière de formation

Les programmes, propositions, rapports et avis de ces sous-commissions sont soumis à l'examen de la commission médicale d'établissement, puis transmis à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, au comité technique d'établissement, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 5/8
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>La Commission Médicale d'Établissement</b>		

Les projets de délibérations du conseil d'administration dans les domaines concernés sont accompagnés des avis rendus par les sous-commissions compétentes.

Les sous-commissions disposent d'un délai de 15 jours pour émettre un avis sur les projets dont elles sont saisies (exception faite de la consultation de la sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales sur les programmes de travaux, l'aménagement de locaux, ou l'acquisition d'équipement pour laquelle il est prévu un délai de réponse de 15 jours à 2 mois selon la nature et l'ampleur des opérations concernées). Sans réponse de la sous-commission passé ce délai, l'avis est réputé rendu.

Ces sous-commissions sont tenues informées :

- des résultats de la procédure de certification ainsi que des engagements nécessaires pour y faire suite ;
- des événements indésirables survenus dans l'établissement.

Ces sous-commissions peuvent entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

### **2.1. la sous-commission des vigilances sanitaires (CoViS)**

La sous-commission des vigilances sanitaires a pour mission de contribuer par ses études et ses propositions à l'amélioration de la sécurité des patients en ce qui concerne l'utilisation :

- des produits sanguins labiles
- des dispositifs médicaux non stériles
- des médicaments et des produits sanguins stables
- des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro
- des organes, tissus, cellules d'origine humaine et animale

Elle veille en particulier à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance, de matériovigilance, de pharmacovigilance, de réactovigilance et de biovigilance prévues par la réglementation.

Elle est notamment chargée de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement. A ce titre :

- elle 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 d'incident transfusionnel ;
- elle est saisie de toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'établissement de transfusion sanguine distributeur et de l'établissement, et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance ;
- elle se tient informée des conditions de fonctionnement des dépôts de sang lorsqu'ils existent.

Outre les membres de droit, la sous-commission est composée :

- d'au plus dix médecins, pharmaciens, odontologistes et sages femmes, désignés par la commission médicale d'établissement, à raison d'au moins un représentant par pôle d'activités cliniques et médico-techniques, et parmi lesquels au moins deux membres de la commission médicale d'établissement
- de cinq professionnels paramédicaux ou médico-techniques désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- d'un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- des correspondants locaux de biovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance, de matériovigilance et de réactovigilance
- du praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- Lorsque la sous-commission examine les questions relatives à la pharmacovigilance, du pharmacien gérant de la Pharmacie à Usage Intérieur ou son représentant

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 6/8
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>La Commission Médicale d'Établissement</b>		

- Lorsque la sous-commission examine les questions relatives à la matériovigilance, de l'ingénieur biomédical
- Lorsque la sous-commission examine les questions relatives à la biovigilance, du responsable médical de la coordination des prélèvements et de l'infirmière détachée à la coordination des prélèvements
- Lorsque la sous-commission examine les questions relatives à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, du directeur de l'établissement de transfusion sanguine référent ou son représentant et le correspondant d'hémovigilance dudit établissement. Le coordonnateur 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 de la sous-commission où sont examinées ces questions, et peuvent y être entendus.

## **2.2. la sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**

La sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales :

- coordonne l'action des professionnels de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques
- prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales, tendant à assurer :
  - la prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
  - la surveillance des infections nosocomiales et de leur signalement
  - 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

Dans le cadre de ses missions, la sous-commission est notamment chargée de définir, en relation avec les professionnels de soins et la direction, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux, dans le cadre de la politique nationale et des orientations du projet d'établissement.

La sous-commission est consultée 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.

Selon la nature et l'ampleur des opérations concernées et leur impact prévisible sur la prévention et la gestion du risque infectieux, l'avis doit être formulé dans un délai de 15 jours à 2 mois, selon les dispositions définies par le référentiel institutionnel établi par l'unité d'hygiène et les services techniques et logistiques et validé par la direction. Au-delà du délai prévu, l'avis est réputé donné.

La sous-commission participe à la définition des objectifs généraux de lutte contre les infections nosocomiales, à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement.

Outre les membres de droit, la sous-commission est composée :

- d'au plus dix médecins, pharmaciens, odontologistes et sages femmes, désignés par la commission médicale d'établissement, à raison d'au moins un représentant par pôle d'activités cliniques et médico-techniques, et parmi lesquels au moins deux membres de la commission médicale d'établissement
- d'au plus cinq professionnels paramédicaux ou médico-techniques désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- d'un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- du pharmacien gérant de la Pharmacie à Usage Intérieur ou son représentant
- du praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- du cadre de santé chargé de l'équipe opérationnelle d'hygiène

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 7/8
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>La Commission Médicale d’Etablissement</b>		

Ainsi que :

- d'un médecin du travail de l'établissement
- d'un biologiste
- d'un médecin spécialiste de l'épidémiologie
- d'un médecin spécialiste des maladies infectieuses

Proposés par les responsables des pôles dans lesquels exercent ces spécialistes.

### **2.3. la sous-commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMeDiMS)**

La sous-commission participe, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement, notamment à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement ainsi que des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Outre les membres de droit, la sous-commission est composée :

- d'au plus douze médecins, pharmaciens, odontologistes et sages femmes, désignés par la commission médicale d'établissement, à raison d'au moins un représentant par pôle d'activités cliniques et médico-techniques, et parmi lesquels au moins deux membres de la commission médicale d'établissement ;
- de deux professionnels paramédicaux ou médico-techniques désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, parmi lesquels un préparateur en pharmacie
- d'un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- du pharmacien gérant de la Pharmacie à Usage Intérieur, ou son représentant
- du correspondant local de pharmacovigilance
- du correspondant local de matériovigilance
- du président de la sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales ou son représentant

Le nombre de pharmaciens ne peut être supérieur au nombre de médecins ni inférieur au tiers de ce nombre.

### **2.4. la sous-commission de lutte contre la douleur (CLuD)**

La sous-commission est chargée de contribuer par ses avis et ses propositions à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en ce qui concerne la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Outre les membres de droit, la sous-commission est composée :

- d'au plus dix médecins, pharmaciens, odontologistes et sages femmes, désignés par la commission médicale d'établissement, à raison d'au moins un représentant par pôle d'activités cliniques et médico-techniques, et parmi lesquels au moins deux membres de la commission médicale d'établissement
- d'au plus cinq professionnels paramédicaux ou médico-techniques désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- d'un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- du responsable médical de l'unité mobile douleur - soins palliatifs

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>La Commission Médicale d'Etablissement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 8/8

### **2.5. la sous-commission locale alimentation nutrition (CLAN)**

La sous-commission participe, par ses avis, à la définition de la politique alimentaire et nutritionnelle de l'établissement, en vue de l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition.

A cet effet, la sous-commission 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.

Outre les membres de droit, la sous-commission est composée :

- d'au plus dix médecins, pharmaciens, odontologistes et sages femmes, désignés par la commission médicale d'établissement, à raison d'au moins un représentant par pôle d'activités cliniques et médico-techniques, et parmi lesquels au moins deux membres de la commission médicale d'établissement
- d'au plus cinq professionnels paramédicaux ou médico-techniques désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- d'un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- Le cadre de santé diététicien
- Le responsable de la cuisine centrale
- Le responsable médical de l'unité mobile de diabétologie
- Le cadre de santé chargé de l'unité d'hygiène hospitalière

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>Le comité technique d'établissement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2

### **Composition**

Le comité comprend, outre le directeur ou son représentant issu du corps des personnels de direction, président, 40 représentants du personnel (20 membres titulaires 20 membres suppléants) dont le nombre est fixé comme suit :

- 3 membres titulaires et 3 membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie A de la fonction publique hospitalière
- 7 membres titulaires et 7 membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie B de la fonction publique hospitalière
- 10 membres titulaires et 10 membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents des catégories C et D de la fonction publique hospitalière

Le président peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

La durée du mandat des représentants du personnel est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Lorsqu'un représentant titulaire ou suppléant change de catégorie, tout en demeurant dans l'établissement, il continue à représenter le collège au titre duquel il a été élu.

Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion du comité, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu.

Les représentants du personnel au comité sont élus par les fonctionnaires titulaires, à l'exception de ceux appartenant à un corps de catégorie A géré et recruté au niveau national, les fonctionnaires stagiaires, ainsi que par les agents contractuels. La qualité d'électeur est appréciée à la date du scrutin.

Les listes de candidats sont présentées par collège par les organisations syndicales représentatives dans l'établissement. Sont éligibles au titre d'un collège déterminé les personnels inscrits sur la liste électorale de ce collège et qui sont en fonctions depuis au moins trois mois dans l'établissement. Ne peuvent être élus les personnels en congé de longue durée, ni ceux qui ont été frappés d'une rétrogradation ou d'une exclusion temporaire de fonctions à moins qu'ils n'aient été amnistiés ou n'aient été relevés de leur peine, ni ceux qui sont frappés d'une des incapacités édictées par le code électoral.

Siège au comité avec voix consultative un représentant de la commission médicale d'établissement.

### **Attributions**

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

1° Les projets de délibérations

2° 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

3° La politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation

4° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

### **Fonctionnement**

Le comité élit parmi les membres titulaires au scrutin uninominal majoritaire à deux tours un secrétaire. Un procès-verbal de chaque séance est établi, co-signé par le président et le secrétaire, et transmis aux membres du comité. Il est soumis à approbation lors de la séance suivante.

Le comité établit son règlement intérieur.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives générales</b>	<b>Le comité technique d'établissement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2

Les réunions du comité ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de ce dernier ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité doit être réuni dans un délai d'un mois.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance, fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Les organisations syndicales adressent au président leurs questions relevant de la compétence du comité. Celles-ci sont inscrites à l'ordre du jour de la séance la plus proche en fonction de leur date d'arrivée. Seules sont traitées en « questions diverses » les questions n'ayant pu figurer à l'ordre du jour et revêtant un caractère d'urgence ou d'actualité.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre. Les séances ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces, faits et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voix délibérative, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité dans la limite d'un représentant par organisation syndicale, sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes. Sur demande préalable et motivée, les organisations syndicales peuvent, après accord de la direction centrale des ressources humaines, faire participer plus d'un suppléant aux réunions du comité.

A son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, le président peut convoquer à titre consultatif des experts afin qu'ils soient entendus expressément sur un point inscrit à l'ordre du jour. Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, les médecins du travail assistent avec voix consultative à la réunion du comité.

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.

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 par l'un des membres ayant voix délibérative un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil d'administration par transmission d'un extrait du procès-verbal. Il sont également portés par voie d'affichage à la connaissance du personnel dans chaque service, après leur approbation.

Le directeur informe les membres du comité, dans un délai de deux mois, de la suite donnée aux avis et vœux qui ont été émis.

Les sous-commissions du comité sont constituées en séance.

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 fonctions au plus tard dix jours avant la date de la séance. Les documents annexes sont adressés aux membres titulaires ainsi qu'à chaque organisation syndicale sur chacun des deux sites.

La date du comité suivant est définie, dans la mesure du possible, à la fin de la réunion précédente.

Le comité désigne l'un de ses membres au scrutin uninominal majoritaire à deux tours pour siéger avec voix consultative à la commission médicale d'établissement.

Le secrétaire du comité est le membre du comité qui peut être invité à assister aux réunions du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Rochefort.

Le secrétariat du comité est assuré par la Direction centrale des ressources humaines.



<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous section 1</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/4
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives spécialisées</b>	<b>La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</b>		

### Composition

La Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée comme suit :

#### *Membres disposant d'une voix délibérative :*

- Le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de droit, Président
- 6 membres élus représentant le groupe des Cadres de Santé dont
  - 4 au titre du collège des personnels infirmiers
  - 1 au titre du collège des personnels de rééducation
  - 1 au titre du collège des personnels médico-techniques
- 8 membres élus représentant le groupe des infirmiers et personnels de rééducation et médico-techniques dont :
  - 6 au titre du collège des personnels infirmiers
  - 1 au titre du collège des personnels de rééducation
  - 1 au titre du collège des personnels médico-techniques
- 2 membres élus représentant les aides-soignants

Les membres élus sont élus après appel à candidature au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés ci-dessus.

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

Les modalités de suppléance des membres titulaires sont fixées par le règlement intérieur de la commission.

Lorsqu'un siège de titulaire devient vacant en cours de mandat, il est pourvu, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège pour les groupes des cadres de santé et des infirmiers et personnels de rééducation et médico-techniques, ou au sein du groupe des aides soignants.

Lorsque le dernier suppléant d'un collège a ainsi été désigné comme membre titulaire, il est immédiatement pourvu au remplacement de l'ensemble des suppléants de ce collège par voix d'élections partielles dont les modalités d'organisation ne se différencient de celles d'une élection générale que dans la mesure où leur champ peut être limité à un seul collège et où les sièges à pourvoir sont exclusivement des sièges de suppléants. Toutefois, il n'est pas procédé à des élections partielles lorsque la dernière vacance de siège de suppléant intervient moins de sept mois avant le renouvellement de la commission. Dans ce cas, et jusqu'à la fin du mandat de la commission, les nouvelles vacances de sièges de titulaires ne sont plus remplacées. Le quorum de la commission s'apprécie alors par rapport au nombre de membres titulaires en fonction.

#### *Membres disposant d'une voix consultative*

- Les directeurs de soins qui assistent le directeur coordonnateur général des soins
- Le Directeur de l'Institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier de La Rochelle
- Un représentant des élèves infirmiers de 3e année désigné par le Directeur de l'Institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier de La Rochelle, après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de l'institut
- Un élève aide-soignant désigné par le Directeur de l'Institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier de La Rochelle, après tirage au sort parmi des volontaires
- Un représentant de la commission médicale d'établissement, désigné par et parmi ses membres

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous section 1</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/4
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives spécialisées</b>	<b>La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</b>		

### Association d'autres personnels

La Commission peut conduire des travaux conjoints avec des professionnels de santé désignés par le conseil exécutif.

Des personnes qualifiées et des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, peuvent être associés aux travaux de la Commission, à l'initiative du Président.

### Elections à la Commission

L'élection des représentants des personnels au sein de la Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques, est organisée par un vote par correspondance.

La liste définitive des électeurs est arrêtée dix jours francs avant la date du scrutin, dans les conditions fixées par l'article R.6146-52 du Code de la Santé Publique.

La liste des personnes éligibles est arrêtée au moins un mois avant la date du scrutin et comprend l'ensemble des agents remplissant les conditions fixées par l'article R 6146-52 du Code de la Santé Publique et en activité au Centre Hospitalier, de manière continue, depuis au moins six mois à la date du scrutin.

Le vote par correspondance s'effectue de la façon suivante :

Un mois avant la date des élections, les agents sont avisés, par voie d'affichage de leur inscription sur la liste électorale et sur la liste des éligibles et des conditions dans lesquelles ils pourront voter.

Les intéressés peuvent vérifier leur inscription et formuler toute réclamation dans le délai de trois semaines suivant la date d'affichage de cette liste.

La liste électorale définitive est arrêtée par le Directeur de l'établissement, en application de l'article R 6146-54 du Code de la Santé Publique, dix jours avant la date du scrutin.

Le matériel électoral (bulletins de vote, enveloppes et notice explicative) est transmis aux intéressés huit jours francs avant la date de clôture du scrutin.

L'électeur insère son bulletin de vote dans une première enveloppe (*dite enveloppe n° 1*). Cette enveloppe ne doit porter aucune mention ni aucun signe distinctif.

Il place ensuite cette enveloppe n° 1 dans une seconde enveloppe (*dite enveloppe n° 2*) sur laquelle figurent son nom, ses prénoms, son grade et son affectation qu'il doit cacheter et sur laquelle il doit apposer sa signature.

Il place enfin cette enveloppe n° 2 dans une troisième enveloppe (*dite enveloppe n° 3*) libellée à l'adresse du Centre Hospitalier. L'affranchissement de cette enveloppe est pris en charge par le Centre Hospitalier.

L'enveloppe n° 3, adressée par voie postale par l'électeur, doit parvenir au Centre Hospitalier avant la date de clôture du scrutin, le cachet de la poste faisant foi.

La réception et le recensement des votes par correspondance s'effectuent à une date fixée par le Directeur, dans les conditions suivantes :

Les enveloppes n° 3 puis les enveloppes n° 2 sont ouvertes.

Au fur et à mesure de l'ouverture des enveloppes n° 2, la liste électorale est émargée et l'enveloppe n° 1 est déposée sans être ouverte dans l'urne correspondant au collège d'appartenance de l'électeur.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous section 1</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 3/4
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives spécialisées</b>	<b>La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</b>		

Sont mises à part, sans être ouvertes :

- les enveloppes n° 3 parvenues à la section de vote après la clôture du scrutin,
- les enveloppes n° 2 sur lesquelles ne figurent par la signature du votant
- les enveloppes n° 2 multiples parvenues sous la signature d'un même agent
- les enveloppes n° 2 contenant un bulletin de vote sans enveloppe n°1
- les enveloppes n° 1 portant une mention ou un signe distinctif
- les enveloppes n° 1 parvenues en nombre multiple sous une même enveloppe n°2

Le nom des électeurs dont émanent ces enveloppes n'est pas émarginé sur la liste électorale.

Les votes par correspondance parvenus après la clôture du scrutin sont renvoyés aux intéressés avec l'indication de la date et heure de leur réception.

Un procès verbal des opérations est dressé. Y sont annexées les enveloppes qui ont été mises à part sans être ouvertes.

Il sera procédé à un tirage au sort en vue de la constitution d'une commission de dépouillement

- 2 agents tirés au sort parmi le premier groupe d'électeurs
- 2 agents tirés au sort parmi le deuxième groupe d'électeurs
- 1 agent tiré au sort parmi le troisième groupe d'électeurs

Il est, ensuite, procédé au dépouillement des bulletins ainsi qu'à l'affichage des résultats.

L'ensemble de ces opérations est placée sous la responsabilité de la Directrice Centrale des Ressources Humaines assistée de la Directrice coordinatrice générale des soins.

### **Attributions**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée sur :

- 1° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 2° La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins
- 3° L'élaboration d'une politique de formation
- 4° l'évaluation des pratiques professionnelles
- 5° la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- 6° Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement

### **Fonctionnement**

La commission est présidée par le directeur coordonnateur général des soins. En cas d'empêchement de celui ci, la présidence est assurée par un directeur des soins, désigné à cet effet par délégation du directeur.

La commission se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président.

La commission est également convoquée par son président chaque fois que le directeur lui en fait la demande, ou à la demande de la moitié au moins de ses membres.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives spécialisées</b>	<b>La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 4/4

Les membres de la commission peuvent solliciter l'inscription d'une question à l'ordre du jour, par lettre adressée au président de la commission au plus tard 20 jours avant la date de réunion. A défaut, ces questions seront inscrites à l'ordre du jour de la séance suivante, sauf si elles revêtent un caractère d'urgence. Le caractère d'urgence est apprécié par le président de la commission.

L'ordre du jour est fixé par le président

Les convocations sont adressées au plus tard huit jours avant la date de réunion de la commission :

- au domicile des membres élus,
- sur leur lieu d'exercice pour les membres siégeant à titre consultatif.

L'avis de la commission est valablement émis lorsque la moitié au moins des membres désignés sont présents.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint après une convocation régulière, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement, quel que soit le nombre de membres présents

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Le procès-verbal de chaque séance de la commission est adressé au directeur et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Au-delà de trois absences consécutives aux séances de la commission et non justifiées auprès du président, celui-ci prononce l'exclusion.

La commission est dotée d'un bureau dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par son règlement intérieur.

La commission élit deux de ses membres pour siéger respectivement :

- Au conseil d'administration, avec voix délibérative
- A la commission médicale d'établissement, avec voix consultative

Les représentants à la commission médicale d'établissement et au conseil d'administration sont élus par et parmi les membres de la commissions au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le plus âgé est élu

Les modalités de désignation de représentants de la commission dans d'autres instances sont fixées par le règlement intérieur de la commission.

Le président rend compte chaque année de l'activité de la commission dans un rapport adressé au directeur de l'établissement

Le règlement intérieur de la commission précise ses modalités de fonctionnement.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la commission sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives spécialisées</b>	<b>Les commissions administratives paritaires locales</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2

### Composition

Au nombre de neuf, elles regroupent respectivement les corps de catégorie A, les corps de catégorie B et 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 :

corps de catégorie A :

CAP n° 1 : personnels d'encadrement technique

CAP n° 2 : personnels de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

CAP n° 3 : personnels d'encadrement administratif

corps de catégorie B :

CAP n° 4 : personnels d'encadrement technique et ouvrier

CAP n° 5 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

CAP n° 6 : personnels d'encadrement administratif et des secrétariats médicaux

corps de catégorie C :

CAP n° 7 : personnels techniques, ouvriers, conducteurs d'automobile, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité

CAP n° 8 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

CAP n° 9 : personnels administratifs

Elles comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le conseil d'administration, d'autre part des représentants élus par le personnel.

Les membres des commissions sont désignés pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut-être renouvelé.

Un membre d'une commission ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur un cas l'intéressant à titre individuel.

### Attributions

Instituées par le conseil d'administration de l'établissement, 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.

### Fonctionnement

Elles se réunissent au moins deux fois par an, sur convocation de leur président :

soit à son initiative ;

soit à la demande du directeur ;

soit à la demande écrite du tiers de leurs membres titulaires ;

soit à la demande écrite du tiers des membres de l'assemblée délibérante.

La présidence en est assurée par le président du conseil d'administration ou son représentant, le secrétariat par un agent de l'établissement désigné par le directeur.

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.

Les séances ne sont pas publiques.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives spécialisées</b>	<b>Les commissions administratives paritaires locales</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2

Lorsque le directeur prend une décision différente de l'avis ou de la proposition émis par la commission, il informe dans le délai d'un mois la commission des motifs qui l'ont conduit à ne pas suivre cet avis ou cette proposition.

Les membres suppléants peuvent assister aux séances de la commission sans pouvoir prendre part aux débats.

Les commissions peuvent siéger, sur certaines questions, en formation restreinte.

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 missions deux semaines au moins avant la date de la réunion.

Dans un délai de dix jours précédant 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.

Les commissions ne délibèrent valablement qu'à condition d'observer les règles fixées par la réglementation.

En outre, le quorum est fixé à la présence des trois quarts des membres ayant voix délibérative à l'ouverture de la séance. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée dans le délai de huit jours. La commission siège alors valablement quel que soit le nombre des membres présents ayant voix délibérative.

Le fonctionnement des commissions fait l'objet d'un règlement intérieur, soumis à l'approbation du directeur.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous section 3</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances consultatives spécialisées</b>	<b>Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### **Composition**

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est présidé par le directeur, ou son représentant, et est composé de 9 représentants du personnel hospitalier non-médical et de 2 praticiens hospitaliers désignés par la commission médicale d'établissement.

La délégation du personnel au comité comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants. Tout représentant suppléant désigné selon le cas par une organisation syndicale ou la commission médicale d'établissement peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions.

Participent également aux réunions avec voix consultative les médecins du travail, le directeur des services économiques, l'ingénieur responsable des services techniques, le directeur du service de soins infirmiers, le praticien hygiéniste, un cadre infirmier hygiéniste, et, à son initiative, le directeur départemental du travail et de l'emploi ou son représentant.

### **Attributions**

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail 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.

### **Fonctionnement**

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident 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 président du comité établit conjointement avec le secrétaire l'ordre du jour de chaque réunion.

La direction 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 études et à des inspections.

Il prend l'avis de toute personne qualifiée sur les problèmes étudiés.

Les représentants titulaires du personnel au comité bénéficient de la formation nécessaire à l'exercice de leurs missions. Cette formation a notamment pour objet de développer en eux l'aptitude à déceler les risques professionnels et la capacité d'analyser les conditions de travail.

Un congé de formation avec traitement, d'une durée maximale de cinq jours, leur est accordé.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 1</b>	Mise à jour Octobre 2007	p. 1/3
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge</b>		

### Composition

La commission est composée :

- du directeur ou de son représentant, président
- du président de la commission médicale d'établissement ou de son représentant
- d'un médiateur médecin et de son suppléant
- d'un médiateur non médecin et de son suppléant
- de deux représentants des usagers et de leurs suppléants, désignés par le Directeur de l'A.R.H.

Le Directeur de l'Etablissement fixe la liste nominative des membres de la Commission après chaque modification de sa composition.

Les membres de la Commission ne peuvent en démissionner qu'après un préavis d'au moins un mois, transmis au Directeur. Les nouvelles désignations doivent intervenir dans le délai d'un mois qui suit toute démission.

### Fonctionnement

La durée du mandat des médiateurs et des représentants des usagers est fixée à trois ans renouvelable.

### Attributions

La Commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

Elle 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

Elle rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport annuel. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Il est transmis au directeur, à la commission médicale d'établissement, au comité technique d'établissement, à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et au conseil d'administration.

Le conseil d'administration délibère au moins une fois par an 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, sur la base du rapport présenté par la commission. Le rapport et les conclusions du débat sont transmises au conseil régional de santé et à l'agence régionale d'hospitalisation.

La Commission n'est pas habilitée à reconnaître ni engager la responsabilité juridique ou morale de l'Etablissement ; elle peut cependant concourir à la reconnaissance de la matérialité d'un fait, susceptible d'être à l'origine de la mise en cause de cette responsabilité.

Les usagers du Service Public Hospitalier incluent les patients pris en charge, ainsi que les personnes qui les accompagnent ou leur rendent visite, mais excluent les agents salariés de l'Etablissement en tant que tel.

Le président ne prend pas part au vote. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour

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.



<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/3

Si le médecin médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un praticien désigné par le président de la commission médicale. Si le médiateur non médecin et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le directeur de l'établissement.

La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et des réclamations qui lui sont transmises. Elle peut se réunir à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour est arrêté par le président de la commission et communiqué aux membres au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction de la qualité et de la gestion des risques.

Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacements engagés dans le cadre de leur mission. Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

### **Examen des plaintes et des réclamations**

Tout usager de l'établissement doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au directeur de l'établissement.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises au directeur de l'établissement. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. Il accède aux informations de santé concernant l'usager sous réserve d'avoir obtenu l'accord écrit préalable de ce dernier ou de ces ayants droits

Le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions.

Le médiateur, saisi par le directeur ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer des proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 3/3

Au vu de ce compte rendu, et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation et de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le directeur de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>La commission de l'activité libérale</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2

### Composition

La commission de l'activité libérale est composée :

- d'un membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de soins privé, désigné sur proposition du président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins
- de deux représentants désignés par le conseil d'administration en son sein parmi ses membres non médecins
- d'un représentant de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales désigné par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
- d'un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie
- de deux praticiens de l'établissement exerçant une activité libérale, désignés par la commission médicale d'établissement
- d'un praticien de l'établissement n'exerçant pas d'activité libérale désigné par la commission médicale d'établissement

Les membres de la commission sont nommés par le préfet de Charente Maritime.

La commission élit son président parmi ses membres par vote à bulletin secret, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours. En cas d'égalité des voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

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

### Attributions

La commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

La commission peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens, ou en être saisie par les autorités suivantes : le préfet de Charente Maritime, le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie, le président du Conseil d'administration, le président de la Commission médicale d'établissement, et le directeur.

Un praticien peut saisir la commission de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

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

### Fonctionnement

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités mentionnées ci-dessus ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président.

La commission peut demander communication à l'établissement, comme aux praticiens, de toutes informations utiles à l'exécution de ses missions et notamment des jours et heures de consultation figurant au tableau général de service prévisionnel établi mensuellement par le directeur où le praticien exerce son activité libérale. Ces communications s'effectuent dans le respect du secret médical.

Lorsque la commission est consultée par le préfet sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien ou qu'elle décide de se saisir du cas d'un praticien, son président désigne, parmi ses membres, un rapporteur chargé d'instruire le dossier.

Le praticien peut prendre connaissance des pièces de son dossier trente jours au moins avant la réunion de la commission. Il peut demander à être entendu par celle-ci ou présenter des observations écrites et se faire assister par un ou des défenseurs.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>La commission de l'activité libérale</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La commission médicale d'établissement lui désigne un remplaçant pour la durée de la procédure.

La commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine ; passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

La commission arrête sa position ou son avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les avis et propositions de la commission sont motivés.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières, relatives aux statistiques d'activité des praticiens concernés détenues par les organismes de sécurité sociale compétents, qui lui ont été communiquées sur sa demande, dans le respect du secret médical.

Ce rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil d'administration, au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Poitou-Charentes, et au préfet de Charente Maritime.

Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

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

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 3</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>Le comité local d'éthique</b>	Mise à jour Mai 2008	p. 1/1

### Composition

Le comité local d'éthique est une instance composée :

- d'un président, désigné par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale, sur proposition de cette instance et après avis du conseil exécutif, pour une durée de trois ans renouvelable
- de médecins de l'établissement,
- de membres du personnel non médical (personnel soignant, administratif ou technique),
- de personnalités extérieures dont les compétences et la fonction contribuent à enrichir les débats et étayer des points techniques.

Le président propose la liste de personnes candidates aux fonctions de membres du comité local d'éthique, à partir de laquelle le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent par décision conjointe la composition du comité local d'éthique, après avis du conseil exécutif.

Les membres du comité d'éthique sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable.

Ne peuvent siéger au comité des personnes se réclamant de mouvements interdits par la loi, ou dont le comportement au sein du comité ou au dehors, serait de nature à compromettre l'ordre public ou porter atteintes aux valeurs du service public.

### Attributions

Le comité est chargé :

- d'apporter un éclairage multiprofessionnel sur des situations individuelles rencontrées par les professionnels hospitaliers dans la prise en charge hospitalière des patients, soulevant des questions d'éthique.
- de favoriser la sensibilisation des soignants et de tous ceux qui participent aux soins, à la nécessaire composante éthique de leurs pratiques ;
- de diffuser la réflexion éthique aux personnes en formation dans l'établissement ;
- de participer à l'information des professionnels sur les questions d'éthique et sur des points d'actualité concernant la bioéthique et à de contribuer à l'enseignement de l'éthique médicale, en lien avec l'espace éthique régional.

Le comité formule des avis qui cependant ne s'imposent pas aux demandeurs, ni aux équipes soignantes ou à l'établissement.

### Fonctionnement

Le comité se réunit sur convocation de son président.

Une copie de la convocation ainsi que la liste des personnes invitées par le président en fonction des points inscrits à l'ordre du jour, est adressée au directeur et au président de la commission médicale, au plus tard huit jours avant la tenue de la réunion.

Tout professionnel de l'établissement peut demander au président du comité qu'une question soit inscrite à l'ordre du jour d'une prochaine réunion.

Le président du comité peut inviter toute personne salariée de l'établissement à venir participer à une réunion du comité en fonction des points inscrits à son ordre du jour

A l'issue de chaque séance du comité, un compte rendu est établi par le président et transmis aux membres du comité ainsi qu'au directeur et au président de la commission médicale.

Un compte rendu des réunions du comité est effectué en commission médicale d'établissement et en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Une synthèse des travaux du comité est portée une fois par an à la connaissance du conseil d'administration.

Les comptes rendus et les synthèses ne comportent aucune donnée nominative relative à la personne à l'origine de la saisine ou du (des) patient(s) concerné(s).

Les observations du comité sont adressés à la personne à l'origine de la saisine, et sous réserve de son accord express, diffusées au sein de l'établissement.

Les membres du comité sont astreints au secret professionnel. »

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 4</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>La commission de l'organisation de la permanence des soins</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2

### Composition

La commission de l'organisation de la permanence des soins comprend 13 membres avec voix délibérative.

Sont représentés à la commission :

Le Président de la commission médicale d'établissement ou son représentant

Le Directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix

11 membres titulaires et 11 membres suppléants élus par les membres de la commission médicale d'établissement parmi les praticiens hospitaliers et les assistants. Les candidatures doivent permettre une représentation des différents secteurs d'activité médicale et pharmaceutique du Centre Hospitalier de La Rochelle, à raison d'un titulaire, et d'un suppléant pour chacun des secteurs suivants :

- Anesthésie
- Réanimation
- Urgences
- Médecines
- Chirurgies
- Cardiologie
- Clinique de l'enfant et gynécologie obstétrique
- Néphrologie et hémodialyse
- Secteurs de psychiatrie
- Services médico-techniques (laboratoires et radiologies)
- Pharmacie

Les représentants médicaux de secteur n'ont pas l'obligation d'être membre de la Commission Médicale d'Etablissement.

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

Les membres titulaires siègent à titre personnel. Toutefois, leur suppléant doit appartenir au même secteur d'activité qu'eux.

La qualité de membre de la commission se perd :

- par démission notifiée au président de la commission
- par mutation
- à la suite du départ en retraite ou de décès
- en cas de changement de secteur d'activité

Il est pourvu au remplacement des membres désignés ou élus selon des modalités identiques à celles prévues ci-dessus, dans un délai d'un mois suivant la cessation des fonctions.

La durée du mandat du remplaçant d'un membre élu est égale à celle qui restait à courir au moment où ce dernier a abandonné ses fonctions.

### Attributions

La commission de l'organisation de la permanence de soins :

- Définit 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
- Donne son avis sur les modalités d'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins
- Donne son avis sur les conventions de coopération entre deux ou plusieurs établissements, lorsqu'elles prévoient d'assumer la permanence des soins sur place ou en astreinte à domicile
- Etablit un bilan annuel de l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la Commission Médicale d'Etablissement.

### Composition

Le Président de la commission de l'organisation de la permanence des soins est désigné par cette instance et parmi ses membres, lors de chaque renouvellement de la commission.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 4</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>La commission de l'organisation de la permanence des soins</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2

La commission est convoquée par son président.

Elle se réunit au moins trois fois par an.

Elle peut également se réunir à la demande :

- du Directeur du Centre Hospitalier
- du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.
- de la moitié des membres

La commission peut entendre toute personne qu'elle jugera utile pour l'éclairer dans ses travaux.

Le secrétariat de la commission est assuré par le président.

Un procès verbal est établi, à l'issue de chacune de ses réunions et est adressé à chacun de ses membres titulaires et suppléants.

Le Président de la commission transmet chaque année un rapport d'activité à la Commission Médicale d'Etablissement.

Le présent règlement intérieur est adopté par la Commission Médicale d'Etablissement.

Il peut être modifié sur demande :

- du Directeur
- du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.
- de la moitié des membres de la commission
- d'un tiers des membres de la Commission Médicale d'Etablissement.

Les propositions de modification, accompagnées de l'avis de la commission, sont soumises pour adoption à la Commission Médicale d'Etablissement.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous section 5</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les instances spécialisées</b>	<b>Le collège médical du département de l'information médicale</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### **Composition**

Le collège est composé :

- de membres de droit :
- le directeur, ou son représentant
- le président de la commission médicale d'établissement, ou son représentant
- le directeur du service de soins infirmiers, ou son représentant
- de 4 praticiens désignés par la commission médicale d'établissement

Le responsable du système d'information peut être associé aux réunions du collège.

### **Attributions**

Le collège a pour missions :

- d'exercer un contrôle sur l'activité du département de l'information médicale
- d'élaborer le règlement intérieur du département de l'information médicale, qui doit être intégré au règlement intérieur de l'établissement, après délibération des instances compétentes ; ce règlement décrit notamment les règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche.
- de se prononcer sur les projets du département de l'information médicale susceptibles d'affecter le schéma directeur d'informatisation de l'établissement.

### **Fonctionnement**

Le collège se réunit régulièrement à l'initiative du directeur, du président de la commission médicale d'établissement, ou du responsable du département de l'information médicale.

Le compte rendu des réunions du collège est effectué en commission médicale d'établissement.

Toute personne qui est amenée à participer aux réunions du collège est astreinte au respect du secret professionnel.



<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les structures de sécurité sanitaire</b>	<b>Le responsable du signalement des infections nosocomiales</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### **Désignation**

Le directeur désigne, après avis de la sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement chargée de la lutte contre les infections nosocomiales, le professionnel de santé chargé de leur signalement aux autorités sanitaires, ainsi que son suppléant.

Il en informe le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et le directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

### **Attributions**

Lorsque ces deux fonctions sont confiées à des personnes distinctes, le professionnel de santé chargé du signalement des infections nosocomiales aux autorités sanitaires, est informé par le praticien responsable de l'unité d'hygiène hospitalière des cas correspondants aux critères de signalement à ces autorités.

Il procède au signalement de ces cas par écrit et sans délai auprès du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et du directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion. Il informe de la transmission de ce signalement le praticien responsable du pôle d'activité dans lequel le ou les cas sont apparus, le médecin responsable du ou des patients concernés, et le président de la sous-commission de la commission médicale d'établissement chargée de la lutte contre les infections nosocomiales et le représentant légal de l'établissement.

Le recueil des informations concernant les infections nosocomiales devant faire l'objet d'un signalement est organisé selon des modalités définies par la sous-commission de la commission médicale d'établissement chargée de la lutte contre les infections nosocomiales.

Le nombre annuel de signalements dans l'établissement est indiqué dans le bilan standardisé des activités de la lutte contre les infections nosocomiales prévu par la réglementation.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les structures de sécurité sanitaire</b>	<b>Le correspondant d'hémovigilance</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### Désignation

Le correspondant local d'hémovigilance est désigné par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement, parmi les médecins de l'établissement.

Le nom du correspondant est communiqué par l'établissement à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, au coordonnateur régional d'hémovigilance, et à l'établissement de transfusion sanguine distributeur.

### Attributions

Il est chargé d'assurer, pour le compte de l'établissement :

- 1° le signalement de tout effet inattendu ou indésirable dû, ou susceptible d'être dû, à l'administration d'un produit sanguin labile ;
- 2° le recueil et la conservation des informations prévues par la réglementation, pour chaque unité de produit sanguin labile qui est distribuée à l'établissement, en veillant à la qualité et à la fiabilité de ces informations ;
- 3° la communication à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au coordonnateur régional d'hémovigilance des informations qu'ils sollicitent dans le cadre d'investigations ;
- 4° la transmission à l'établissement de transfusion sanguine distributeur des informations prévues par la réglementation ;
- 5° le signalement à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au coordonnateur régional d'hémovigilance de toute difficulté susceptible de compromettre la sécurité transfusionnelle ;
- 6° les investigations à entreprendre en cas d'urgence sur des effets transfusionnels inattendus ou indésirables. Dans ce cas, il informe sans délai le coordonnateur régional, qui décide de la poursuite ou de l'interruption de ces investigations, et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous section 3</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les structures de sécurité sanitaire</b>	<b>Le correspondant local de pharmacovigilance</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

**Désignation**

Le correspondant local de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang est le pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur, ou le pharmacien qu'il désigne à cet effet.

**Attributions**

Il est responsable au sein de l'établissement de la dispensation et du suivi des médicaments dérivés du sang, ainsi que de l'enregistrement et de la conservation des informations relatives à ces médicaments, dans les conditions prévues par la réglementation.

Il participe aux travaux du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.

Outre son activité dans le domaine des médicaments dérivés du sang, il concourt dans l'établissement à la pharmacovigilance, telle qu'elle est définie par la réglementation, en développant notamment des actions d'information interne en partenariat avec le centre régional de pharmacovigilance, et en apportant une aide aux professionnels de l'établissement pour leur déclaration d'incidents.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous section 4</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les structures de sécurité sanitaire</b>	<b>Le correspondant local de matériovigilance</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### Désignation

Le correspondant local de matériovigilance est désigné par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement.

La désignation du correspondant est immédiatement portée à la connaissance du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé par l'établissement.

### Attributions

Il est chargé :

1° dans le cadre de ses relations avec l'échelon national :

- de transmettre sans délai au directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé toute déclaration d'incident ou de risque d'incident faite auprès de lui au titre du signalement obligatoire prévu par la réglementation
- de transmettre au directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, selon une périodicité trimestrielle, les déclarations d'incident ou de dysfonctionnement faites auprès de lui au titre du signalement facultatif prévu par la réglementation
- d'informer les fabricants concernés des incidents ou risques d'incident mentionnés ci-dessus
- d'informer l'Etablissement français des greffes 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'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

2° au sein de l'établissement :

- 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

3° 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 la réglementation

4° de signaler au correspondant local d'hémovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par les dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la fabrication et l'administration de produits dérivés du sang.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous section 5</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les structures de sécurité sanitaire</b>	<b>Le correspondant local de réactovigilance</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

**Désignation**

Le correspondant local de réactovigilance est désigné pour 4 ans par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement, parmi les médecins et pharmaciens de l'établissement, ayant une expérience en matière de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV).

Son identité et sa qualité sont communiquées par le directeur au directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

**Attributions**

Il est chargé :

- d'enregistrer et d'analyser tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un DMDIV ;
- de déclarer sans délai au directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
- tout incident ou risque d'incident dont il a connaissance ;
  - d'informer les fabricants, mandataires, importateurs ou distributeurs intéressés des incidents ou risques d'incidents mentionnés ci-dessus et d'en informer s'il y a lieu les responsables des autres vigilances des produits de santé dans l'établissement de santé ou de l'Etablissement français du sang ;
  - de participer aux enquêtes, évaluations et expertises susceptibles d'être mises en œuvre sur les incidents ou risques d'incidents que peuvent présenter les DMDIV ;
  - de donner des avis et conseils aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement pour les aider à procéder au signalement des incidents ;
  - de sensibiliser l'ensemble des utilisateurs à la réactovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité et les performances des DMDIV.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous section 6</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les structures de sécurité sanitaire</b>	<b>Le correspondant local de biovigilance</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### Désignation

Le correspondant local de biovigilance est désigné pour 4 ans par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement, parmi les médecins, pharmaciens, biologistes ou infirmiers de l'établissement.

Il doit être doté d'une expérience dans les activités entrant dans le champ de la biovigilance.

Son identité, sa qualité et son expérience sont communiquées par le directeur à l' Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

### Attributions

Il est chargé de :

- recueillir l'ensemble des informations portées à sa connaissance et relatives aux incidents et effets indésirables
- déclarer tout incident à l' Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
  
- informer le correspondant local de l'Etablissement français des greffes de tout incident ou effet indésirable survenu dans les activités de prélèvement ou de greffe d'organes ou de tissus
- informer, dès lors qu'ils sont concernés, les autres correspondants locaux de biovigilance ainsi que les correspondants locaux des autres vigilances des produits de santé
- procéder aux investigations et examens appropriés
- signaler à l' Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.  
toute difficulté rencontrée.

Il doit par ailleurs :

- s'assurer de la mise en place, par les services concernés, des circuits ou des procédures visant au recueil et à la conservation de tout document utile à la traçabilité des produits concernés, des résultats des analyses biologiques et des tests de dépistage
- collaborer, dans le cadre de ses missions, avec les équipes de prélèvement ou de greffe de l'établissement, ainsi qu'avec la structure de coordination hospitalière de prélèvement.

Le directeur général de l' Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

peut demander au correspondant local de mener à bien toute investigation et toute étude relative à la biovigilance.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions générales</b>	Mise à jour Février 2007	p. 1/5

Pour l'accomplissement de ses missions, l'établissement est organisé en pôles d'activités créés par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif.

L'organisation en pôles d'activité répond aux objectifs du projet d'établissement. Leur nature et leur périmètre doivent revêtir une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée.

Les dispositions figurant ci après dans la présente sous section ne sont pas applicables au pôle médico-social.

### **1 - Les missions du pôle**

Les missions des pôles sont définies par les projets de pôle, en référence au projet d'établissement. Les pôles participent aux performances de la gestion de l'établissement en fonction des moyens qui leurs sont délégués et dans le respect des objectifs qui leurs sont assignés

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

Le conseil d'administration peut décider la création de structures internes dans certains pôles d'activité, dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets de pôles. L'organisation interne des pôles d'activité est arrêtée sur proposition du conseil exécutif.

Les responsables des structures internes autres que les services et les unités fonctionnelles sont désignés par le responsable de pôle parmi les personnels médicaux et non médicaux affectés dans le pôle.

### **3 - Le responsable de pôle**

Le responsable du pôle, sous l'autorité du directeur :

- met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.
- élabore, avec le conseil de pôle, le projet de pôle qui prévoit l'organisation générale les orientations d'activités du pôle, ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et la sécurité des soins
- organise avec les équipes médicales, soignantes et l'encadrement du pôle, sur lesquels il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle
- négocie et conclut le contrat interne du pôle qui définit les objectifs et les moyens du pôle.
- Nomme les responsables des structures internes autres que les services et les unités fonctionnelles

### **4 - Le conseil de pôle**

#### **Attributions**

Dans chaque pôle d'activité de l'établissement, il est institué un conseil de pôle, chargé:

De participer à l'élaboration du projet de pôle, du projet de contrat interne, et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques ;

De permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

#### **Composition**

Les membres de droit des conseils de pôle ne sont ni électeurs ni éligibles. Nul ne peut être membre de droit de deux pôles d'activité.

Outre les membres de droit, le conseil de pôle comporte des membres titulaires et suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie représentés au sein de deux groupes :

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions générales</b>	Mise à jour Février 2007	p. 2/5

1<sup>o</sup> Le groupe des médecins, odontologistes et pharmaciens comprend les corps ou catégories suivants : praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, assistants et assistants associés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels, praticiens attachés et praticiens attachés associés, internes et résidents ;

2<sup>o</sup> Le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière comprend les différents corps et catégories des personnels régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires.

Sont électeurs dans chaque corps ou catégorie, les personnels, titulaires, stagiaires ou contractuels, relevant de ce corps ou catégorie, en position d'activité dans le pôle à la date du scrutin. En cas d'exercice dans plusieurs pôles d'activité, le professionnel concerné est électeur dans le pôle où il exerce à titre principal.

Sont éligibles dans les mêmes corps ou catégories, les agents qui ont la qualité d'électeurs à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

Les personnels faisant fonction de cadres sont assimilés aux personnels d'encadrement pour la désignation des membres de droit et l'élection des membres élus.

Les personnels rattachés à un pôle d'activité et exerçant à titre principal dans un autre pôle d'activité peuvent être éligibles et électeurs dans ce dernier. Le rattachement à l'un ou l'autre pôle dans le cadre des élections au conseil de pôle est arrêté par décision du directeur dans le cadre de la fixation de la liste des électeurs et des éligibles au conseil de pôle.

La durée du mandat des membres élus du conseil de pôle d'activité est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Peuvent assister avec voix consultative aux séances du conseil de pôle, des représentants des personnels rattachés à un autre pôle mais exerçant dans le pôle considéré. Ces représentants sont désignés par le directeur dans l'ordre des voix obtenues aux élections aux conseils du pôle auquel ils sont rattachés.

La cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire est constatée :

- Lorsqu'il n'est plus affecté dans le pôle
- Lorsqu'il ne relève plus du corps ou de la catégorie qu'il représente

En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le membre suppléant du corps ou de la catégorie considéré qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Lorsque plus de sept mois avant le renouvellement général du conseil, un corps ou une catégorie ne comporte plus de membres suppléants, il est pourvu à leur remplacement par élection dans les conditions définies ci-dessus.

La suppléance d'un membre titulaire momentanément empêché de siéger est organisée par le président du conseil de pôle, qui appelle à siéger les membres suppléants dans l'ordre des voix obtenues aux élections, jusqu'à épuisement de la liste dans le corps ou la catégorie considéré.

### **Elections au conseil de pôle**

Le Directeur fixe la date de l'élection.

Au moins un mois avant celle-ci, il fixe également, au titre de chaque pôle :

- la liste des électeurs et des éligibles
- la date limite de dépôt des candidatures ainsi que ses modalités
- le nombre de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les deux groupes au titre des corps ou catégories présents dans le pôle.



<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions générales</b>	Mise à jour Février 2007	p. 3/5

Le nombre de membres titulaires sera défini en application des règles suivantes :

- Le nombre de sièges de membres titulaires de chaque groupe ne peut être supérieur au tiers des électeurs du groupe, ni excéder trente membres ;
- Ces sièges sont répartis entre les catégories et les corps au prorata de leurs effectifs respectifs ;
- Tout corps ou catégories doit avoir au moins un représentant
- Dans le collège des praticiens, les praticiens titulaires doivent disposer au moins de la moitié des sièges.

Pour assurer une représentation équilibrée des différents corps et catégories de personnels au sein des pôles d'activité clinique et médico-technique, certains personnels rattachés à ces pôles et exerçant les mêmes fonctions constituent une seule catégorie pour déterminer le nombre de sièges à pourvoir.

Au moins 8 jours avant la date de l'élection, le matériel électoral est envoyé au domicile de chaque électeur. Il comprend le matériel nécessaire pour voter sur place ou par correspondance

Le jour de l'élection, il est mis en place un bureau de vote par pôle.

Chaque bureau de vote se compose d'un président et de deux assesseurs. La présidence du bureau de vote est assurée par le directeur ou son représentant. Les assesseurs sont désignés par le président.

Il est mis en place autant d'urnes que de corps ou catégorie de fonctions représentés au sein du pôle. Les horaires d'ouverture et de clôture du scrutin sont arrêtés par le Directeur de l'établissement.

Le vote se fait à bulletin secret. Aucun vote par procuration n'est admis.

Le vote par correspondance est autorisé. Seules les enveloppes acheminées par la voie postale pourront être acceptées par le bureau de vote, à condition qu'elles lui parviennent avant l'heure fixée pour la clôture du scrutin.

Le dépouillement du scrutin est public. Il est opéré sous la responsabilité du président du bureau de vote.

Est considéré comme nul :

- Tout bulletin sur lequel un nom est rayé ou ajouté
- Tout bulletin comportant un nombre de noms supérieurs au nombre de sièges à pourvoir
- Toute enveloppe ne contenant pas de bulletin

Un procès verbal des opérations est établi. Il est affiché pendant 6 jours francs après la date du scrutin. Toute réclamation devra être adressée au Directeur du Centre Hospitalier avant l'expiration de ce délai.

A l'issue de ce délai, les résultats définitifs sont proclamés.

### **Fonctionnement**

Le conseil est réuni sur convocation de son président, au moins deux fois par an. Il doit être en outre réuni sur demande écrite du Directeur ou de la moitié de ses membres.

La convocation accompagnée de l'ordre du jour, est adressée par le président du conseil, au moins quinze jours à l'avance, sauf cas d'urgence, à l'ensemble des membres du conseil ainsi qu'au directeur.

L'ordre du jour est fixé par le président. Il précise les questions sur lesquelles l'avis du conseil est sollicité.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions générales</b>	Mise à jour Février 2007	p. 4/5

Le président ne peut refuser d'inscrire les questions sur lesquelles le conseil doit être consulté ou pour lesquelles il peut émettre des propositions, ni celles qui en motivent la réunion à la demande de la moitié de ses membres ou du directeur.

Le conseil délibère valablement lorsqu'au moins la moitié de ses membres est présente. Le quorum s'apprécie en début de séance.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation portant sur le même ordre du jour est faite dans les huit jours. Le conseil délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Le vote a lieu ordinairement à main levée. Le scrutin peut se dérouler à bulletin secret à la demande d'au moins un membre du conseil. Dans ce cas, le président désigne deux assesseurs qui procéderont au dépouillement.

Le vote par procuration ou par correspondance n'est pas admis.

La voix du président est prépondérante s'il y a partage égal des voix.

Les réunions du conseil ne sont pas publiques.

Sur l'initiative de son président ou à la demande d'au moins la moitié de ses membres titulaires, le conseil de pôle peut entendre tout professionnel de l'établissement compétent sur l'une des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le directeur ou son représentant peut assister aux réunions du conseil et participer aux débats.

Le président dresse un procès verbal de chaque réunion, adressé à tous les membres du conseil ainsi qu'au Directeur.

Sauf réunion du conseil en urgence, le procès verbal est transmis aux membres du conseil avant la tenue de la prochaine réunion.

Le président assure la police des débats du conseil.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 1</b>	Mise à jour Février 2007	p. 5/5
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions générales</b>		

### **5 - Le projet de pôle**

Le responsable de pôle élabore avec le conseil pôle un projet de pôle qui prévoit dans le respect du projet d'établissement, l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et la sécurité des activités, ainsi que dans les pôles d'activité clinique ou médico-technique, l'évaluation des soins.

Le projet de pôle comporte des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Le projet de pôle prévoit en outre la nature et la portée des délégations accordées par le responsable de pôle aux responsables des structures internes.

Tous les ans, un rapport d'activité et d'évaluation établi dans les mêmes conditions, précise l'état d'avancement du projet et comporte une évaluation de la qualité des soins. Ce rapport est remis au directeur, et, pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, au président de la commission médicale d'établissement.

### **6 - Le contrat de pôle**

Les contrats auront une durée de quatre ans et pourront faire l'objet d'un avenant à l'occasion de chaque évaluation annuelle.

Les objectifs d'activité porteront sur un engagement du pôle en termes de type d'activité, de volume d'activité ou de modalité de prise en charge. Ils seront déclinés selon la nature des missions dévolues à chaque pôle : séjours cliniques, actes médico-techniques, activités externes, production logistique, etc...

Les objectifs de qualité seront déterminés en fonction des axes suivants : politique d'amélioration continue de la qualité de l'établissement, prise en charge du patient (prescriptions médicales, contenu et circulation du dossier du patient, traitement de la douleur, etc ...), évaluation des pratiques professionnelles, continuité des soins, hygiène et risque infectieux.

Les moyens prévus au contrat concerneront d'une part le fonctionnement interne du pôle, d'autre part le recours aux ressources des pôles prestataires, dont notamment le pôle support - logistique et gestion. Ils pourront faire l'objet d'une délégation de gestion sur décision du Directeur.

Les objectifs financiers rechercheront l'optimisation de l'utilisation des moyens du pôle. Les objectifs de recettes et de dépenses (budget de pôle) seront réévalués annuellement et ne pourront pas faire l'objet d'une reconduction automatique. L'attribution effective des moyens annuels alloués aux pôles sera liée à l'équilibre général de l'établissement, et notamment à l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses exécutoire ainsi qu'aux orientations définies par le Conseil d'Administration.

Les indicateurs de suivi devront permettre de produire régulièrement des tableaux de bord synthétiques, qui serviront de support à l'évaluation périodique de l'exécution du contrat. Ces indicateurs concerneront notamment la valorisation des séjours et des actes réalisés. Les pôles pourront participer à la production de certains de ces indicateurs, et seront systématiquement associés à leur interprétation

L'évaluation annuelle des résultats du pôle s'accompagnera d'un intéressement si les objectifs fixés au contrat ont été atteints. Cet intéressement sera collectif et forfaitaire. Il ne pourra concerner que des dépenses non pérennes (équipements, formations, travaux). A l'inverse, l'inexécution du contrat entraînera sa suspension et sera prise en compte dans la définition des objectifs et des moyens alloués au pôle l'année suivante.

### **7 - Le bureau du pôle**

Pour organiser l'élaboration du projet de pôle, assurer le suivi opérationnel de sa mise en œuvre, les pôles d'activité peuvent se doter d'un bureau de pôle dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par le règlement intérieur du pôle.

Le règlement intérieur du pôle est approuvé par le conseil de pôle.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions particulières aux pôles d'activité administrative et logistique</b>	Mise à jour Février 2007	p. 1/1

Il est constitué un pôle Gestion et Logistique, placé sous la responsabilité d'un personnel de direction nommé par le directeur.

#### Le conseil de pôle

Outre le responsable du pôle, président, sont membres de droit du conseil de pôle d'activité administrative ou logistique :

- a) Le personnel de direction du pôle ;
- b) Le cadre qui assiste le responsable de pôle
- c) Les cadres qui assurent l'encadrement du personnel des structures internes du pôle. il ne peut y avoir qu'un seul cadre membre de droit du conseil au titre d'une même structure interne du pôle

Les autres personnels d'encadrement du pôle sont éligibles au conseil de pôle dans le groupe des personnels de la fonction publique.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 3</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions particulières aux pôles d'activité clinique et médico-technique</b>	Mise à jour Février 2007	p. 1/2

Les pôles sont placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien hospitalier titulaire inscrit sur la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle, nommés pour quatre ans par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du conseil de pôle siégeant en formation restreinte aux personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. Leur mandat est renouvelable.

Le responsable de pôle est suppléé par un praticien titulaire du pôle, désigné par décision conjointe du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, sur proposition du responsable de pôle. Ce praticien, membre de droit du bureau de pôle, est notamment chargé d'assurer la gestion courante du pôle en l'absence du responsable de pôle.

### **1. Structures internes**

Par délégation du pôle, les services et les autres structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, dans le cadre fixé par le projet d'établissement.

Les responsables des structures internes assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Les responsables des structures internes autres que les services, sont désignés par le responsable de pôle pour une durée de quatre ans, parmi les praticiens titulaires du pôle. Le responsable de pôle peut mettre fin à leurs fonctions dans les mêmes conditions.

Les services issus de la législation antérieure à l'ordonnance du 2 mai 2005 sont placés sous la responsabilité d'un praticien titulaire, nommé pour une durée de cinq ans par arrêté du ministre de la santé après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration.

### **2. Le projet de pôle**

Le responsable de pôle élabore avec le conseil pôle un projet de pôle, cohérent avec les orientations stratégiques du projet d'établissement et du schéma régional d'organisation sanitaire, qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Le projet de pôle décline notamment le projet de prise en charge du patient et la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, et comporte des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.

Le projet de pôle prévoit en outre la nature et la portée des délégations accordées par le responsable de pôle aux responsables des structures internes.

### **3. Le conseil de pôle**

A titre transitoire et jusqu'à la mise en place des conseils de pôle, les avis rendus par ces instances conformément à la législation et la réglementation en vigueur, concernant la mise en place des pôles d'activité, sont émis par les conseils des services et départements existants.

Outre le responsable du pôle, président, sont membres de droit du conseil de pôle d'activité clinique et médico-technique :

- a) Le praticien responsable de chacune des structures internes composant le pôle ;
- b) Le cadre supérieur de santé, la sage-femme cadre supérieur ou, à défaut, le cadre de santé ou la sage-femme cadre ainsi que l'assistant de gestion qui assistent le responsable du pôle ;
- c) Les cadres supérieurs de santé ou les sages-femmes cadres supérieurs qui assurent l'encadrement de plusieurs cadres mentionnés au d ci-dessous ;
- d) Le cadre de santé ou la sage-femme cadre qui assure l'encadrement du personnel dans chacune des structures internes du pôle.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 3</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions particulières aux pôles d'activité clinique et médico-technique</b>	Mise à jour Février 2007	p. 2/2

Dans les cas où plusieurs cadres exercent dans une même structure interne d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique, le ou les cadres membres de droit du conseil de pôle sont désignés par le directeur après avis du responsable de pôle.

#### **4. Le bureau de pôle**

Dans chaque pôle d'activité clinique ou médico-technique, le bureau de pôle comprend le responsable et son suppléant, le cadre supérieur et l'assistant de gestion du pôle. Il comprend en outre des personnels du pôle, désignés selon des modalités définies par le règlement intérieur du pôle. La composition du bureau est représentative des activités du pôle.

Le suppléant du responsable de pôle est membre de droit du bureau de pôle.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 6</b>	<b>Sous section 4</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Les pôles d'activité</b>	<b>Dispositions particulières au pôle médico-social</b>	Mise à jour Février 2007	p. 1/1

Il est constitué un pôle médico-social, dont le responsable du pôle médico-social est désigné par le directeur.

L'organisation et le fonctionnement du pôle sont définis en référence au code de l'action sociale et de la famille.

Sont membres de droit du conseil de pôle :

- Le responsable de pôle
- Les cadres responsables des structures internes du pôle
- Les médecins, odontologistes et pharmaciens intervenant dans les structures du pôle, sans préjudice de leurs fonctions ni de leurs responsabilités au sein d'un autre pôle d'activité clinique ou médico-technique

Le nombre de sièges à pourvoir est défini selon les modalités définies à la sous section 1 – disposition générales.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 7</b>	<b>Sous section 1</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation des soins et fonctionnement médical</b>	<b>Le code de déontologie médicale</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Le code de déontologie médicale, défini par la réglementation, s'applique aux praticiens de l'établissement.

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.

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

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

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

Le praticien doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

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.

Le praticien a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

Outre les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes sont, de par la loi, soumis à un code de déontologie, et, les infirmiers, à des règles professionnelles.



<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 7</b>	<b>Sous section 2</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation des soins et fonctionnement médical</b>	<b>Les interventions chirurgicales</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Les chirurgiens – praticiens hospitaliers et attachés – doivent procéder eux-mêmes à toutes les opérations.

En dehors des cas d'urgence, les internes ne peuvent procéder à des opérations ou interventions que sous la surveillance directe du praticien hospitalier.

Toutefois, les internes, les résidents et faisant fonction d'internes peuvent se voir confier par le praticien hospitalier responsable du service certaines opérations ou interventions, mais à la condition qu'une telle délégation ne soit pas exclue par la gravité de l'acte et que le responsable du service se soit assuré au préalable, dans chaque cas et sous sa responsabilité, que l'autorisation exceptionnelle ainsi donnée n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 7</b>	<b>Sous section 3</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation des soins et fonctionnement médical</b>	<b>La pharmacie à usage intérieur</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien désigné par le Directeur. Il est responsable du respect de celles des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité, hors de tout maniement de fonds.

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 et des pharmaciens assistants.

La Pharmacie à Usage Intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement, 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 dispensation 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 vise à fonctionner conformément aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 7</b>	<b>Sous section 4</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation des soins et fonctionnement médical</b>	<b>Le fonctionnement médical</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### **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 chef de service organise une contre-visite.

### **2 - Le dossier médical**

Un dossier médical est constitué pour chaque patient accueilli et pris en charge dans l'établissement. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1°) 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 :

- a) la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission
- b) les motifs d'hospitalisation
- c) la recherche d'antécédents et de facteurs de risques
- d) les conclusions de l'évaluation clinique initiale
- e) le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée
- f) la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences
- g) les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie
- h) les informations sur la démarche médicale (association du patient à sa prise en charge : information, consentement)
- i) le dossier d'anesthésie
- j) le compte-rendu opératoire ou d'accouchement
- k) le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire
- l) la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel
- m) les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires
- n) le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers
- o) les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé

les correspondances échangées entre professionnels de santé

2°) Les informations formalisées établies à la fin du séjour :

- a) le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie
- b) la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie
- c) les modalités de sortie (domicile, autres structures)
- d) la fiche de liaison infirmière

3°) Informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.\*

\* seules ces informations ne sont pas communicables

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 (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.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 7</b>	<b>Sous section 5</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation des soins et fonctionnement médical</b>	<b>Le département de l'information médicale</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Le département de l'information médicale est un service hospitalier chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Il a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information.

Le médecin, chef de ce département, est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Le département de l'information médicale participe à la conception du système d'information médicale intégré au système d'information de l'établissement. Il est associé à la conception du schéma directeur informatique de l'établissement.

Il assiste les médecins dans leur réflexion sur la qualité des soins, notamment par l'accès aux bases de données médicales qu'il constitue.

Le médecin responsable du département de l'information médicale est garant du respect des règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche, comme de celles du code de déontologie.

<b>CHAPITRE I</b>	<b>SECTION 7</b>	<b>Sous section 6</b>		
<b>ORGANISATION GENERALE</b>	<b>Organisation des soins et fonctionnement médical</b>	<b>L'organisation des soins en santé mentale</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

La lutte contre les maladies mentales, dans le cadre des territoires de santé, est exercée notamment par les secteurs psychiatriques rattachés aux établissements de santé..

Le Centre Hospitalier de La Rochelle est responsable de lutte contre les maladies mentales dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés.

Il met à la disposition de la population, dans ces secteurs, des services et des équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

Un règlement intérieur est élaboré conformément à un règlement intérieur type établi par voie réglementaire pour la catégorie d'établissement concernée.

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>circulation et stationnement des véhicules</b>	<b>La circulation des véhicules</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Dans les enceintes des différents sites du Centre Hospitalier, la circulation des véhicules est soumise au respect des règles du code de la route.

La vitesse maximum autorisée est de 20 km

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>circulation et stationnement des véhicules</b>	<b>Le stationnement des véhicules</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Dans les enceintes des différents sites du Centre Hospitalier, les véhicules ne peuvent être stationnés que sur des emplacements manifestement prévus à cet effet et ne doivent en aucune manière gêner les circulations ou bloquer des voies d'accès, sous peine d'un enlèvement par la fourrière.

Les places réservées aux personnes handicapées ne doivent pas être détournées de l'usage prévu

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>Règles de vie collective</b>	<b>L'hygiène à l'hôpital</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

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



<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>Règles de vie collective</b>	<b>Les animaux à l'hôpital</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites du Centre Hospitalier, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans les halls d'accueil.

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>Règles de vie collective</b>	<b>L'interdiction de fumer</b>	Mise à jour Février 2007	p. 1/1

Par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, et conformément à la réglementation, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier.

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, résidant ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

Dans les structures médico-sociales de l'établissement, des emplacements spécialement aménagés pourront être installés. Ils seront réservés à l'usage des résidents fumeurs.

Les résidents hébergés dans ces structures auront la possibilité de fumer dans leur chambre, dès lors qu'ils disposent d'une chambre seule et respectent strictement l'interdiction de fumer dans leur lit. Le non respect de cette interdiction pourra conduire le responsable de la structure à interdire au contrevenant de fumer dans sa chambre, à titre temporaire ou définitif

A titre exceptionnel et au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients si la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures. Cette dérogation doit faire l'objet d'une décision médicale du médecin en charge du patient. Le malade pourra être autorisé à fumer dans sa chambre, dès lors qu'il dispose d'une chambre individuelle et à la condition qu'il ne fume pas dans son lit.

En aucun cas cette dérogation ne peut être envisagée de façon collective pour un groupe ou une catégorie de malades.

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 4</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>Règles de vie collective</b>	<b>Les téléphones portables</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Par mesure de sécurité, les téléphones portables doivent être éteints dans les locaux de l'Hôpital Saint-Louis.

Dans les unités de soins de l'Hôpital Marius Lacroix, l'utilisation d'un téléphone portable par le patient est conditionnée par son projet de soins et/ou par le règlement intérieur propre au service.

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 5</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>Règles de vie collective</b>	<b>Objets et produits interdits</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

L'introduction d'armes ou de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du Centre Hospitalier 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.

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 6</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>Règles de vie collective</b>	<b>Le respect de la neutralité du service public</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

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

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>L'exercice du droit de visite dans l'établissement collective</b>	<b>Les conditions d'exercice du droit de visite</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

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.

La direction de site doit donc être immédiatement avisée de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou leurs proches et les membres du personnel.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable de la direction qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation de la direction.

Les notaires, qui ont la qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de la direction pour se rendre auprès des patients qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

Les associations qui organisent l'intervention de bénévoles dans l'établissement doivent avoir préalablement passé une convention qui détermine les modalités de cette intervention..

Les patients peuvent demander au cadre soignant ou aux infirmiers de l'unité de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du médecin responsable de l'unité.

La visite des jeunes enfants peut être déconseillée dans certaines circonstances ou dans certaines unités après l'avis du médecin chef de service.

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>L'exercice du droit de visite dans l'établissement collective</b>	<b>Les horaires de visite</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Les visites aux patients hospitalisés sont autorisées tous les jours entre 13h30 et 21h.

Les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service, ou en regard du projet de soins du patient dans les services de psychiatrie.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

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

<b>CHAPITRE 2</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>MESURES DE POLICE GENERALE</b>	<b>L'exercice du droit de visite dans l'établissement collective</b>	<b>Les obligations des visiteurs</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

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 pourront être décidées par la direction, après avis du responsable de l'unité de soins.

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 ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicaments, sauf, pour ces derniers, accord du médecin en charge du patient concerné.

Les visiteurs doivent se conformer aux demandes du personnel soignant de ne pas apporter à un patient des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire qui lui a été prescrit.

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.



<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Admissions</b>	<b>Dispositions générales</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/3

### **1 - Mode d'admission**

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 un médecin ou un 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 mention de l'affection qui motive l'admission. Il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

### **2 - Admission imposée**

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

### **3 - Admission en urgence**

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

### **4 - Transfert après premiers secours**

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 doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

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

### **5 - Information de la famille**

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre ou, à défaut, par une infirmière de l'unité.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Admissions</b>	<b>Dispositions générales</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/3

### **6 - Refus d'hospitalisation du malade**

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une décharge traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal de refus est dressé.

### **7 - Accueil des patients**

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

Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dès son arrivée au Centre Hospitalier, chaque hospitalisé reçoit un livret contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour.

### **8 - Dépôt des biens**

Lors de son admission dans l'unité de soins, l'hospitalisé est invité à effectuer, après inventaire, le dépôt des sommes d'argent, objets de valeur et papiers d'identité qui sont en sa possession. L'établissement est en droit de refuser les objets ou animaux dont la détention n'est pas justifiée pendant le séjour.

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

La personne admise, ou son représentant légal, atteste avoir reçu l'information sur un document conservé dans son dossier.

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

Il est remis au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par l'établissement. Ce document est également versé au dossier du patient.

Le retrait des objets par le déposant ou son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'un reçu.

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

### **9 - Régime d'hospitalisation**

Au Centre Hospitalier, il n'y a qu'un seul régime d'hospitalisation en secteur public, le régime commun.

Dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers, il existe pour les patients la possibilité d'être pris en charge à leur demande par des médecins qui ont passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale. Ce choix doit être formulé par écrit dès l'entrée, par le malade lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux, dont le montant sera fixé par entente directe entre le malade et le praticien.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Admissions</b>	<b>Dispositions générales</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 3/3

### **10 - Consultations externes de l'Hôpital Saint-Louis**

Les horaires des consultations externes de chaque spécialité ou discipline et de chaque médecin sont disponibles à l'accueil de l'établissement.

De même, les consultations externes effectuées dans le cadre de l'activité libérale par les praticiens ont des horaires bien définis et disponibles à l'accueil. Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations dudit secteur.

### **11 - Prise en charge des frais d'hospitalisation**

Les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent et de leur mutuelle complémentaire éventuelle.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle doivent être munis de l'attestation C.M.U..

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

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

Les patients qui ne bénéficient pas des régimes de protection ci-dessus énumérés peuvent être appelés à signer un engagement de paiement ou à verser au moment de leur admission, à titre provisoire, une somme, somme renouvelable selon la durée de l'hospitalisation et qui viendra en déduction de l'avis de sommes à payer correspondant à leur séjour.

Le service social de l'établissement peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Le service social aide le patient pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Admissions</b>	<b>Dispositions particulières</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2

### **1 - Femmes enceintes**

Le Directeur ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission (accouchement sous X), dans les conditions prévues par l'article L.222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

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

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance..

### **2 - Militaires**

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

### **3 - Détenus**

Hors hospitalisation psychiatrique, l'admission dans l'établissement d'un détenu ne peut être acceptée que pour des hospitalisations urgentes ou de courte durée. La direction de site doit en être avertie dans les plus brefs délais.

A titre exceptionnel et pour des raisons de sécurité, l'autorité pénitentiaire ou judiciaire peut demander pour son malade une admission sous X.

Sauf si le patient requiert des soins spécifiques, il est hospitalisé dans la chambre de sûreté située dans l'unité d'hospitalisation temporaire, au service des urgences. Si elle est déjà occupée, il est placé dans le service qui traite de sa pathologie, dans une chambre seule, si possible à l'écart des passages.

La garde du patient-détenu est assurée obligatoirement par deux agents de police ou de gendarmerie en tenue. Dans le cas du placement dans une chambre aménagée, l'un doit se tenir dans la chambre, et l'autre dans le couloir.

Les visites au patient-détenu et sa liberté de correspondance épistolaire et téléphonique sont encadrées par des dispositions spécifiques.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Admissions</b>	<b>Dispositions particulières</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2

#### **4 - Mineurs**

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. En cas de conflit entre les parents, connu par le service d'hospitalisation, l'accord des deux parents est requis.

Lorsque des actes médicaux lourds ou chirurgicaux sont envisagés, le consentement exprès du ou des détenteurs de l'autorité parentale ou du représentant légal est obligatoire.

Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal du mineur de consentir au soins ou par l'impossibilité matérielle de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut, éventuellement par l'intermédiaire du Directeur ou de son représentant, saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de demander les soins qui s'imposent.

La direction de la solidarité départementale du Conseil général peut également être saisie, notamment lorsque le mineur relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Par dérogation, 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. Dans cette situation, 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. Le mineur se fait alors accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Lorsqu'à l'admission d'un enfant, un médecin découvre ou suspecte qu'il est victime de sévices, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités judiciaires ou administratives, que les parents consentent ou refusent l'hospitalisation.

#### **5 - Majeurs légalement protégés**

Les biens des incapables majeurs, hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans des conditions particulières régies par des dispositions du code civil et des textes d'application.

#### **6 - Malades toxicomanes**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au Centre Hospitalier afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut-être levé que pour des causes autres que la répression et 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.

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 la réglementation.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 2</b>			
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Conditions de séjour</b>		Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Le Centre Hospitalier de La Rochelle 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.

Pour les personnes accueillies dans ses services régis par les dispositions du code de l'action sociale et des familles, il s'engage à mettre en œuvre les dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Conditions de séjour</b>	<b>Information médicale et consentement aux soins</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/3

## **1 - Information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications**

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 mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions spécifiques au patient mineur mentionnées dans la section 1 du présent chapitre. 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 au présent article. Cette preuve peut-être apportée par tout moyen.

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou ses ayants-droit si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

## **2 - La personne de confiance**

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au malade majeur et non placé sous tutelle de désigner par écrit une personne de confiance.

Cette personne de confiance, qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, est consultée au cas où le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Si le malade le souhaite, elle l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Conditions de séjour</b>	<b>Information médicale et consentement aux soins</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/3

### **3 - Le consentement aux soins**

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

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.

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

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.

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.

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

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

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

### **4 - L'accès au dossier médical**

L'accès au dossier médical est réservé :

- au patient lui-même, s'il est majeur ;
- au(x) détenteur(s) de l'autorité parentale ou au tuteur pour le dossier d'un patient mineur, sauf si ce dernier s'y est expressément opposé ;
- à l'ayant droit du patient décédé, dans la mesure où il veut connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir ses droits, et à condition que le patient ne s'y est pas expressément opposé de son vivant.

Cet accès s'effectue sur place, dans le service, auprès d'un médecin, après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé.

Sur demande expresse du requérant, il peut également s'effectuer par duplication de tout ou partie des éléments communicables du dossier, puis, le cas échéant, par envoi postal. La duplication et l'envoi sont facturés au requérant.

L'établissement doit assurer cet accès au plus tard dans les 8 jours suivant la demande. Ce délai est porté à 2 mois si le dossier médical date de plus de cinq ans.

Il n'est pas tenu de donner suite à des demandes manifestement abusives, en particulier par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.



<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Conditions de séjour</b>	<b>Information médicale et consentement aux soins</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 3/3

### **5 - Information de la famille et des proches du patient**

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

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

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.

### **6 - Discrétion demandée par le malade**

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Les hospitalisés 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.

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 du malade peuvent être fournis par le cadre ou une infirmière de l'unité aux membres proches de la famille, sauf si le malade s'y oppose expressément.

### **7 - 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.

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.

Le stockage d'images doit respecter la législation. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la CNIL.

Les prises d'images de la personne à finalité médicale devront être autorisées, par écrit, par le chef de service.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Conditions de séjour</b>	<b>Vie à l'hôpital</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2

**1 - Exercice du droit de visite**

Voir chapitre II, section 3 du présent règlement

**2 - Repas**

Le petit déjeuner est servi entre 7h30 et 8h, le déjeuner à partir de 11h30, et le dîner à partir de 18h. Ces horaires peuvent varier selon les nécessités propres du service.

Les menus, arrêtés par une commission spécifique comprenant entre autres une diététicienne, sont accessibles par chaque service par le biais du système d'information hospitalier.

L'hospitalisé dont le régime alimentaire est le régime normal a la possibilité de choisir entre plusieurs mets.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

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

**3 - Effets personnels**

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :

leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...)

leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...)

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

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

**4 - Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital**

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans information d'un membre du personnel soignant ; sinon, le contrat de soins peut être considéré comme rompu.

Ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

Pour tout déplacement hors de la chambre, un enfant doit être accompagné par un agent hospitalier. Pour les grands mineurs, une décharge parentale écrite doit être demandée pour autoriser les déplacements libres dans l'hôpital.

A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

**5 - Désordres causés par le malade**

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

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

Les hospitalisés doivent veiller 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 l'exclusion du malade dans les conditions prévues ci-dessus.

<b>CHAPITRE 3</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Section 1</b> <b>Conditions de séjour</b>	<b>Sous-section 2</b> <b>Vie à l'hôpital</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2
---	---	---	-----------------------------	--------

**6 - Gratifications**

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.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Conditions de séjour</b>	<b>Services mis à la disposition des patients</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

**1 - Courrier**

Le courrier est distribué tous les jours par le service des vaguemestres de l'établissement et le relevé a lieu quotidiennement par les secrétaires.

Les vaguemestres sont à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales.

**2 - Téléphone**

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone installé dans leur chambre, sur le site Saint-Louis, ou les cabines téléphoniques publiques.

Ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Pour l'ouverture d'une ligne téléphonique, le versement d'un forfait minimum doit être effectué auprès de la régie des recettes située dans le hall d'accueil. Les communications sont possibles jusqu'à épuisement de ce forfait. Lors de la sortie du malade, les sommes non consommées ne sont pas restituées.

Si l'ouverture d'une ligne n'est pas effectuée par le patient ou son entourage, il ne peut recevoir des communications téléphoniques que dans la mesure où celles-ci ne perturbent pas le bon fonctionnement du service.

**3 - Télévision et radio**

Les appareils de télévision personnels ne peuvent être introduits à l'hôpital qu'avec l'autorisation de la direction de site.

Un service de location de téléviseurs couleur est géré par la boutique du hall d'accueil de l'Hôpital Saint-Louis.

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 - Bibliothèque**

Une antenne de la Bibliothèque municipale propose ses services aux patients hospitalisés de l'Hôpital Saint-Louis.

Le CSPA dispose de son propre fond bibliothécaire.

**5 - Suivi scolaire**

Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'établissement.

**6 - Service social**

Le service social de l'Hôpital Saint-Louis est à la disposition des hospitalisés et de leur famille : une permanence est organisée.

Pour le CSPA, une assistante sociale effectue également une permanence.

En outre, une assistante sociale se rend auprès du malade à la demande de celui-ci.

Pour les services de psychiatrie, chaque secteur comporte son propre service social à la disposition de ses malades.

**7 - Exercice du culte**

Les hospitalisés peuvent participer à l'exercice de leur culte.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres des unités. Leurs coordonnées figurent dans le livret d'accueil des hospitalisés.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Permission de sortie</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures (délais de trajet inclus).

Ces permissions de sortie sont autorisées par un praticien du service et signalées au Bureau des entrées.

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

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Formalités de sortie</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

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 qui l'a pris en charge.

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.

Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la justification de ses droits.

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

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Sortie contre avis médical</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

A l'exception des mineurs, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 du code de la santé publique, et des personnes hospitalisées sans leur consentement, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin responsable du patient estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour sa santé, ce dernier n'est autorisé à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une décharge attestant qu'il a eu connaissance des risques que cette sortie lui fait courir.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par le praticien et contresigné par deux témoins.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 4</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Sortie disciplinaire</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire par le Directeur ou son représentant, après avis du chef de service.



<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 5</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Aggravation de l'état de santé</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Lorsque l'état de l'hospitalisé s'est aggravé et que sa mort devient certaine, il peut être, sauf en cas de contre-indications médicales, transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

Les proches d'un hospitalisé en fin de vie 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.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 6</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Sortie des mineurs</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Sous réserve 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.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles font connaître au service concerné 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.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 7</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Sortie des nouveaux-nés</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

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

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 8</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Transport en ambulance</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Si, lors 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 services tiennent à la disposition des hospitalisés la liste complète des ambulances agréées du département.

Les frais occasionnés sont à la charge des malades.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 9</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Sorties</b>	<b>Questionnaire de sortie</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Tout hospitalisé reçoit, avant sa sortie, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations.

Les questionnaires remplis sont retournés à la direction afin d'être analysés.

Le Directeur communique périodiquement au Conseil d'Administration, à la Commission Médicale d'Etablissement, au Comité Technique d'Etablissement et à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, les résultats de l'exploitation de ces documents.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades</b>	<b>Information du médecin traitant ou désigné par le malade</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### **1 - A l'admission**

Le Centre Hospitalier informe par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Il l'invite 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.

### **2 - En cours d'hospitalisation**

En cours d'hospitalisation, le chef de service ou le praticien responsable du patient communique au médecin désigné par le patient ou par 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**

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>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades</b>	<b>Communication des résultats d'examens d'anatomo-cyto- pathologie</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

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

Les patients qui le souhaitent peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 4</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades</b>	<b>Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

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.



<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Personnes décédées</b>	<b>Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/3

### **1 - Constat du décès**

Le décès est constaté par un médecin ou un interne thésé. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au Bureau des entrées.

Les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au Bureau des entrées. Copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

### **2 - Notification du décès**

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

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche
- pour les militaires : à l'autorité militaire compétente
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide sociale à l'enfance : au Directeur de la Solidarité Départementale
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.

### **3 - Déclaration d'enfant sans vie**

La déclaration d' « enfant sans vie » doit être faite auprès de l'état civil lorsqu'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable.

Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

### **4 - Indices de mort violente ou suspecte**

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, en avise sans délai l'autorité judiciaire.

### **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 précautions 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 cette effet, et gèrent chaque bien selon sa nature, conformément à la procédure en place dans l'établissement.

### **6 - Dévolution des biens des hospitalisé décédés**

Hors les cas des militaires et des marins, les effets mobiliers des personnes décédées traitées gratuitement appartiennent à l'établissement à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence.

Les héritiers et légataires des personnes dont le traitement et l'entretien ont été acquittés de quelque manière que ce soit peuvent exercer leurs droits sur tous les effets apportés dans l'établissement par les dites personnes malades ou valides ; dans le cas de déshérence, les mêmes effets appartiennent à l'établissement.

Les espèces, valeurs, bijoux, moyens de paiement et pièces d'identité sont remis à la Trésorerie hospitalière de l'établissement qui les restitue aux ayants-droit 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. Cette procédure peut être simplifiée lorsqu'il s'agit de respecter la volonté de la famille ou du défunt lui-même d'une inhumation ou d'une incinération avec des bijoux ou des objets particuliers. Les vêtements et objets divers sont remis à l'entourage du défunt contre signature d'une feuille d'inventaire. Ils sont détruits si personne ne les réclame dans un délai de deux mois.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Personnes décédées</b>	<b>Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/3

Sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessus, les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

Le service des domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés, en qualité de dépositaire, par l'établissement pendant une durée de cinq ans après la sortie ou le décès de l'intéressé. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la cession par le service des domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

Ces dispositions sont portées à la connaissance de la personne admise ou hébergée, ou de son représentant légal, au plus tard le jour de sa sortie ou, en cas de décès, à celle de ses héritiers, s'ils sont connus, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement au service des domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

### **7 - Mesures de police sanitaire**

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants-droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets. Un certificat médical, placé dans le dossier du patient, atteste de cette nécessité.

### **8 - Présentation du corps**

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit transféré à la chambre mortuaire de l'établissement.

Pour permettre le recueillement de l'entourage du défunt, et sauf si une sortie du corps sans mise en bière est demandée et organisée rapidement, le corps est déposé à la chambre mortuaire de l'établissement. 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.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès.

Il est procédé aux mises en bière 24 heures avant les obsèques.

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.

En cas de conflit entre parents du défunt, le tribunal d'instance peut être saisi.

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.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Personnes décédées</b>	<b>Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 3/3

### **9 - Inhumation ou crémation du corps**

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

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

Lorsque, dans un délai de dix jours maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement peut procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente, qui règlera les frais correspondants.

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Personnes décédées</b>	<b>Transport de corps</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/2

### **1 - Transport de corps à résidence sans mise en bière**

Les corps des personnes décédées au Centre Hospitalier peuvent être transportés sans mise en bière à l'extérieur de l'établissement, sous réserve du respect des conditions suivantes :

- accord médical du chef de service ou de son représentant
- certificat de décès dûment complété
- formulaires de reconnaissance de corps et de demande de transfert sans mise en bière dûment complétés et signés par toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- accord écrit du Directeur du Centre Hospitalier ou de son représentant habilité
- autorisation du Maire de la commune du lieu de dépôt du corps
- intervention sur place de l'officier de police judiciaire en vue d'attester de la régularité de l'opération pour les sorties du territoire de la commune.

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

- le décès soulève un problème médico-légal
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

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

Lorsque la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps est transporté, avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière commune.

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.

Le transport des corps d'enfant s'effectue conformément à la réglementation en vigueur.

Lorsque le corps n'a pas subi de soins conservatoires, les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de vingt-quatre heures à compter du décès. Lorsque le corps a subi ces soins, le délai est porté à quarante-huit heures.

### **2 - Transfert en chambre funéraire avant mise en bière**

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès. Elle a lieu sur la demande écrite de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil et de son domicile.

Cette demande doit être accompagnée d'un extrait du certificat attestant exclusivement que le décès n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses qui obligent une mise en bière immédiate.

Lorsque la chambre funéraire d'accueil du corps est située sur le territoire de la commune du lieu du décès, la remise de l'extrait du certificat précité s'effectue auprès du responsable de cette chambre funéraire.

Dans les autres cas, le maire de la commune où se trouve la chambre funéraire d'accueil du corps et le responsable de la chambre funéraire sont destinataires de l'extrait du certificat précité.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Personnes décédées</b>	<b>Transport de corps</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/2

### **3 - Transport vers l'établissement du corps d'une personne décédée hors de l'établissement**

Le transport à destination de l'établissement du corps d'une personne décédée hors de l'établissement, afin que soient réalisés des prélèvements en vue de rechercher les causes de décès, est autorisé par le maire de la commune du lieu de décès à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

Cette autorisation est accordée sur production d'un extrait du certificat médical attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate

Le corps admis dans l'établissement dans ces circonstances peut ensuite faire l'objet, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et après restauration décente, d'un nouveau transport de corps avant mise en bière soit vers une chambre funéraire, soit vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille. Ce nouveau transport est subordonné à l'accord écrit du Directeur ou de son représentant, après avis du médecin ayant réalisé les prélèvements. Le médecin ne peut s'opposer au transport de corps que pour l'un des motifs suivants :

- le décès soulève un problème médico-légal
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

Dans tous les cas, les opérations de transport de corps avant mise en bière sont achevées dans un délai maximum de vingt-quatre heures à compter du décès. Toutefois, lorsque des soins de conservation ont été réalisés à l'issue des prélèvements, ce délai est porté à quarante-huit heures.

Les frais de transport aller et retour du lieu de décès à l'établissement et les frais de prélèvement sont à la charge du Centre Hospitalier.

### **4 - Transport de corps à destination d'un établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche**

En cas de don de corps d'une personne décédée au sein de l'établissement, les formalités suivantes doivent être respectées :

- accord médical
- certificat de décès
- formulaire de reconnaissance de corps complété et signé par toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- accord du Directeur du Centre Hospitalier ou de son représentant, après consultation du Registre national automatisé des refus de prélèvements d'organes sur une personne décédée, si le défunt a au moins 13 ans
- un délai maximum de 48 heures après le décès
- carte de donateur à jour

Pour le transport du corps proprement dit, les dispositions du transport de corps sans mise en bière s'appliquent.

Ce transport vers l'établissement légataire est à la charge de la famille alors que les frais d'inhumation ou d'incinération après exploitation sont à la charge de ce dernier.

Si l'une des formalités n'est pas remplie ou si l'organisme receveur de don refuse le corps, il revient alors à la famille de prendre en charge les funérailles. Elle en est informée par les agents de la chambre mortuaire.

### **5 - Transport de corps après mise en bière**

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréés, que la famille choisit librement et mentionne sur un formulaire spécifique.

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>Section 5</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b>	<b>Personnes décédées</b>	<b>Autopsie et prélèvement sur personne décédée</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

### **1 - Autopsie médico-légale**

Des autopsies médico-légales peuvent être opérées sur réquisition de l'autorité judiciaire.

### **2 - Prélèvement d'organes et de tissus**

Le Centre Hospitalier de La Rochelle a l'autorisation d'effectuer à des fins scientifiques des prélèvements d'organes.

Il a également l'autorisation d'effectuer des prélèvements d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques.

Le prélèvement d'organes sur une personne décédée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques et après que le constat de la mort a été établi.

Ce prélèvement peut être effectué dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage de sa famille.

Aucun prélèvement à des fins scientifiques autres que celui ayant pour but de rechercher les causes du décès ne peut être effectué sans le consentement du défunt exprimé directement ou par le témoignage de sa famille.

Toutefois, lorsque le défunt est un mineur, ce consentement est exprimé par un des titulaires de l'autorité parentale.

La famille est informée des prélèvements effectués en vue de rechercher les causes du décès.

Toute personne admise dans l'établissement qui entend s'opposer à un prélèvement sur son cadavre peut, à tout moment, faire connaître son refus auprès de l'équipe soignante ou de son entourage, ou s'inscrire, si elle a au moins 13 ans, sur le Registre national automatisé des refus de prélèvement d'organes.

Si la personne décédée était un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal y consente expressément par écrit.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la transplantation, d'autre part, doivent faire partie d'unités fonctionnelles ou de services distincts. L'Etablissement français des greffes est informé de tout prélèvement.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement à des fins thérapeutiques ou scientifiques établissent un compte rendu détaillé de leur intervention et de leurs constatations sur l'état du corps et des organes prélevés.

Si les circonstances ayant entouré la mort sont telles que, dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le cadavre est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement qui rende aléatoire la preuve des causes du décès.

Les médecins ayant procédé à un prélèvement sur une personne décédée sont tenus de s'assurer de la restauration décente de son corps.

Lorsqu'un prélèvement d'organe est fait à l'hôpital dans un but thérapeutique, le Conseil d'administration peut décider que tout ou partie des frais de transport du corps et des frais d'obsèques incombant à la famille du malade décédé, sur lequel le prélèvement a été opéré, est à la charge de l'établissement.

<b>CHAPITRE 4</b> <b>DISPOSITIONS</b> <b>SPECIFIQUES</b> <b>AUX PATIENTS</b> <b>HOSPITALISES EN</b> <b>PSYCHIATRIE</b>			Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1
---	--	--	-----------------------------	--------

L'Hôpital Marius Lacroix assure des missions de prévention, de soins, de traitement et de suivi dans les disciplines psychiatriques. Le suivi des patients s'intègre dans le cadre légal de la lutte contre les maladies mentales.

Les services et équipements de l'Hôpital Marius Lacroix assurent une prise en charge globale du patient selon des modalités variées :

- consultations
- examens
- hospitalisations, complètes ou partielles
- prises en charge extra hospitalières.

<b>CHAPITRE 4</b>  <b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Section 1</b>  <b>Les particularités de l'admission en service de psychiatrie</b>	<b>Sous-section 1</b>  <b>Garanties apportées à la personne admise en service de psychiatrie</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1
---	--	--	-----------------------------	--------

### **1 - La liberté de choix**

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans l'établissement, hormis les cas prévus par la loi et notamment l'hospitalisation sous contrainte.

Toute personne hospitalisée 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, *dans la limite des capacités d'accueil*.

### **2 - Patients nécessitant une protection dans les actes civils**

Lorsqu'une personne est soignée par une équipe de l'Hôpital Marius Lacroix, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du Code Civil, d'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.

Dans l'intérêt des personnes hospitalisées sans leur consentement, il peut être constitué, conformément aux articles 492 et 508 du Code Civil, une tutelle ou une curatelle.

### **3 - Le domicile**

La personne hospitalisée sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Si une tutelle a été constituée, les significations seront faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles doivent être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur.

### **4 - Les visites par des autorités extérieures**

L'Hôpital Marius Lacroix est visité sans publicité préalable, une fois par semestre, par le Préfet ou son représentant, le juge du Tribunal d'Instance, le Président du Tribunal de Grande Instance ou son délégué, le Maire de La Rochelle ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le Procureur de la République.

Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions légales relatives aux droits des personnes hospitalisées et signent le registre de l'établissement.



<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Les particularités de l'admission en service de psychiatrie</b>	<b>Admission en hospitalisation libre</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Les dispositions générales et particulières définies au chapitre 2, section 1 du présent règlement lui sont applicables, ainsi que celles de la sous-section 1.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Les particularités de l'admission en service de psychiatrie</b>	<b>Hospitalisations sans consentement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/3

### **1 - L'hospitalisation sur demande d'un tiers**

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers, que si :

- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;
- son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

#### La demande du tiers

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

*Cette demande peut, cependant, être signée par une assistante sociale de l'établissement car, si elle fait partie de l'équipe pluridisciplinaire, elle n'est pas personnel soignant au sens juridique du terme. L'assistante sociale doit alors rencontrer préalablement la personne concernée.*

La demande d'admission doit être manuscrite, signée par la personne dûment identifiée qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui demande l'hospitalisation, que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles, ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

#### Les certificats médicaux

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues au 1) et 2) sont remplies.

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 à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième 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 avec le directeur de l'établissement ou son représentant qui établit l'admission, ni avec la personne ayant demandé l'hospitalisation ou avec la personne hospitalisée.

#### Le bulletin d'entrée

Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement ou son représentant vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions légales et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée 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.

Il ne peut être exigé de la personne qui fait l'admission une véritable enquête préalable à l'admission. Toutefois, des vérifications postérieures à l'admission s'avèrent dans certains cas nécessaires.

Ce bulletin doit être daté et signé dans les 24h suivant l'admission.

#### L'admission pour péril imminent

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 1</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Les particularités de l'admission en service de psychiatrie</b>	<b>Hospitalisations sans consentement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 2/3

#### Le certificat de 24h

Dans les 24 heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être le praticien auteur du deuxième certificat médical, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au Préfet et à la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Dans les trois jours de l'hospitalisation, le Préfet notifie les nom, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation :

Au Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ;

Au Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de La Rochelle.

#### Le registre (ou le livre de la loi)

Il est tenu dans l'établissement un registre sur lequel est transcrit dans les 24 heures les informations suivantes :

- 1° les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;
- 2° la date de l'hospitalisation
- 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation
- 4° les certificats médicaux joints à la demande d'admission
- 5° le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice
- 6° les certificats que le directeur doit adresser aux autorités administratives
- 7° les dates, durées et modalités des sorties d'essai
- 8° les levées d'hospitalisation
- 9° les décès

Ce registre est soumis aux autorités qui visitent périodiquement l'établissement. Ces dernières apposent à l'issue de leur visite, leur visa, leur signature et, s'il y a lieu, leurs observations.

#### Cas particulier des mineurs :

S'agissant de mineurs, la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers ne se justifie pas ; l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge des tutelles statue.

L'hospitalisation d'office des mineurs est possible ; toutefois cette mesure n'est appliquée que dans des circonstances exceptionnelles.

La Convention Internationale des droits de l'enfant ratifiée par la France stipule dans son article 25 que « les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement. »

<p><b>CHAPITRE 4</b></p> <p><b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b></p>	<p><b>Section 1</b></p> <p><b>Les particularités de l'admission en service de psychiatrie</b></p>	<p><b>Sous-section 3</b></p> <p><b>Hospitalisations sans consentement</b></p>	<p>Mise à jour Janvier 2007</p>	<p>p. 3/3</p>
--	---	---	-------------------------------------	---------------

## **2 - L'hospitalisation d'office**

Le Préfet prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les 24 heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au Préfet et à la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des dispositions exposées ci-après et les sorties d'essai accordées sont inscrits sur un registre semblable à celui mentionné pour les hospitalisations sur demande d'un tiers et dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, 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 24 heures au Préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues ci-dessus. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de 48 heures.

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du Code pénal, nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le Préfet qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques. L'avis médical, nécessaire pour une hospitalisation d'office, doit porter sur l'état actuel du malade.

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du Code Pénal, pourrait compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes, elles avisent immédiatement le Préfet qui prend sans délai toutes mesures utiles, ainsi que la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques. L'avis médical, nécessaire pour une hospitalisation d'office, doit porter sur l'état actuel du malade.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 2</b>		Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Les conditions de séjour en service de psychiatrie</b>			

Les conditions de séjour de la section 2 du chapitre 3 du présent règlement intérieur sont applicables aux hospitalisés en service de psychiatrie. Cependant certaines dispositions complémentaires existent et varient selon le régime de l'hospitalisation.

<b>CHAPITRE 4</b>  <b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Section 2</b>  <b>Les conditions de séjour en service de psychiatrie</b>	<b>Sous-section 1</b>  <b>Dispositions adaptées</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1
---	---	---	-----------------------------	--------

### **1 - L'accès au dossier médical**

L'accès à son dossier médical du patient hospitalisé en service de psychiatrie, y compris sans son consentement, s'effectue dans le cadre du droit commun.

A titre exceptionnel, en cas de risque d'une gravité particulière, cet accès peut être subordonné par le médecin responsable du patient à la présence d'un médecin désigné par ce dernier. Il en informe le patient.

Si le patient refuse de désigner ce médecin intermédiaire, le médecin responsable de sa prise en charge et détenteur des informations médicales le concernant saisit la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques, laquelle peut également être saisie par le patient.

L'avis de la commission, qui s'impose au demandeur et au détenteur, leur est notifié.

Le délai pour procéder à la communication est alors de deux mois à compter de la demande initiale.

### **2 - Inventaire des biens du patient**

Lors de l'admission d'un patient, ou lors du retour de permission d'un patient, il est procédé à un inventaire de ses biens.

Pour les biens de valeur, il est proposé à la personne d'effectuer un dépôt.

Pour les objets ou produits interdits dans l'enceinte de l'établissement, la personne s'expose à une confiscation telle que prévue par le présent règlement.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Les conditions de séjour en service de psychiatrie</b>	<b>Les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- de communiquer avec les autorités effectuant la visite périodique ;
- de saisir la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques ;
- de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- d'émettre ou de recevoir des courriers, ainsi que des communications téléphoniques, sous réserve que ces dernières fassent éventuellement, sur des arguments médicaux précis, l'objet de restrictions nécessitées par l'état de santé du malade et la mise en œuvre de son traitement ;
- 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.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés au 4), 6) et 7), peuvent être exercés, à leur demande, par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Cas particulier des détenus hospitalisés :

En ce qui concerne les détenus hospitalisés, l'autorité pénitentiaire peut transmettre dans les 24h suivant leur admission des consignes de restriction quant à leurs relations avec des tiers.

<b>CHAPITRE 4</b>  <b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Section 2</b>  <b>Les conditions de séjour en service de psychiatrie</b>	<b>Sous-section 3</b>  <b>Le suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1
---	---	---	-----------------------------	--------

### **1 - Personne hospitalisée sur demande d'un tiers**

Dans les 3 jours précédant l'expiration des 15 premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois.

Au delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois renouvelables selon les mêmes modalités.

### **2 - Personne hospitalisée d'office**

Dans les 15 jours, puis 1 mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis par le directeur de l'établissement au Préfet et à la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Dans les 3 jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le Préfet peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de 3 mois. Au delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le Préfet pour des périodes de 6 mois maximum, renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision préfectorale à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Préfet peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le Préfet peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de 15 jours.

Le Préfet avise dans les 24 heures le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de La Rochelle, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.



<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 2</b>	<b>Sous-section 4</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Les conditions de séjour en service de psychiatrie</b>	<b>Les permissions de sortie pour les personnes en hospitalisation libre</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Pour les personnes en hospitalisation libre, toute sortie de l'établissement non prévue par le praticien responsable de la prise en charge du patient relève du régime commun de la sortie contre avis médical.

La sortie prévue fait l'objet d'une autorisation du praticien responsable du patient, qui est écrite ou orale selon les services, et qui est mentionnée dans le dossier de soin du patient concerné.

Cette permission de sortie, comme à l'hôpital général, ne peut dépasser le délai de 48 h (trajet inclus). Durant cette période, le lit du permissionnaire est gardé et la personne est redevable du forfait hospitalier pour le(s) jour(s) d'absence.

Lorsque la permission concerne un mineur, il ne peut être confié qu'à son père, mère, représentant légal, ou aux tierces personnes expressément autorisées par ces derniers.

<b>CHAPITRE 4</b>  <b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Section 2</b>  <b>Les conditions de séjour en service de psychiatrie</b>	<b>Sous-section 5</b>  <b>Les sorties en cours d'hospitalisation pour les personnes hospitalisées sans leur consentement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1
---	---	--	-----------------------------	--------

### **1 - La sortie d'essai**

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui font l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leur conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser 3 mois ; elle est renouvelable dans les conditions définies ci-dessous. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

Un proche du patient en sortie d'essai peut s'engager, si le médecin l'estime nécessaire, à surveiller le patient durant la période d'absence du service.

S'il le juge nécessaire le médecin peut, à tout moment, interrompre la sortie d'essai et réintégrer le malade sans autres formalités.

La sortie d'essai, sa prolongation ou son renouvellement éventuels sont décidés :

Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui produit un certificat médical, lequel est transmis sans délai au Préfet ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé.

Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le Préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, même lorsqu'il s'agit d'une sortie de moins de 24h sous la responsabilité d'un tiers.

### **2 - La sortie thérapeutique**

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de l'établissement de courte durée n'excédant pas 12 heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.

L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le Directeur après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le Directeur transmet au Préfet les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation comportant notamment l'avis du psychiatre, 48 heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du Préfet, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

<b>CHAPITRE 4</b> <b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>Section 3</b>  <b>La fin de l'hospitalisation</b>		Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1
---	--	--	-----------------------------	--------

Les dispositions générales prévues dans la section 3 du chapitre 3 sont applicables aux patients hospitalisés en psychiatrie.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 1</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>La fin de l'hospitalisation</b>	<b>La préservation des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement à leur sortie</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

A sa sortie de l'établissement, toute personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du Code Civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 2</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>La fin de l'hospitalisation</b>	<b>La sortie immédiate</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Une personne hospitalisée sans son consentement, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou curatelle, son conjoint, son concubin, tout parent ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que se soit, se pourvoir par simple requête devant le Président du Tribunal de Grande Instance de La Rochelle qui statuant, en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Une personne qui a demandé l'hospitalisation ou le Procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins.

Le Président du Tribunal de Grande Instance peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade hospitalisé.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 3</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>La fin de l'hospitalisation</b>	<b>La fin de l'hospitalisation sur demande d'un tiers</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Il est mis fin à la mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers dès qu'un psychiatre de l'établissement établit un certificat médical certifiant que les conditions de cette hospitalisation ne sont plus réunies ; il en est fait mention sur le registre prévu à cet effet.

Ce certificat médical circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation.

Dans les 24 heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le Préfet, la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques, les Procureurs de la République auprès des Tribunaux de Grande Instance (du lieu de domicile du patient et de l'établissement) et la personne qui a demandé l'hospitalisation.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 4</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>La fin de l'hospitalisation</b>	<b>La levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Le Préfet peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation sur demande d'un tiers lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

Une personne hospitalisée sur demande d'un tiers dans un établissement cesse d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :

Le curateur ;

Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le patient ;

Les ascendants s'il n'y a pas de conjoint ;

S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ;

La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

Une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;

La Commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef d'établissement par un ayant-droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononcera dans un délai d'un mois.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sans préjudice des dispositions relatives à l'hospitalisation d'office, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au Préfet, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire, et, le cas échéant, une hospitalisation d'office.

Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le Préfet n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 5</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>La fin de l'hospitalisation</b>	<b>La fin de l'hospitalisation d'office</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Le préfet peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation d'office après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre (livre de la loi) que la sortie d'un patient en hospitalisation d'office peut-être ordonnée, le Directeur est tenu d'en référer dans les 24 heures au Préfet qui statue sans délai.

Pour un patient hospitalisé d'office à la sortie d'un jugement le déclarant irresponsable sur le plan pénal, il ne peut être mis fin à cette hospitalisation d'office que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le Préfet sur une liste établie par le Procureur de la République, après avis de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

La levée de l'hospitalisation d'office n'implique pas obligatoirement la sortie de l'établissement. L'hospitalisation peut se poursuivre librement si le malade y consent.



<b>CHAPITRE 4</b>	<b>Section 3</b>	<b>Sous-section 6</b>		
<b>DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>La fin de l'hospitalisation</b>	<b>Les formalités de sortie pour les personnes hospitalisées sans leur consentement</b>	Mise à jour Janvier 2007	p. 1/1

Dans les 24 heures suivant la sortie d'une personne hospitalisée sans son consentement, le directeur de l'établissement en avise le Préfet ainsi que la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques et les Procureurs de la République près les Tribunaux de Grande Instance ( du lieu de domicile du patient et de l'établissement). Il leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme qui ont demandé la levée de l'hospitalisation.