



Centre Hospitalier
Pacy sur Eure

REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE PACY SUR EURE

Sommaire			Mise à jour : 2013	1 / 5
-----------------	--	--	--------------------	-------

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE I – ORGANISATION GENERALE

SECTION 1 – ORGANISATION ADMINISTRATIVE

1. Le Conseil de Surveillance (CS)
2. Le Directeur
3. Le Directoire

SECTION 2 – LES INSTANCES CONSULTATIVES GENERALES

1. La Commission Médicale d’Etablissement (CME)
2. Le Comité Technique d’Etablissement (CTE)
3. La Commission du Service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSSIRMT)
4. La Commission des Relations avec les Usagers e de la Qualité de Prise En Charge (CRUQPEC)
5. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)
6. La Commission de Coordination Gérontologique (CCG)

SECTION 3 - LES INSTANCES CONSULTATIVES SPECIALISEES

1. Les sous-commissions de la CME
 1. La Commission de l’Organisation de la Permanence des Soins (COPS)
 2. Le Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
 3. Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
 4. Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
2. La Cellule Qualité et Gestion des Risques (CQGR)
3. Le Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)
4. Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

SECTION 4 – LES COMMISSIONS SPECIFIQUES A L’ETABLISSEMENT

1. Le comité de direction rapproché ou élargi (CDR/CDE)
2. La commission des admissions
3. Les staffs médico-soignants

SECTION 5 –CORRESPONDANTS DE SECURITE SANITAIRE

Les correspondants pharmacovigilance et matériovigilance

SECTION 6 – ORGANISATION MEDICALE

1. Le dossier médical
2. La pharmacie a usage intérieur
3. Les archives médicales

CHAPITRE II – MESURES DE POLICE GENERALE

SECTION 1 – CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES

1. La circulation des véhicules
2. Le stationnement des véhicules

SECTION 2 – REGLES DE VIE COLLECTIVE

1. L'hygiène à l'hôpital
2. Les animaux à l'hôpital
3. L'interdiction de fumer
4. Les téléphones portables
5. Objets et produits interdits
6. Le respect de la neutralité du service public

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

1. Les conditions d'exercice du droit de visite
2. Les horaires de visite
3. Les obligations des visiteurs

CHAPITRE III – DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT**SECTION 1 – ADMISSIONS**

1. Mode d'admission
2. Transfert après premiers secours
3. Information de la famille
4. Accueil des patients
5. Régime d'hospitalisation
6. Prise en charge des frais d'hospitalisation
7. Majeurs légalement protégés

SECTION 2 - CONDITIONS DE SEJOUR

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
8. Repas
9. Effets personnels
10. Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital
11. Désordres causés par le malade
12. Gratifications
13. Courrier et téléphone
14. Télévision et radio
15. Exercice du culte

SECTION 3 – SORTIES

1. Permission de sortie
2. Formalité de sortie
3. Transport
4. Transfert
5. Evaluation de la satisfaction du patient

6. Acquiescement des frais d'hospitalisation
7. Sortie contre avis médical
8. Sortie après refus de soins
9. Sortie disciplinaire
10. Sortie à l'insu du service

SECTION 4 – FIN DE VIE

1. Constat du décès
2. Indices de mort violente ou suspecte
3. Présentation du corps
4. Inhumation ou crémation du corps
5. Dévolution des biens des hospitalisés décédés
6. Transport de corps à résidence sans mise en bière
7. Transfert en chambre funéraire avant mise en bière
8. Transport de corps à destination d'un établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche
9. Transport de corps après mise en bière

CHAPITRE IV – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

SECTION 1 – PRINCIPES FONDAMENTAUX

1. Principes fondamentaux du service public hospitalier
 - 1.1. Principe de continuité du service public
 - 1.2. Principe de neutralité du service public
2. Principes fondamentaux liés au respect des malades
 - 2.1. Sollicitude envers les malades
 - 2.2. Respect de la personne et de son intimité
 - 2.3. Accueil de la famille, des proches, de la personne de confiance de la personne malade
 - 2.4. Respect de la liberté de conscience et d'opinion des malades et visiteurs
3. Secret professionnel
 - 3.1. Secret professionnel d'ordre général et collectif
 - 3.2. Conditions du respect du secret médical

SECTION 2 – PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

1. Présence au travail des personnels
 - 1.1. Assiduité et ponctualité
 - 1.2. Absences
 - 1.3. Exécution des instructions reçues
 - 1.4. Signalement des dysfonctionnements
2. Comportement et tenue des personnels
 - 2.1. Dispositions relatives à la violence au travail
 - 2.2. Exigence d'une tenue correcte
 - 2.3. Tenue vestimentaire au travail
 - 2.4. Entretien des vêtements de travail
 - 2.5. Identification du personnel

Sommaire			Mise à jour : 2013	4 / 5
----------	--	--	--------------------	-------

- 2.6. Respect des règles d'hygiène et de sécurité
- 2.7. Interdiction de fumer et de consommer des boissons alcoolisées
- 2.8. Obligation des personnels en cas d'infection nosocomiale
- 2.9. Conservation en bon état des locaux, matériels et effets
- 2.10. Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades trouvés à l'hôpital
- 2.11. Interdiction des pourboires et des gratifications
- 2.12. Lutte contre le bruit
- 2.13. Utilisation des véhicules du centre hospitalier
- 2.14. Responsabilité par rapport aux effets et aux biens personnels
- 3. Avantages matériels
 - 3.1. Restaurant du personnel

SECTION 3 – EXPRESSION DES PERSONNELS

- 1. Droit d'expression directe et collective
- 2. Droit syndical
- 3. Droit de grève et service minimum

CHAPITRE V – DISPOSITIONS RELATIVES A L'ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

CHAPITRE VI – DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES SERVICES MEDICO-SOCIAUX

SECTION 1 – LES ACCUEILS DE JOUR

SECTION 2 – LE FOYER LOGEMENT

SECTION 3 – LE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

CHAPITRE VII – DISPOSITIONS DIVERSES

SECTION 1 – APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

SECTION 2 – MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR

SECTION 3 – MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

Sommaire			Mise à jour : 2013	5 / 5
-----------------	--	--	--------------------	-------

ANNEXES :

1. La Charte de la personne hospitalisée
2. La Charte de la personne âgée dépendante
3. La Charte de la laïcité
4. Le Règlement de Fonctionnement du service de médecine
5. Le contrat de séjour dans l'EHPAD en hébergement permanent
6. Le Document Individuel de Prise en Charge dans l'EHPAD en hébergement temporaire
7. Le Règlement de Fonctionnement de l'EHPAD
8. Le Document Individuel de Prise en Charge en Accueil de Jour Occupationnel
9. Le Règlement de Fonctionnement de l'Accueil de Jour Occupationnel
10. Le Document Individuel de Prise en Charge en Accueil de Jour Alzheimer
11. Le Règlement de Fonctionnement de l'Accueil de Jour Alzheimer
12. Le Document Individuel de Prise en Charge en SSIAD
13. Le Règlement de Fonctionnement du SSIAD
14. Le Contrat de Séjour en foyer logement
15. Le Règlement de Fonctionnement du foyer logement
16. Le Règlement de Fonctionnement du service de portage de repas à domicile
17. Le Règlement intérieur de la CSSIRMT
18. Le Règlement intérieur du CLUD
19. Le règlement intérieur du CLIN
20. Le règlement intérieur du COMEDIMS
21. Le Règlement intérieur du CVS

Introduction			Mise à jour : 2012	1 / 2
---------------------	--	--	--------------------	-------

Introduction

L'établissement est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Il est soumis au contrôle de l'Agence Régionale de Santé et relève d'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, 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 prendre en charge des résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (organisation soignante paramédicale et coordination des soins par un médecin coordonnateur).
- 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 et de mener, en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.
- D'assurer la prise en charge gériatrique de la population âgée fragile.
- De développer la prise en charge et l'accompagnement des patients en fin de vie.

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

- à la formation initiale et continue du personnel paramédical ;
- à la recherche dans ses domaines de compétence et aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
- à la délivrance de soins palliatifs et à la lutte contre la douleur.

Il détermine sa politique générale au travers de son projet d'établissement, en conformité avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire de Haute Normandie et du schéma départemental des personnes âgées.

Introduction			Mise à jour : 2012	2 / 2
---------------------	--	--	--------------------	-------

Pour accomplir ses missions, le Centre Hospitalier de Pacy sur Eure propose :

- un service de médecine à orientation gériatrique de 7 lits (bâtiment A)
- un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) comprenant 166 lits dont 3 lits en hébergement temporaire répartis sur les bâtiments A et B
- 12 places d'accueil de jour Alzheimer (pavillon situé au 7 rue Madrie à Pacy)
- 10 places d'accueil de jour occupationnel (bâtiment A)
- un Service de Soins infirmiers A Domicile (SSIAD) de 30 places
- un foyer logement de 22 appartements
- un service de portage de repas à domicile de 60 places.

CHAPITRE 1

ORGANISATION GENERALE

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Conseil de surveillance	Mise à jour : 2012	1 / 6
---	---	-----------------------------------	--------------------	-------

SECTION 1 : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

1 Le Conseil de surveillance

1.1 - Composition (art L.6143-5 à 6 du CSP)

Le conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Pacy est composé de **neuf** membres répartis en trois collèges.

Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

3 membres au titre des représentants des collectivités territoriales :

- le maire de la commune siège de l'établissement ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant du Conseil Régional désigné en son sein ;
- un représentant de la communauté d'agglomération des portes de l'Eure désigné en son sein.

3 membres au titre des représentants du personnel :

- un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) élu en son sein ;
- un représentant de la Commission du Service de Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSSIRMT) élu en son sein ;
- un représentant des personnels de l'établissement désigné par l'organisation syndicale la plus représentative dans l'établissement.

3 membres au titre des représentants des personnalités qualifiées :

- une personnalité qualifiée désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ;
- deux représentants des usagers par le représentant de l'Etat dans le département parmi les associations agréés représentant les usagers du système de santé au sens de l'article L.1114-1 du Code la Santé Publique).

• Nomination des membres

La liste nominative des membres du Conseil de Surveillance est arrêtée par le directeur général de l'ARS.

Les membres désignés par la commission médicale d'établissement ainsi que le membre désigné par la CSIRMT sont élus en leur sein au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Conseil de surveillance	Mise à jour : 2012	2 / 6
---	--	---	--------------------	-------

Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le directeur général de l'ARS compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement, à l'occasion des élections au Comité Technique d'Etablissement (CTE). Le siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix.

• **Présidence et Vice-Présidence** (art. L 3143-5, R 6143-5 et R 6143-6 du CSP)

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

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

Le Président du conseil de surveillance désigne parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées un Vice-Président qui préside le Conseil de Surveillance en son absence.

• **Assistent aux séances avec voix consultative**

Le Directeur, assisté des collaborateurs de son choix, ou son représentant ;
 Le vice-président du directoire, président de la CME ;
 Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;
 Le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique ;
 Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;
 Un représentant des familles des personnes accueillies dans les EHPAD ;
 Le Trésorier Principal assiste avec voix consultative aux séances lorsque le conseil délibère sur des affaires de sa compétence.

1.2 - Conditions d'exercice des membres (art. R 6143-4 et R. 6143-7 du CSP)

• **Incompatibilité et incapacités** (art. L 6143-6, R 6143-4 et R 6143—13 du CSP)

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- à plus d'un titre ;
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
- s'il est membre du directoire ;
- S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Conseil de surveillance	Mise à jour : 2012	3 / 6
---	--	---	--------------------	-------

- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;
- S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.
- s'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 (conventions avec associations de bénévoles) et L. 6134-1 (conventions de coopération), ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 (conventions avec universités) et L. 6154-4 (contrat d'activité libérale d'un praticien hospitalier) ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 (contrat de pôle) et L. 6152-1 (contrats portant statuts spécifiques des médecins hospitaliers) ;

Les membres qui tombent sur le coup des incompatibilités et incapacités démissionneront de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur général de l'ARS.

• **Durée du mandat** (R. 6143-12 et R. 6143-13 du CSP)

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

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

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Toutefois, ils continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est pourvu, dans le délai de trois mois, à son remplacement dans les mêmes conditions. Dans ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

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

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Conseil de surveillance	Mise à jour : 2012	4 / 6
---	--	---	--------------------	-------

Les fonctions de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions.

1.3 - Attributions (art. L 6143-1 du CSP)

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement, à ce titre :

- Il communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.
- Il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.
- Il entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Le conseil de surveillance délibère sur :

- Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- La convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la Santé Publique ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Le conseil de surveillance donne son avis sur :

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

Les autres attributions relèvent de la compétence générale du directeur.

1.4 - Fonctionnement

- **Réunions** (art. R6143-8, R 6143-11 et R 6143-9 du CSP)

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an :

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Conseil de surveillance	Mise à jour : 2012	5 / 6
---	--	---	--------------------	-------

- sur convocation de son président
- ou à la demande du tiers de ses membres.

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

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

En cas d'urgence, le délai de sept jours peut être abrégé par le président.

Les convocations à la première réunion du conseil de surveillance sont adressées par le président du directoire.

Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil de surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

• **Quorums et votes** (Art. R 6143-10 du CSP)

Le conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre de membres présents.

Dans ce cas, le conseil de surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une réunion ultérieure.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à bulletin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

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.

• **Délibérations et comptes rendus** (art. R. 6143-14, R. 6143-15 et R. 6143-16 du CSP)

Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 2°, 5° et 7° de l'article L. 6143-1 sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les mois qui suivent la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas.

Les délibérations mentionnées au 3° du même article sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Conseil de surveillance	Mise à jour : 2012	6 / 6
---	---	-----------------------------------	--------------------	-------

Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, mentionné à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles, est compétent en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l'opposition du directeur général de l'agence régionale de santé faite à l'approbation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses ou de ses modifications en application de l'alinéa précédent. Il est également compétent pour connaître des décisions du directeur général de l'agence régionale de santé prises en application des articles L. 6145-1, L. 6145-2, L. 6145-3, L. 6145-4 et L. 6145-5.

Le directeur général de l'agence régionale de santé défère au tribunal administratif les délibérations et les décisions portant sur ces matières, à l'exception de celles relevant du 5° de l'article L. 6143-7, qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les motifs d'illégalité invoqués. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution

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

Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé. Celui-ci peut se faire représenter au conseil de surveillance.

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte rendu de séance qui est soumis à leur approbation à la prochaine réunion du conseil de surveillance.

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

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Directeur	Mise à jour : 2012	1 / 3
---	--	---------------------	--------------------	-------

2. Le directeur (Art L6143-7 et L6143-33 à 36 du CSP)

2.1 - Nomination (L6143-7-2 du CSP)

Le directeur est nommé par arrêté du directeur général du centre national de gestion.

2.2 - Attributions (L6143-7-2 du CSP)

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement.
Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance et celles soumises à concertation avec le directoire.
Il participe aux séances du conseil de surveillance, il en exécute les délibérations.

2.2.1 Compétences générales dans la conduite de l'établissement

Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.
Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

• Pouvoir de nomination du Directeur dans l'établissement

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.

Après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du centre national de gestion.

A l'exception des membres de droit, il nomme les membres du Directoire après information du Conseil de Surveillance. Il peut mettre fin à leurs fonctions.

Si l'organisation de l'établissement le justifie, il nomme les responsables de service après avis du président de la commission médicale d'établissement. Il peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service de sa propre initiative après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Il nomme les cadres de santé de l'établissement.

• Admission de professionnels libéraux par contrat (article L6146-2)

Le directeur peut, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Directeur	Mise à jour : 2012	2 / 3
---	---	---------------------	--------------------	-------

missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.

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

2.2.2 Compétences après concertation avec le directeur

Le directeur :

- Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L.6114-1 ;
- Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L.6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L.174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L.6146-1 ;
- Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L.6321-1 ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L.6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L.6148-3 ;
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L.6143-3 ;
- Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L.3131-7 ;

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Directeur	Mise à jour : 2012	3/3
---	--	---------------------	--------------------	-----

2.3 - Délégation de signature (articles D6143-33 et D6143-34)

Dans le cadre de ses compétences, le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature.

La délégation doit mentionner :

- Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;
- La nature des actes délégués ;
- Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation.

Les délégations de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Directoire	Mise à jour : 2012	1 / 3
---	---	----------------------	--------------------	-------

3. Le directoire

Cette instance appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. C'est une instance collégiale et un lieu d'échange entre la direction et les personnels médicaux et soignants.

• **Compétences**

Le directoire :

- Approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement ; à cet effet, le directeur consulte préalablement le directoire lorsqu'il :
 - Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
 - Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
 - Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
 - Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
 - Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
 - Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
 - Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
 - Propose au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre 1er de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
 - Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
 - Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
 - Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
 - Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
 - Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
 - Décide de l'organisation du travail et des temps de repos à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement ;
 - Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
 - Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Directoire	Mise à jour : 2012	2 / 3
---	---	----------------------	--------------------	-------

• **Composition :**

Le directoire est composé de **neuf** membres :

- 3 membres de droit :
 - le Directeur ;
 - le Président de la Commission Médicale d’Etablissement (CME) ;
 - le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 4 membres médicaux désignés par le Directeur, sur proposition du Président de la CME parmi lesquels :
 - le médecin coordonnateur ;
 - le pharmacien ;
 - 2 médecins représentant les médecins libéraux de l’établissement autres que le président de la CME;
- 2 membres non médicaux désignés par le Directeur dont le cadre supérieur de santé.

Le directoire comprend une majorité de membres médicaux.

Le Directeur est président du directoire.

Le Président de la Commission Médicale d’Etablissement est vice-président du directoire.

• **Mandat :**

Les membres du directoire sont nommés pour **4 ans**.

Le mandat des membres prend fin :

- lorsque le titulaire quitte l’établissement ou cesse d’exercer les fonctions au titre desquelles il a été nommé,
- Lors de la nomination d’un nouveau Président du directoire.

Le Président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés après information du Conseil de surveillance.

• **Invités :**

En fonction des points traités à l’ordre du jour, le directoire peut ponctuellement faire appel à l’expertise de professionnels internes à l’établissement.

Les experts invités à titre ponctuel assistent à la partie des débats relative au(x) point(s) de l’ordre du jour pour le(s)quel(s) ils ont été invités.

• **Convocation :**

Le Directoire se réunit en moyenne autant de fois que nécessaire et généralement le même jour que la Commission Médicale d’Etablissement pour favoriser la présence des médecins libéraux.

Les dates de réunions sont fixées conjointement par le Directeur et le Président de CME.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 1 Organisation administrative	Le Directoire	Mise à jour : 2012	3 / 3
---	--	----------------------	--------------------	-------

La convocation établie par le Président du Directoire, comprend l'ordre du jour de la réunion et les éventuels documents de travail.

Elle est adressée par courrier ou messagerie électronique aux membres au minimum trois jours avant la réunion.

L'ordre du jour est établi par le Directeur, Président du directoire. L'ensemble des membres peut demander l'inscription de points à l'ordre du jour.

Des documents utiles à l'information du Directoire, autres que ceux se rapportant à l'ordre du jour, peuvent être distribués pendant la réunion.

En fonction de l'actualité et des exigences de calendrier qui pourraient en découler, le Directoire peut être réuni en séance extraordinaire. L'ordre du jour est alors adressé au moins un jour avant la réunion et ne doit comporter que le(s) point(s) faisant l'objet d'une séance extraordinaire.

Conformément à la réglementation, le Directeur préside le Directoire.

Le secrétariat de séance et l'établissement des relevés de conclusion est assuré à la diligence du Directeur, Président du directoire. Le relevé de conclusions est communiqué par courrier ou messagerie électronique à l'ensemble des membres du directoire et du comité de direction élargi.

• **Modalités de concertation du directoire :**

Le Directeur organise les modalités de concertation du directoire. Cette concertation a pour but d'éclairer sa prise de décision.

Lors des débats, les membres du directoire se prononcent en qualité de représentants de l'établissement, dans l'intérêt général de celui-ci, et non dans celui du secteur dans lequel ils exercent ou dont ils assument la responsabilité.

Aucun vote ou avis n'est émis par le directoire, à l'exception de l'approbation du projet médical.

• **Confidentialité et responsabilités des membres du directoire :**

Les réunions du directoire ne sont pas publiques.

Les personnes participant aux travaux du directoire sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits et documents dont elles ont connaissance à l'occasion de ces travaux. Les prises de position individuelles et le déroulé des débats sont notamment confidentiels.

• **Adoption et révision du présent règlement intérieur :**

L'adoption du règlement intérieur du directoire, constituant une partie du règlement intérieur de l'établissement, fait l'objet d'une décision du directeur arrêtée après concertation du directoire.

Le présent règlement intérieur peut faire l'objet de modifications en tant que de besoin. Le cas échéant, ces modifications feront l'objet d'une nouvelle décision du directeur modifiant le règlement intérieur de l'établissement, arrêtée après concertation du directoire.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CME	Mise à jour : 2013	1 / 4
---	---	---------------	--------------------	-------

SECTION 2 : LES INSTANCES CONSULTATIVES GENERALES

1. La Commission Médicale d'Établissement (CME)

• Composition (*Art L6144-2, R6144-2,-17, -26, -27 du CSP*)

Compte tenu de la spécificité du Centre Hospitalier de Pacy sur Eure et du faible nombre de médecins, la commission médicale d'établissement est composée :

- de l'ensemble des médecins libéraux intervenant sur l'établissement
- du médecin coordonnateur de l'EHPAD
- du pharmacien

Ces derniers sont réputés membres de droit pour 4 ans renouvelables.

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 ;
- un représentant du CTE élu en son sein ;
- le médecin représentant l'Agence Régionale de Santé ;
- un représentant élu par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale ou son représentant ;
- le médecin responsable de la médecine du travail ou son représentant.

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

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.

Les débats de la commission se rapportent, soit à des informations non suivies de vote, soit à des avis suivis de vote ; il appartient au président d'en décider à l'exception des cas où les dispositions législatives ou réglementaires imposent un vote. En outre, la commission peut émettre des vœux relatifs aux conditions de fonctionnement de l'établissement.

• Attributions (*R6144-1, R6144-23 et R6111-10 du CSP*)

La commission médicale d'établissement est consultée comme le comité technique d'établissement sur les matières suivantes :

- les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 ;
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- le plan de redressement mentionné à l'article L.6143-3 ;

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CME	Mise à jour : 2013	2 / 4
---	---	---------------	--------------------	-------

- l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L.6143-7 ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;

La commission médicale d'établissement est également consultée sur:

- le projet médical de l'établissement ;
- la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- la politique de formation des étudiants et internes ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Elle est informée au sens de l'Article R. 6144-1-1 du Code de la Santé Publique, de :

- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- les contrats de pôles ;
- le bilan annuel des tableaux de service ;
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La commission médicale d'établissement contribue par ailleurs à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- la prise en charge de la douleur.

La commission médicale d'établissement élabore, au sens de l'Article R. 6111-1-1 du Code de la Santé Publique :

- un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments notamment des antibiotiques et des dispositifs médicaux stériles qui comprend, le cas échéant, les actions nécessaires pour mettre en œuvre les engagements fixés dans le contrat de bon usage des médicaments notamment des antibiotiques et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CME	Mise à jour : 2013	3 / 4
---	---	---------------	--------------------	-------

- un bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement ;
- des préconisations en matière de prescription des dispositifs médicaux stériles et des médicaments notamment les antibiotiques.

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

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

• **Fonctionnement** (Art R6144-16, -20, -24 à -26, -30 du CSP)

La commission élit son Président et son Vice-Président parmi les praticiens titulaires.

Le Président est élu par l'ensemble des membres de la commission médicale.

L'élection a lieu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Nul ne peut être élu au premier tour s'il n'a obtenu la majorité absolue des membres présents. Au deuxième tour, la majorité relative suffit. En cas d'égalité des suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

La durée du mandat est de quatre ans, renouvelable une seule fois de manière consécutive, sauf dérogation accordée par l'ARS en raison de la faible disponibilité des médecins libéraux.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement prennent fin au terme du mandat de la Commission Médicale d'Etablissement qui l'a élu ou sur présentation de sa démission au Président du Directoire. Une élection d'un nouveau Président est organisée dans un délai de deux mois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, ses fonctions sont assumées par le Vice-président de cette Commission jusqu'à la désignation d'un nouveau Président.

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts. La convocation, l'ordre du jour et les documents de travail sont adressés aux membres de la commission qui y siègent avec voix délibérative ou consultative.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CME	Mise à jour : 2013	4 / 4
---	---	---------------	--------------------	-------

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

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

Le secrétariat est assuré par la direction. Le relevé des avis, des décisions et éventuellement des vœux émis par la commission, ainsi que le procès-verbal des débats sont rédigés après la séance, sous l'autorité du président et sont adressés aux membres de la commission avant la séance suivante en vue de son adoption.

Les séances extraordinaires sont convoquées soit à l'initiative du Président de la commission médicale, soit à la demande du tiers au moins de ses membres ou du directeur.

Les avis émis par la commission et les désignations auxquelles elle procède, sont valables lorsqu'au moins 3 de ses membres médecins sont présents.

L'organisation des éventuels votes est confiée au secrétariat de la commission médicale. En cas de vote à scrutin secret, les bulletins sont distribués au moment du vote. Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires particulières, les avis sont adoptés à la majorité simple. 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.

• Les Sous Commissions de la CME (Cf. section 3)

La commission médicale se dote de sous commissions et de groupes de travail.

Les 4 sous commissions permanentes :

- La Commission de L'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) ;
- Le Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN) ;
- La Commission du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) ;
- Le Comité de Lutte contre la Douleur et les Symptômes d'inconfort (CLUDES) ;

Les groupes de travail permanents :

- La Commission des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) et de la Formation Médicale Continue (FMC) ;

Les référents de chaque comité sont désignés par la Commission Médicale d'Etablissement, après appel à candidatures auprès des personnes qualifiés de l'établissement. Compte tenu de la faible disponibilité des médecins libéraux, ces référents pourront être désignés par la CME parmi les personnels soignants non médecins.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	Le CTE	Mise à jour : 2013	1 / 4
---	---	---------------	--------------------	-------

2. Le Comité Technique d'Établissement (CTE)

Le CTE est défini par les articles L.6144-3 à L.6144-6-1 et R.6144-40 à R.6144-80 du CSP.

• **Composition** (R 6144-42 et suivants du Code de la santé publique)

Le comité comprend :

- 2 représentants titulaires et suppléants du collège des agents des catégories A et B ;
- 4 représentants titulaires et suppléants du collège des agents de la catégorie C ;

désignés dans les conditions du des articles R.6144-42 et suivants du Code de la santé publique.

Un représentant de la CME assiste avec voix consultative aux réunions du CTE.

Le CTE est présidé par le directeur de l'établissement ou son représentant.

• **Mandat des membres**

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à **quatre ans**. Ce mandat est renouvelable.

Lors du renouvellement d'un comité technique d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Lorsqu'un représentant du personnel cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions dans l'établissement pour cause de décès, de démission ou de changement d'établissement, ou est frappé d'une cause d'inéligibilité prévues à l'article R.6144-53 du Code de la Santé Publique, il est remplacé par le suppléant pris dans l'ordre de la liste au titre de laquelle il a été élu.

Le suppléant est lui-même remplacé par le premier candidat suivant non élu figurant sur la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles composant le collège visé à l'article R.6144-53.

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.

Le mandat des représentants titulaires ou suppléants désignés dans les conditions prévues par l'article R.6144-46 prend fin à la date à laquelle aurait normalement pris fin le mandat des titulaires ou des suppléants qu'ils remplacent.

Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion du CTE, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	Le CTE	Mise à jour : 2013	2 / 4
---	---	---------------	--------------------	-------

• Attributions

Le comité technique d'établissement est consulté, comme la commission médicale d'établissement, sur :

- les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 ;
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- le plan de redressement mentionné à l'article L.6143-3 ;
- l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L.6143-7 ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le comité technique d'établissement est également consulté sur :

- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

• Fonctionnement

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

Conformément à l'article R 6144-82 du Code de la Santé Publique, la Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

Un calendrier prévisionnel des réunions est établi annuellement, dans la mesure du possible.

• Convocation des réunions – ordre du jour

<p align="center">Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p align="center">Section 2 Instances consultatives générales</p>	<p align="center">Le CTE</p>	<p align="center">Mise à jour : 2013</p>	<p align="center">3 / 4</p>
---	--	-------------------------------------	--	-----------------------------

Les réunions du comité technique d'établissement ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur la 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 qui sont transmis par courrier ou messagerie 15 jours avant la réunion.

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité d'établissement dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Toutes les facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Les pièces et documents nécessaires doivent leur être communiqués quinze jours au moins avant la date de la séance.

Les organisations syndicales sont invitées à transmettre à la Direction, au plus tard deux semaines avant la réunion, les questions relevant de la compétence du comité qu'elles souhaitent aborder en séance.

Seules les questions présentant un caractère d'urgence ou d'actualité et ne figurant pas à l'ordre du jour peuvent être posées en plus en séance.

• **Personnes autorisées à assister aux débats**

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voix délibératives, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité technique d'établissement dans la limite d'un représentant par organisation syndicale ou par liste, sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes.

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

Les experts n'ont pas voix délibératives. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatifs aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

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

Le président du comité technique d'établissement, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister de ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

Une suspension de séance peut être demandée par les Représentants du personnel lorsque les documents sont remis sur table.

<p align="center">Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p align="center">Section 2 Instances consultatives générales</p>	<p align="center">Le CTE</p>	<p align="center">Mise à jour : 2013</p>	<p align="center">4 / 4</p>
---	--	-------------------------------------	--	-----------------------------

• **Délibérations – vœux et avis**

Le comité technique d'établissement 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 technique d'établissement 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 qu'il est demandé 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 et les vœux du Comité sont portés par le président à la connaissance du Conseil de Surveillance. Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Le directeur informe les membres du comité par une communication écrite, dans un délai de deux mois, des suites données à ses avis et vœux.

• **Secrétariat des séances**

Le comité technique d'établissement élit parmi les membres titulaires un secrétaire et un secrétaire suppléant chargé de la rédaction du procès-verbal des séances en lien avec la direction.

Le procès-verbal est signé par le président et le secrétaire ou son suppléant et transmis aux membres du comité pour approbation au moment de la convocation de la prochaine séance du CTE.

• **Obligation de discrétion professionnelle – publicité**

Les séances du comité ne sont pas publiques.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité technique d'établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

• **Formation**

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel du comité technique d'établissement. La durée maximale de ce congé est de cinq jours.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CSSIRMT	Mise à jour : 2012	1 / 3
---	---	-------------------	--------------------	-------

3. La Commission du Service de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Techniques (CSSIRMT)

Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé

• Composition

Au sein de l'établissement elle est composée de **neuf membres avec voix délibérative** :

- Du cadre supérieur de santé (président) ;
- 1 représentant titulaire du collège cadre et son suppléant;
- 4 représentants titulaires de collège infirmier et leurs suppléants;
- 1 représentant du collège rééducateur et son suppléant;
- 1 représentant du collège médico-technique et son suppléant;
- 1 représentant du collège aide-soignant et son suppléant ;

Un représentant de la commission médicale d'établissement, désigné par et parmi ses membres assiste avec voix consultative à la CSSIRMT.

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.

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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CSSIRMT	Mise à jour : 2012	2 / 3
---	---	-------------------	--------------------	-------

• Attributions

La commission permet aux personnels soignants de formuler des avis et des propositions concernant l'organisation générale des soins infirmiers, l'accompagnement des malades, et l'évaluation des soins et de la formation.

Elle est consultée sur :

- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins ;
- L'élaboration d'une politique de formation ;
- L'évaluation des pratiques professionnelles ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (participation de professionnels libéraux aux missions de service public de l'établissement) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

• Fonctionnement

La commission est présidée par le cadre supérieur de santé. En cas d'empêchement de celui-ci, la présidence est assurée par un cadre de santé, désigné à cet effet par le cadre supérieur de santé ou le directeur à défaut.

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

Les convocations sont adressées au plus tard huit jours avant la date de réunion de la commission. L'ordre du jour est fixé par le 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.

Les membres de la commission peuvent solliciter l'inscription d'une question à l'ordre du jour, par lettre ou messagerie adressée au président de la commission au plus tard 20 jours avant la date de réunion.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CSSIRMT	Mise à jour : 2012	3 / 3
---	---	-------------------	--------------------	-------

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'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 un de ses membres pour siéger au Conseil de Surveillance, avec voix délibérative.

Il est élu, par et parmi les membres de la commission, 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 (**Cf. annexe 17**).

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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CRUQPEC	Mise à jour : 2012	1 / 4
---	---	-------------------	--------------------	-------

4. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPEC)

• Composition, durée des mandats et conditions de vote

La commission est composée de **neuf membres** titulaires :

- le directeur de l'établissement ou son représentant ;
- un médiateur médical et son suppléant désigné par le directeur dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;
- un médiateur non médical et son suppléant désigné par le directeur dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;
- 2 représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83 ;
- le président de la CME ou son représentant désigné en son sein ;
- un représentant de la CSSIRMT et son suppléant désignés par le cadre supérieur de santé ;
- un représentant du personnel et son suppléant désignés par et parmi les membres du CTE ;
- un représentant du Conseil de surveillance et son suppléant désignés par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnes qualifiées.

Le mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des personnels est fixé à **trois ans** renouvelables.

La durée du mandat des autres membres de la commission est équivalente à celle des fonctions au titre desquelles ils ont été désignés.

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.

Le président ou son représentant siège en toutes circonstances, sans voix délibérative. Il a pour rôle de convoquer la CRUQPEC, d'en arrêter l'ordre du jour, de diriger les débats et d'organiser les votes.

Le président dispose d'un certain nombre de pouvoirs tels la transmission des comptes rendus des médiateurs aux membres de la CRUQPEC, ainsi que l'analyse et la sélection préalable des dossiers de plaintes non juridictionnelles.

Tout membre de la commission concerné par une réclamation ne peut assister aux débats concernant le dossier. Il est alors remplacé par son suppléant.

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

<p align="center">Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p align="center">Section 2 Instances consultatives générales</p>	<p align="center">La CRUQPEC</p>	<p align="center">Mise à jour : 2012</p>	<p align="center">2 / 4</p>
---	--	---	--	-----------------------------

• **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.

La CRUQPEC examine certaines réclamations des patients et des usagers. Ainsi, ne feront pas l'objet d'un avis de la CRUQPEC les réclamations ayant un caractère indemnitaires ou juridictionnel. La CRUQPEC pourra, à l'issue de cet examen, soit formuler des recommandations en vue d'apporter une solution au litige, soit informer l'utilisateur des voies de recours dont il dispose, soit donner un avis motivé en vue du classement du dossier.

La CRUQPEC est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement. A ce titre, elle est destinataire d'une analyse récapitulative de l'ensemble des réclamations (et des témoignages de satisfaction) des usagers. Il s'agira de constater l'origine des plaintes, réclamations ou témoignages, leurs motifs, les suites qui y sont apportées par l'établissement et enfin, de faire une synthèse sous forme d'appréciation annuelle des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Dans le cadre d'un règlement amiable et local du litige, la CRUQPEC peut être saisie d'une demande de conciliation par le Président de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI).

La CRUQPEC est destinataire de l'ensemble des mesures adoptées par la Direction de l'établissement qui portent sur son domaine de compétence. Elle procède à un recensement annuel des mesures adoptées et à l'évaluation de leur impact.

La CRUQPEC formule des recommandations sur demande de son Président dans son domaine de compétence.

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 de Surveillance.

Le conseil de surveillance 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 transmis à l'agence régionale de santé.

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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CRUQPEC	Mise à jour : 2012	3 / 4
---	---	-------------------	--------------------	-------

Afin d'exercer au mieux ses attributions, la CRUQPEC peut demander la communication des documents suivants :

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées notamment par la Commission médicale d'établissement ;
- les avis, vœux et recommandations formulés dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité émanant de toutes commissions et instances de l'établissement ;
- une synthèse annuelle des réclamations et plaintes adressées à l'établissement par les patients ou leurs proches et les usagers ;
- le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées par les patients, leurs ayants droit ou leurs représentants légaux et les médecins extérieurs ayant prescrit la prise en charge, avec indication du délai de réponse de l'établissement ;
- les résultats des enquêtes de satisfaction des usagers et notamment des appréciations figurant dans les questionnaires de sortie ;
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- la copie exhaustive des plaintes ou des réclamations dont la CRUQPEC est saisie ;
- les correspondances des patients adressées directement dans les services.

Tout incident de prise en charge estimé grave peut faire l'objet d'une réunion exceptionnelle de la CRUQPEC pour analyse des circonstances et détermination de la conduite à tenir.

• **Fonctionnement**

La commission se réunit au moins 4 fois par an sur convocation du président, ou à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour est communiqué au moins huit jours avant la réunion sauf cas d'urgence.

La commission ne délibère que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative assiste à la séance. Dans le cas contraire, la commission peut délibérer lors d'une nouvelle réunion organisée dans un délai de huit jours, quel que soit le nombre de présents.

Tout membre de la commission doit respecter le secret professionnel. L'accès au dossier médical du patient est strictement réservé au médecin médiateur ou à son suppléant, sous réserve d'une autorisation écrite du patient.

• **Modalités pratiques de saisine de la CRUQPEC**

Dans le respect du Code de la santé publique, la procédure d'examen des plaintes et des réclamations, ainsi que la saisine des médiateurs et de la CRUQPEC, sont déterminées selon les modalités suivantes :

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CRUQPEC	Mise à jour : 2012	4 / 4
---	---	-------------------	--------------------	-------

La Direction reçoit les différentes réclamations pour lesquelles elle diligente systématiquement une enquête administrative auprès du service médical concerné, et adresse les éléments de réponse au plaignant. Il en informe la CRUQPEC et la saisit autant que de besoin.

Les médiateurs sont saisis directement par le représentant légal de l'établissement : soit de sa propre initiative, dans cette hypothèse il en informe le plaignant dans les meilleurs délais ; soit à la demande du plaignant.

Les médiateurs sont saisis sans convocation, à l'exception des documents disponibles concernant la plainte qui leur est soumise (copie de la plainte, courrier, etc...).

Les plaintes ou réclamations mettant exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service relèvent de la compétence du médiateur médecin, tandis que les autres plaintes ou réclamations relèvent du médiateur non-médecin. Les deux médiateurs peuvent être simultanément saisis si la plainte ou la réclamation regroupe les deux champs.

Le médiateur saisi rencontre l'auteur de la plainte ou de la réclamation dans les quinze jours de sa saisine (sauf refus ou impossibilité du plaignant). Si l'auteur de la plainte ou réclamation est un patient hospitalisé, cette rencontre doit, si possible, avoir lieu avant sa sortie. Les proches du patient peuvent être rencontrés.

Le médiateur adresse le compte-rendu de cette rencontre au président de la CRUQPEC dans les huit jours suivant la rencontre. Ce dernier le transmet sans délai aux membres de la CRUQPEC et au plaignant.

Sur la base des informations transmises, la CRUQPEC formule des recommandations, éventuellement après avoir rencontré l'auteur de la réclamation.

Ces recommandations tentent d'apporter une solution au litige ou elles indiquent au plaignant les voies de conciliation ou de recours dont il dispose. La CRUQPEC peut aussi rendre un avis motivé en vue du classement du dossier.

Dans un délai de huit jours suivant la séance, le directeur répond à l'auteur de la réclamation en joignant à son courrier l'avis de la CRUQPEC. Ce courrier est transmis aux membres de la CRUQPEC.

- **Groupe de réflexion Ethique**

La CRUQPEC peut être amenée à se réunir autour de réflexions éthiques pour anticiper les conditions de prise en soins dans le cadre de situations complexes et/ou délicates.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	Le CVS	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	---	---------------	--------------------	-------

5. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Il existe conformément au décret du 25 mars 2004 portant application de la loi du 2/1/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale un Conseil de la Vie Sociale, instance d'expression des résidents et de leurs familles.

• Composition

Assistent avec voix délibérative :

- 5 représentants des personnes accueillies, éventuellement assistées par la personne de leur choix et élus par et parmi les personnes accueillies,
- 1 représentant des personnels de l'établissement, désigné par l'organisation syndicale reconnue la plus représentative aux dernières commissions paritaires,
- 1 représentant de l'établissement désigné par le conseil de Surveillance du CH Pacy parmi les administrateurs non-salariés de l'établissement.

Le président est élu au scrutin secret à la majorité des votants par et parmi les représentants des personnes accueillies. En cas de partage des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Les suppléants sont désignés dans les mêmes formes que les titulaires.

Assiste avec voix consultative :

Le directeur de l'établissement ou son représentant, les cadres de santé, la personne référente de l'animation.

Autres participants :

Un secrétaire de séance désigné par et parmi les personnes accueillies assisté en tant que de besoins par l'administration de l'établissement.

Toute personne invitée par le Conseil de la vie Sociale en fonction de l'ordre du jour.

Les règles de modification de la composition du CVS et les modalités de désignation des représentants sont fixées par le règlement intérieur du CVS.

• Attribution

Le conseil de la vie sociale est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet de l'établissement ou du service.

Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien

<p align="center">Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p align="center">Section 2 Instances consultatives générales</p>	<p align="center">Le CVS</p>	<p align="center">Mise à jour : 2012</p>	<p align="center">2 / 2</p>
--	--	-------------------------------------	--	-----------------------------

des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

• **Fonctionnement**

Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 3 fois par an à la demande du directeur de l'établissement ou des deux tiers de ses membres.

L'ordre du jour des séances doit être notifié **au plus tard huit jours** avant la tenue du Conseil et être accompagné des documents nécessaires.

Le Conseil délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour à la majorité des membres présents.

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des personnes accueillies et des titulaires de l'autorité parentale ou des représentants légaux est supérieur à la moitié du total des membres. A défaut, l'examen de la question est inscrit à une séance ultérieure et la délibération est adoptée à la majorité des membres présents.

Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance et signé par le Président. Avant la tenue de la séance suivante, le relevé de conclusion est présenté aux membres du Conseil de la Vie Sociale pour adoption en vue de la transmission au directeur de l'établissement.

• **Autres formes de participation**

L'instauration du conseil de la vie sociale ne fait pas obstacle à l'expression d'autres formes de participation comme :

- les groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci,
- l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil,
- la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction (enquêtes obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation).

Lorsqu'elles sont constituées, les autres formes de participation sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet de l'établissement ou du service. L'ordre du jour de ces séances doit être notifié le cas échéant au plus tard sept jours avant leur tenue et être accompagné des documents nécessaires.

Elles doivent être tenues informées lors des séances ou enquêtes ultérieures des suites réservées aux avis et propositions qu'elles ont émis.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 2 Instances consultatives générales	La CCG	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	---	---------------	--------------------	-------

6. La Commission de Coordination Gérontologique (CCG)

Elle est définie par un arrêté du 5 septembre 2011 et mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

• Composition

La commission comprend :

- le médecin coordonnateur, qui préside la commission ;
- le directeur de l'établissement ou son représentant ;
- les médecins salariés de l'établissement ;
- le pharmacien gestionnaire de la Pharmacie à Usage intérieur ;
- le cadre supérieur de santé chargé de la coordination de l'équipe soignante au sein de l'établissement ;
- les cadres de proximité ;
- les infirmiers diplômés d'Etat salariés de l'établissement ;
- le psychologue de l'établissement ;
- les personnels de rééducation salariés de l'établissement (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) lorsqu'ils existent ;
- les professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral ;
- un représentant du conseil de la vie sociale de l'établissement.

Toute personne que la commission souhaite entendre du fait de ses compétences propres peut assister en tant que de besoin à la séance de la commission. Dans ce cadre, participent avec voix consultative :

- un représentant des AS/AMP de l'établissement ;
- la personne référente de l'animation.

• Attribution

Le directeur doit consulter la CCG pour qu'elle lui donne un avis sur :

- le projet de soins de l'établissement et sa mise en œuvre ;
- la politique du médicament, dont la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents de l'établissement, ainsi que celle relative aux dispositifs médicaux, produits et prestations ;
- le contenu du dossier type de soins ;
- le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement élaboré par le médecin coordonnateur. Dans ce cadre, la commission peut formuler toute recommandation visant à améliorer la prise en charge et la coordination des soins qui est alors annexée au rapport ;
- le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;
- l'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et les structures ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins.

<p>Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p>Section 2 Instances consultatives générales</p>	<p>La CCG</p>	<p>Mise à jour : 2012</p>	<p>2 / 2</p>
---	---	----------------------	---------------------------	--------------

La CCG a également pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques, notamment auprès des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement.

L'ensemble des recommandations et avis émis par la CCG est transmis à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire de l'établissement.

• **Fonctionnement**

La CCG se réunit **au moins deux fois par an** généralement en marge d'un Conseil de la Vie Sociale pour favoriser la participation des membres.

Les professionnels de santé libéraux signataires du contrat mentionné à l'article R. 313-30-1 du CASF ont l'obligation de participer à au moins une réunion par an.

L'ordre du jour de la commission est établi conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	La COPS	Mise à jour : 2012	1 / 1
---	--	----------------	--------------------	-------

SECTION 3 – LES INSTANCES CONSULTATIVES SPECIALISEES

1. Les sous-commissions de la CME

1.1 - La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)

- **Composition**

La COPS est composée de l'ensemble des médecins participant à la permanence des soins médicaux sur l'établissement.

Le directeur, le cadre supérieur de santé participent aux réunions de la COPS avec voix consultative.

- **Attribution**

La COPS se réunit au moins une fois par an pour organiser le roulement des astreintes médicales du service de médecine et discuter des conditions de l'organisation de la permanence des soins médicaux sur l'ensemble des activités de l'établissement.

- **Fonctionnement (à développer)**

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Le CLIN	Mise à jour : 2012	1 / 3
---	--	----------------	--------------------	-------

1.2 – Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Cf. Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999

• Composition

La composition du CLIN a été arrêtée par le Conseil de Surveillance du 16 novembre 2012 et comprend **17 membres** :

- Le Président de la CME ou son représentant ;
- Le Directeur ;
- Le représentant du service de la santé au travail conventionné avec l'établissement ;
- Le Cadre supérieur de santé ;
- Le pharmacien ;
- Le représentant du laboratoire d'analyse assurant des prestations pour l'établissement ;
- Le médecin coordonnateur de l'EHPAD ;
- 1 médecin représentant les médecins libéraux intervenant dans l'établissement ;
- 2 infirmières hygiénistes désignées par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé ;
- Le responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) conventionné avec l'établissement ;
- 1 Infirmier désigné par la CSSI ;
- 1 représentant des soignants de nuit désigné par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé;
- L'Infirmière coordinatrice du SSIAD ;
- 1 préparatrice en pharmacie désignée par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé;
- 1 kinésithérapeute désigné par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé ;
- 1 représentant de la lingerie désigné par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé.

• Attributions

Le comité 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 :
 - o 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 ;
 - o la surveillance des infections nosocomiales et de leur signalement ;

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Le CLIN	Mise à jour : 2012	2 / 3
---	--	----------------	--------------------	-------

- 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.

Le CLIN calcule et transmet annuellement aux autorités compétentes, le score obtenu par l'établissement aux indicateurs institutionnels (score ICALIN).

Dans le cadre de ses missions, le comité est notamment chargé 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.

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

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.

Le comité participe à la définition des objectifs généraux de lutte contre les infections nosocomiales, à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement.

Le comité rend compte des travaux en cours (élaboration de nouveaux protocoles et procédures, suivis d'audit) et propose des axes de travail afin de répondre aux nouvelles réglementations ainsi qu'aux besoins de l'établissement.

Les infirmières hygiénistes participent aux réunions régionales du Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) et favorisent la coordination de leurs actions avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH).

Les infirmières hygiénistes réalisent des audits (lavage des mains, tenues des personnels, ménage des chambres...), analyse leurs résultats et élaborent un plan d'action.

Elles informent les personnels de leur action par voie d'affichage, par mail et dans le journal de l'établissement.

• **Fonctionnement**

Les réunions du CLIN sont organisées autant de fois que nécessaire conjointement avec celles de la CME pour favoriser la participation des médecins libéraux. L'ordre du jour est transmis par le président du CLIN au moins 15 jours avant la réunion, à l'ensemble des membres.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Le CLIN	Mise à jour : 2012	3 / 3
---	--	----------------	--------------------	-------

Après chaque débat au sein du CLIN, le président formule les propositions de décisions et évalue la nécessité de délibérer. En cas de vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si un membre demande un vote à bulletin secret. Dans l'hypothèse d'un partage de voix lors d'une délibération, la proposition soumise au vote du CLIN est réputée acceptée.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Le COMEDIMS	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	--	--------------------	--------------------	-------

1.3 – Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)

(Loi N°93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicaments)

• **Composition**

Le COMEDIMS est composé :

- du président de CME ou de son représentant ;
- du pharmacien responsable de la politique de sécurisation du circuit du médicament ;
- d'un médecin représentant les médecins libéraux intervenant dans l'établissement ;
- du médecin coordonnateur de l'EHPAD ;
- d'un représentant CSIRMT désigné en son sein ;
- d'un représentant du CTE/CHSCT désigné en son sein ;
- d'une infirmière hygiéniste désignée par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé ;
- d'un préparateur en pharmacie désigné par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé ;
- d'un représentant du personnel soignant désigné par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé
- du référent qualité ou de son représentant ;

Le directeur ou son représentant assiste aux réunions du COMEDIMS avec voix consultative.

Toute personne qualifiée peut être invitée et entendue à la demande du COMEDIMS sur les questions inscrites à l'ordre du jour. La composition du COMEDIMS est validée par son président après appel à candidature.

Le président du comité est élu en CME parmi les membres médecins ou pharmaciens de la CME. Il est suppléé par un vice-président en cas d'empêchement de celui-ci.

Le rôle du président et du vice-président consiste à :

- définir la politique du comité (préparer le programme d'action et de le soumettre au comité) ;
- animer le comité ;
- recueillir les demandes des praticiens ;
- arrêter les dates de convocations du comité ;
- fixer l'ordre du jour des séances du comité ;
- informer les prescripteurs, les utilisateurs des évolutions relatives aux médicaments et aux DMS ;
- demander, au nom du COMEDIMS, toute étude et enquête qu'il jugera nécessaire.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Le COMEDIMS	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	--	--------------------	--------------------	-------

• Attributions

Le COMEDIMS est l'outil d'analyse et de négociation du financement des innovations dont les patients et les prescripteurs ont besoin. Il définit les priorités thérapeutiques afin de mettre en place une politique cohérente du médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS).

Il 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.

Le COMEDIMS participe à la mise en œuvre du bon usage des produits pharmaceutiques et à son évaluation : Le COMEDIMS constitue des groupes de travail chargé de la rédaction de fiches de bon usage mais aussi de la transmission d'information des utilisateurs sur les modalités d'utilisation des médicaments et des DMS.

Il est chargé d'analyser les risques d'incident autour de la prise médicamenteuse, en collaboration avec les structures impliquées dans la gestion des risques et la politique de sécurisation du médicament. Il prévoit un programme d'action pour l'année à venir de façon à améliorer la sécurisation du circuit du médicament.

Il n'a pas vocation à se substituer, ni à la direction de l'établissement, ni à la CME dans leurs pouvoirs respectifs.

• Fonctionnement

Le COMEDIMS se réunit autant de fois que nécessaire généralement au même moment que la CME pour favoriser la participation des médecins libéraux.

L'ordre du jour est préparé par le président et l'ordre du jour est adressé au minimum 7 jours avant la date du comité à chaque membre par voie messagerie électronique ou courrier.

Après chaque débat au sein du COMEDIMS, le président formule les propositions de décisions et évalue la nécessité de délibérer. En cas de vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si un membre demande un vote à bulletin secret. Dans l'hypothèse d'un partage de voix lors d'une délibération, la proposition soumise au vote du COMEDIMS est réputée acceptée.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Le CLUD	Mise à jour : 2012	1 / 1
---	--	----------------	--------------------	-------

1.4 – Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

• **Composition**

Le CLUD est composé de **11 membres** :

- du président de CME ou de son représentant ;
- du pharmacien ;
- d'un représentant des médecins libéraux de l'établissement ;
- du médecin coordonnateur de l'EHPAD ;
- de 2 infirmiers désignés par le président de la CSSIRMT ;
- d'une préparatrice en pharmacie désignée par le président de la CSSIRMT ;
- d'une aide-soignante désignée par le président de la CSSIRMT ;
- d'un kinésithérapeute désigné par la CSSIRMT ;
- du psychologue ;
- d'un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Le directeur ou son représentant assiste aux réunions du CLUD avec voix consultative.

Toute personne qualifiée peut être invitée et entendue à la demande du CLUD sur les questions inscrites à l'ordre du jour. La composition du CLUD est validée par son président après appel à candidature.

• **Attributions**

Le comité est chargé 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.

• **Fonctionnement**

Le CLUD se réunit autant de fois que nécessaire généralement au même moment que la CME pour favoriser la participation des médecins libéraux.

L'ordre du jour est préparé par le président et l'ordre du jour est adressé au minimum 7 jours avant la date du comité à chaque membre par voie messagerie électronique ou courrier.

Après chaque débat au sein du CLUD, le président formule les propositions de décisions et évalue la nécessité de délibérer. En cas de vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si un membre demande un vote à bulletin secret. Dans l'hypothèse d'un partage de voix lors d'une délibération, la proposition soumise au vote du CLUD est réputée acceptée.

<p>Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p>Section 3 Instances consultatives spécialisées</p>	<p>La Cellule Qualité et Gestion des Risques</p>	<p>Mise à jour : 2012</p>	<p>1 / 1</p>
--	--	--	---------------------------	--------------

2. La Cellule Qualité et Gestion des Risques (CQGR)

La Cellule Qualité Gestion des Risques assure le pilotage de l'ensemble des programmes annuels des sous commissions permanentes de la CME (hors COPS).

• Composition

La Cellule Qualité et Gestion des Risques est composée :

- du responsable de la qualité et de la gestion des risques désigné par le directeur ;
- du cadre supérieur de santé ;
- du médecin coordonnateur de l'EHPAD ;
- de 2 cadres de santé désignés par le cadre supérieur de santé ;
- de l'infirmière coordinatrice du SSIAD ;
- de 2 IDE désignés par le cadre supérieur de santé ;
- de la secrétaire qualité

• Attribution

La Cellule Qualité et Gestion des Risques assure les missions suivantes :

- Définir la politique qualité de l'établissement ;
- Organiser la mise en œuvre de cette politique ;
- Elaborer le plan d'action institutionnel (validé en Directoire après avis de la CME) ;
- Harmoniser et valider les procédures organisationnelles et les documents institutionnels ;
- Evaluer la mise en œuvre des procédures organisationnelles ;
- Favoriser l'implication du personnel dans la politique qualité de l'établissement ;
- Valider le plan de communication ;
- Piloter les auto-évaluations relevant des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et animer les évaluations internes relevant des recommandations de l'Agence Nationale d'Evaluation des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) ;
- Suivre les indicateurs de mesure de la politique qualité de l'établissement.

• Fonctionnement

Elle se réunit au moins 3 fois par an.

Les membres de la cellule qualité sont les pilotes des groupes de travail, formés sur la base du volontariat et pluri-professionnels.

La CQGR s'assure de la diffusion aux personnels des informations en matière de Qualité et Gestion des Risques par voie d'affichage, mail, parution dans le journal de l'établissement.

Elle réalise le bilan annuel de son activité et le soumet aux instances.

<p>Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p>Section 3 Instances consultatives spécialisées</p>	<p>Le CHSCT</p>	<p>Mise à jour : 2012</p>	<p>1 / 2</p>
---	--	------------------------	---------------------------	--------------

3. Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Il est défini par les articles Art L 236-1 à L 236-13 Art R 236-23 à R 236-39 du CSP.

• Composition

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est présidé par le directeur, ou son représentant, et est composé de **7 membres** :

- du Directeur (Président),
- du cadre supérieur de santé
- de 3 représentants du personnel et leurs suppléants désignés par et parmi les membres du CTE ;
- du représentant des personnels médicaux désigné par la CME ;
- 1 référent Hygiène désigné par le directeur sur proposition du cadre supérieur de santé ;

A titre consultatif, le CHSCT associe également :

- 1 représentant du service économique ;
- Le représentant du service de santé au travail conventionné avec l'établissement ;
- L'inspecteur du travail ou son représentant ;
- L'agent des services de prévention de la sécurité sociale.

Toute personne qualifiée ou concernée par l'ordre du jour peut être invitée à siéger à titre consultatif au CHSCT par le président. Les personnes ainsi invitées ne disposent d'aucun droit que celui d'intervenir sur un domaine entrant dans leur champ de compétence.

• 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 liés 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 autant de fois que nécessaire généralement en marge d'un CTE pour favoriser la participation des membres.

Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident ou à la demande motivée d'au moins deux membres représentants du personnel.

<p>Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p>Section 3 Instances consultatives spécialisées</p>	<p>Le CHSCT</p>	<p>Mise à jour : 2012</p>	<p>2 / 2</p>
---	--	------------------------	---------------------------	--------------

La direction assure la rédaction du procès-verbal de chaque réunion ; ce procès-verbal est 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 leur 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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Les CAPL	Mise à jour : 2012	1 / 4
---	--	-----------------	--------------------	-------

4. Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Elles sont définies par **le Décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 modifié par le Décret n° 2007-1244 du 21 août 2007.**

• 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 (non représentés au niveau local) ;
- **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 (non représentés au niveau local) ;

Corps de catégorie B :

- CAP n° 4 : personnels d'encadrement technique et ouvrier (non représentés au niveau local) ;
- **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 (non représentés au niveau local) ;

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 de surveillance, d'autre part des représentants élus par le personnel.

Les membres des commissions sont désignés pour une durée de **quatre ans**.

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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Les CAPL	Mise à jour : 2012	2 / 4
---	--	-----------------	--------------------	-------

• Attributions

Instituées par le conseil de surveillance 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 de surveillance ou son représentant. Le secrétariat des commissions administratives paritaires locales est assuré par l'établissement. Un représentant du personnel est désigné par la commission en son sein, lors de chaque séance, pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint.

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.

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 leurs 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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 3 Instances consultatives spécialisées	Les CAPL	Mise à jour : 2012	3 / 4
---	--	-----------------	--------------------	-------

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.

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

La représentation du personnel ne peut, en aucun cas, être inférieure à deux membres.

Sous réserve de ces dispositions, lorsqu'un représentant du personnel titulaire ne peut siéger, sans qu'il s'agisse d'un cas d'empêchement définitif, il est remplacé par un suppléant de la même liste. Lorsque ni le titulaire ni le suppléant ne peuvent siéger, il n'y a pas lieu de pourvoir à leur remplacement. La composition est alors réduite aux seuls membres habilités à siéger. La représentation de l'administration est réduite dans les mêmes proportions dans les seuls cas où l'empêchement résulte de l'application de dispositions statutaires.

S'il ne reste qu'un seul membre titulaire, ou si la commission ne comporte qu'un siège de titulaire, ce dernier siège avec un suppléant qui a alors voix délibérative par dérogation à l'article 55. La même règle est applicable s'il s'agit d'une commission administrative départementale.

En cas d'impossibilité de réunir une commission administrative paritaire locale régulièrement composée, il est fait appel à la commission administrative paritaire départementale. En cas d'impossibilité de réunir la commission départementale, il est fait appel à la commission départementale d'un autre département désignée par les préfets concernés.

Le remplacement définitif des représentants du personnel en cours de mandat est assuré dans les conditions suivantes :

1° Lorsqu'un représentant titulaire du personnel se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions dans l'établissement, s'il s'agit de commissions locales, ou dans le département, s'il s'agit de commissions départementales, jusqu'à l'expiration de son mandat pour quelque cause que ce soit, un suppléant est nommé titulaire à sa place jusqu'au renouvellement de la commission.

Le suppléant est remplacé par l'un des candidats non élus de la même liste dans l'ordre de présentation de ladite liste ;

2° Lorsqu'un représentant titulaire du personnel est frappé d'une des causes d'inéligibilité prévues à l'article 18, il est remplacé selon les règles fixées au 1° ci-dessus ;

<p>Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p>Section 3 Instances consultatives spécialisées</p>	<p>Les CAPL</p>	<p>Mise à jour : 2012</p>	<p>4 / 4</p>
---	--	------------------------	---------------------------	--------------

3° Lorsqu'un représentant titulaire du personnel est détaché, il peut choisir de continuer à siéger dans son établissement d'origine. Dans le cas contraire, il est remplacé dans les conditions prévues au 1° ci-dessus ;

4° Lorsqu'un représentant suppléant se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions dans l'établissement, s'il s'agit de commissions locales, ou dans le département, s'il s'agit de commissions départementales, il est remplacé dans les conditions définies au deuxième alinéa du 1° ci-dessus.

<p align="center">Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p align="center">Section 4 Commissions spécifiques à l'établissement</p>	<p align="center">CDR / CDE</p>	<p align="center">Mise à jour : 2012</p>	<p align="center">1 / 2</p>
---	--	--	--	-----------------------------

SECTION 4 – LES COMMISSIONS SPECIFIQUES A L'ETABLISSEMENT

1. Le Comité de Direction

Le Directeur réunit régulièrement un comité de direction pour favoriser la coordination des différents cadres et référents dans le cadre de la gestion des affaires courantes de l'établissement. C'est une instance de dialogue et d'échanges privilégiés entre le directeur et l'encadrement de proximité.

• Composition

Le Comité de Direction Rapproché (CDR) est composé :

- du directeur ;
- du cadre supérieur de santé ;
- du médecin coordonnateur de l'EHPAD ;
- des cadres de proximité ;
- de l'infirmière coordonnatrice du SSIAD ;
- du référent des personnels de rééducation et médico-techniques désigné par le directeur ;
- du psychologue ;
- de la personne référente du service d'animation désignée par le directeur ;
- de la personne référente de la Qualité désigné par le directeur.

Le Comité de Direction Elargi (CDE) réunit les membres du CDR auxquels s'ajoute :

- l'adjoint des cadres ;
- le référent des services économiques désigné par le directeur ;
- le référent des services techniques désigné par le directeur ;
- le référent du service restauration désigné par le directeur ;
- le référent du service lingerie désigné par le directeur ;

• Attributions

Le Comité de Direction Rapproché (CDR) a vocation à traiter de toutes les questions relatives :

- au fonctionnement et à la coordination de la prise en charge administrative et soignante des patients et résidents ;
- de la coordination et du suivi des différents groupes de travail instaurés dans le cadre dans la politique qualité ;
- à la préparation des projets de développement ou modification des activités de l'établissement

Le Comité de Direction Elargi (CDE) a vocation à :

- informer les différents responsables des services de soins et logistiques et de l'avancée des projets en dehors des instances officielles ;

Chapitre 1 Organisation générale	Section 4 Commissions spécifiques à l'établissement	CDR / CDE	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	---	------------------	--------------------	-------

- associer les différents responsables des services de soins sur des thématiques transversales.

• **Fonctionnement**

Les comités de direction rapprochés (CDR) seront organisés les lundis en début d'AM (13h30 à 15h) environ toutes les deux semaines.

Les comités de direction élargis (CDE) seront organisés les jeudis en début d'AM (14h à 15h30) environ tous les deux mois.

L'ordre du jour est préparé par le directeur à partir des thématiques proposées par l'encadrement de proximité remontées par voie de messagerie électronique au plus tard 3 jours avant la réunion du comité, sauf urgence.

Les sujets sont présentés en séance par les cadres ou référents qui les auront proposés à l'ordre du jour de la réunion, ou par un représentant si nécessaire.

Le relevé de conclusion des CDR ou CDE est rédigé par la personne référente de la Qualité, ou en cas d'absence, par l'administrateur en astreinte administrative la semaine de la réunion du comité.

<p align="center">Chapitre 1 Organisation générale</p>	<p align="center">Section 4 Commissions spécifiques à l'établissement</p>	<p align="center">Commission des admissions</p>	<p align="center">Mise à jour : 2012</p>	<p align="center">1 / 2</p>
---	--	---	--	-----------------------------

2. La commission des admissions

La commission des admissions est une instance pluridisciplinaire qui a pour mission de justifier la priorisation des demandes d'admission en EHPAD, qu'elles relèvent de l'hébergement permanent ou temporaire.

La commission est également compétente pour expertiser, si nécessaire, la priorisation des demandes d'admission des patients relevant du SSIAD, des accueils de jour occupationnels et Alzheimer ainsi que des résidents du foyer logement.

Les patients relevant du service de médecine étant censés rester que peu de temps sur l'établissement, la procédure d'admission de ces patients est confiée par délégation du directeur et sous la supervision du cadre supérieur de santé au médecin coordinateur et au cadre de santé référent du service de médecine. La commission des admissions pourra néanmoins être saisie du dossier d'un patient du service de médecine en préparation de sa future admission dans un des services médico-sociaux de l'établissement.

• Composition

La commission des admissions est composée :

- du médecin coordonnateur de l'EHPAD (Président par délégation du directeur);
- du cadre supérieur de santé ;
- des cadres de proximité ;
- de l'infirmière coordonnatrice du SSIAD ;
- du référent des personnels de rééducation et médico-techniques désigné par le directeur ;
- du psychologue ;

La commission pourra si nécessaire associer le service animation dans le cadre de l'expertise des dossiers d'admission des patients de l'accueil de jour occupationnel ainsi que les agents de l'accueil pour tenir compte de la situation administrative et familiale des candidats à l'admission.

• Attributions

La commission des admissions a vocation à :

- examiner l'ensemble des dossiers d'admission réputés complets transmis par le service de l'accueil le mois précédent la réunion de la commission ;
- diligenter les évaluations complémentaires nécessaires auprès des professionnels et partenaires compétents aux fins de préciser le profil pathologique et l'environnement médico-social des candidats à l'admission dans l'un des services médico-sociaux de l'établissement ;
- définir les critères de priorisation des demandes d'admission en fonction des missions de l'établissement (capacité à répondre aux besoins du candidat à l'admission) et de ses contraintes architecturales et techniques ;

Chapitre 1 Organisation générale	Section 4 Commissions spécifiques à l'établissement	Commissions des admissions	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	---	---------------------------------------	--------------------	-------

Au-delà de l'âge, de l'incompatibilité du profil pathologique présenté par les candidats avec les capacités de prise en soins de l'établissement (troubles du comportements sévères, addictions, coût excessif d'un traitement particulier...), les critères tiennent compte de la nécessité de prioriser la filière d'aval des services de court et moyen séjours de référence sur le département, les demandes d'admissions de patients ne pouvant plus rester durablement sur le lieu de vie, les demandes de patients originaires du département ou dont les proches résident sur le département pour favoriser le rapprochement familial.

- Prioriser les demandes d'admission au regard des critères susvisés et des possibilités d'accueil dans le service concerné.

• **Fonctionnement**

La commission des admissions se réunit une fois par mois, sauf urgence justifiée.

La date de la commission est transmise par mail par le médecin coordonnateur aux différents membres au moins 7 jours avant la réunion.

15 dossiers reçus dans le courant dans deux mois précédents la date de la commission sont étudiés au maximum par l'équipe pluridisciplinaire.

Equipe mobile

Pour évaluer les besoins du candidat à l'admission dans l'un des services médico-sociaux de l'établissement et vérifier la compatibilité de son profil avec notre capacité de prise en soins, une équipe mobile constituée d'un cadre de santé et d'un professionnel disponible de l'équipe médicale et soignante en fonction des besoins (médecin coordonnateur, kinésithérapeute, psychologue) rencontre le candidat soit sur rendez-vous, soit à son domicile ou dans la structure d'accueil dans laquelle il est hospitalisé ou hébergé.

Un bilan médico-social et des capacités fonctionnelles du candidat est réalisé pour anticiper la fourniture éventuelle de matériels.

Une réponse motivée (admission, inscription sur liste d'attente ou rejet) est adressée au candidat et/ou sa famille ou à l'établissement demandeur par le directeur ou la personne à qui il aura délégué cette mission. En cas de rejet, le demandeur est réorienté vers les structures plus adaptées à ses besoins.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 4 Commissions spécifiques à l'établissement	Staffs médico- soignants	Mise à jour : 2012	1 / 1
---	---	-------------------------------------	--------------------	-------

3. Les Staffs médico-soignants

• Composition

Les staffs médico-sociaux sont composés :

- du médecin coordonnateur de l'EHPAD ;
- du cadre supérieur de santé ;
- des cadres de proximité ;
- un représentant infirmier sur chaque bâtiment volontaire et présent dans l'établissement le jour du staff ;
- un représentant des aides-soignants de chaque bâtiment, volontaire et présent dans l'établissement le jour du staff ;
- d'un représentant des personnels de rééducation ;
- du psychologue ;

• Attributions

Les staffs médico-sociaux ont vocation à :

- aborder les questions pratiques relatives à la prise en charge globale des usagers (protocoles de soins, étude de cas clinique, retour d'expérience, groupe de parole...) ;
- diffuser les recommandations de bonnes pratiques gériatriques ;
- favoriser les échanges entre les professionnels pour prévenir ou anticiper les situations difficiles ou complexes.

• Fonctionnement

Les staffs médicaux-soignants sont réunis à la diligence du médecin coordonnateur de l'EHPAD une fois tous les 15 jours de 13h30 à 14h30 en fonction des disponibilités de l'encadrement soignant.

L'ordre du jour est défini par le médecin coordonnateur et transmis aux cadres 7 jours avant le staff.

Le médecin coordonnateur réalise le compte rendu et transmet dans le dossier du résident si nécessaire en ciblant les acteurs de soins concernés.

Il s'assure de la transmission des informations auprès de ses confrères, médecins et pharmacien.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 5 Correspondant de sécurité sanitaire	Correspondant pharmacovigilance / matériovigilance	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	--	---	-----------------------	-------

SECTION 5 : CORRESPONDANT DE SECURITE SANITAIRE

1. Le correspondant pharmacovigilance

Le Décret du 8 août 2004 fixe la désignation et les attributions du correspondant pharmacovigilance au sein des établissements de santé

• Désignation

Au sein de l'établissement, le correspondant local de pharmacovigilance est le pharmacien responsable du secteur médicament.

• Attributions

Le correspondant local de pharmacovigilance :

- concourt dans l'établissement à la pharmacovigilance telle qu'elle est définie par la réglementation ;
- recueille les fiches de signalement d'effets indésirables ;
- apporte une aide aux professionnels pour leur déclaration d'incidents ;
- transmet la fiche de déclaration au Centre Régional de Pharmacovigilance ;
- sensibilise les prescripteurs à la nécessité de déclarer les effets indésirables ;
- informe de l'obligation de déclaration de tout effet indésirable survenant avec les médicaments dérivés du sang ;
- 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.

2. Le correspondant matériovigilance

Le Décret du 15 janvier 1996 fixe la désignation et les attributions du correspondant matériovigilance au sein des établissements de santé

• Désignation

Au sein de l'établissement, le correspondant local de matériovigilance est désigné par le directeur après avis de la CME. Aucune qualification n'est requise précisément. Il peut être infirmier, médecin, pharmacien.

En dessous d'un seuil d'activité de 1500 entrées en hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation, les établissements de santé sont autorisés à se regrouper pour désigner un correspondant local de matériovigilance unique.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 5 Correspondant de sécurité sanitaire	Correspondant pharmacovigilance / matériovigilance	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	--	---	-----------------------	-------

• Attributions

Le correspondant local de matériovigilance est chargé :

- 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 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.

Dans le cadre de ses relations avec l'échelon central, le correspondant matériovigilance est chargé :

- de transmettre sans délai à l'autorité compétence toute déclaration d'incident ou de risque d'incident faite auprès d'eux, au titre de signalement obligatoire (incidents ou risques d'incidents mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers) ;
- de transmettre à l'autorité compétente, selon une périodicité trimestrielle, les déclarations d'incident ou de dysfonctionnement faites auprès d'eux, au titre de signalement facultatif (réaction nocive et non voulue, dysfonctionnement, altération des performances d'un dispositif médical) ;
- de conduire les enquêtes et travaux relatifs à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux demandés par le ministère chargé de la santé ;
- 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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 6 Organisation médicale	Dossier médical	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	--	------------------------	--------------------	-------

SECTION 6 : ORGANISATION MEDICALE

1. Le dossier médical

Un dossier médical est constitué pour chaque patient accueilli et pris en charge dans l'établissement. Ce dossier médical comporte une composante informatisée et un composant papier : ces deux composantes constituent le dossier unique du patient

Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Informations formalisées recueillies lors de l'accueil au service de médecine au moment et au cours de l'admission du séjour hospitalier :

- la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- les motifs d'hospitalisation ;
- la recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie ;
- les informations sur la démarche médicale (association du patient à sa prise en charge : information, consentement, personne de confiance) ;
- le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- les correspondances échangées entre professionnels de santé.

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

- le compte-rendu d'hospitalisation et le courrier de sortie ;
- la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- le dossier de soins informatisé.

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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 6 Organisation médicale	Dossier médical	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	--	------------------------	--------------------	-------

Les prescriptions médicales informatisées sont datées avec indication de l'heure et signées avec le nom du médecin.

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.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 6 Organisation médicale	PUI	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	--	------------	--------------------	-------

2. La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

• Missions

Le code de la santé publique (*Art. L. 5126-5*) décrit les « besoins pharmaceutiques » de l'établissement auxquels sa pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre et par conséquent les missions qui lui sont dévolues.

Les activités obligatoires (*Art. R. 5126-8*) sont la gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, dispositifs médicaux stériles et autres produits de santé « réservés aux pharmaciens », la réalisation des préparations magistrales et la division des produits officinaux.

En complément de ces missions (*Art. L. 5126-5*), le code de la santé publique en confie d'autres aux pharmacies hospitalières :

- Mener ou participer à toutes actions d'information sur les produits de santé et de promotion et d'évaluation de leur bon usage, contribuer à leur évaluation ;
- Concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- Mener ou 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 gérance de chaque pharmacie à usage intérieur (*Art. R. 5126-24 CSP*) est assurée par un pharmacien nommé par le représentant légal de l'établissement. Il est notamment responsable du respect de toutes les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'activité pharmaceutique.

La comptabilité matière de la pharmacie (*Art. R. 5126-33*) est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité hors de tous managements de fonds.

• Composition

Afin d'exercer ses missions, le pharmacien assurant la gérance de la pharmacie s'entoure d'une équipe composée de personnels médicaux, paramédicaux et administratifs sur lesquels il a autorité technique.

Personnels médicaux et médico-techniques :

- Pharmacien ;
- Personnels médico-techniques :
 - 2 Préparateurs en pharmacie : ils exercent leur activité dans tous les secteurs de la pharmacie ; ils sont autorisés à seconder le pharmacien dans la préparation et la délivrance des médicaments (*Art. L.4241-1 du CSP*) et assument leur tâche sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 6 Organisation médicale	PUI	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	--	------------	--------------------	-------

Personnels logistiques :

- Magasinier (OPQ) pour les activités logistiques

Personnels administratifs :

- Adjoint administratif

• **Organisation générale**

Horaires :

Du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures

Un effectif minimum en pharmacien et préparateurs est déterminé pour assurer le fonctionnement.

Respect des procédures :

Le personnel des différents secteurs applique les procédures qualité et respecte les fiches de poste qui le concerne en particulier sur les secteurs de production.

Préparations magistrales :

Les règles de circulation et d'habillage doivent être respectées.

L'accès aux locaux est interdit aux personnes non autorisées.

Chapitre 1 Organisation générale	Section 6 Organisation médicale	Archives médicales	Mise à jour : 2012	1 / 1
---	--	-------------------------------------	--------------------	-------

3. Les archives médicales

Les règles concernant les archives médicales :

- Conservation des dossiers de patients :

Le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel définit les règles de conservation des dossiers de patients à savoir :

- 20 ans à compter de la dernière venue du patient dans l'établissement à l'exception des éléments du dossier transfusionnel conservés 30 ans ;
- 10 ans à compter de la date du décès du patient.

- Elimination des dossiers :

La décision d'éliminer un dossier est prise par le Directeur de l'Etablissement après avis du Médecin Responsable de l'Information Médicale.

Cette élimination est subordonnée au visa de l'administration des Archives Départementales.

CHAPITRE 2

MESURES DE POLICE GENERALE

Chapitre 2 Police générale	Section 1 Circulation et stationnement	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	1 / 1
---	---	---------------------------	--------------------	-------

SECTION 1 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES VEHICULES

1. La circulation des véhicules

Dans l'enceinte du Centre Hospitalier, la circulation des véhicules est soumise au respect des règles du code de la route.

La vitesse maximum autorisée est de 5 km/h (ou au pas).

2. Le stationnement des véhicules

Dans l'enceinte 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 les voies d'accès.

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

La Direction se réserve le droit de faire appel aux forces de l'ordre afin de faire déplacer ou enlever tout véhicule, sans mise en demeure préalable, dont le stationnement entraverait la circulation en mettant en péril la sécurité des personnes et des biens (accessibilité des engins de secours en particulier) ou compromettrait d'une manière générale le bon fonctionnement du Service Public Hospitalier.

L'établissement ne saurait être tenu responsable des accidents de circulation, des vols ou dégradations commis dans l'enceinte de l'établissement.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits ou de nuisances (pollution).

Chapitre 2 Police générale	Section 2 Règles de vie collective	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	1 / 1
---	--	------------------------	--------------------	-------

SECTION 2 : REGLES DE VIE COLLECTIVE

1. L'hygiène à l'hôpital

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

2. Les animaux à l'hôpital

Les animaux domestiques tenus en laisse peuvent être introduits dans l'enceinte et dans les lieux de vie de l'établissement sur les temps de visite, excepté dans le service de Médecine.

3. L'interdiction de fumer

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. Elle s'applique notamment aux bureaux individuels et aux chambres des patients.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résident ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

Si la jurisprudence a reconnu le caractère privatif des chambres des résidents de l'EHPAD, les contraintes architecturales actuelles du bâtiment (chambres à 2 ou 3 lits) et les recommandations particulières en matière de sécurité incendie nous amènent à étendre l'interdiction de fumer dans les toutes les chambres de l'EHPAD, y compris les chambres individuelles.

Les usagers sont autorisés à fumer à l'extérieur aux endroits prévus à cet effet.

4. Les téléphones portables

Le personnel du Centre Hospitalier de Pac y sur Eure est tenu de ne pas utiliser son téléphone portable personnel pendant le temps de travail. Cet appareil doit rester dans les vestiaires.

5. Objets et produits interdits

L'introduction d'armes ou de produits stupéfiants (sauf dans le cadre de l'activité pharmaceutique) dans l'enceinte 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.

6. Le respect de la neutralité du service public

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.

<p align="center">Chapitre 2 Police générale</p>	<p align="center">Section 3 Exercice du droit de visite</p>	<p align="center">Dispositions générales</p>	<p align="center">Mise à jour : 2012</p>	<p align="center">1 / 2</p>
--	--	--	--	-----------------------------

SECTION 3 : L'EXERCICE DU DROIT DE VISITE DANS L'ETABLISSEMENT

1. Les conditions d'exercice du droit de visite

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui rendent visite à un patient ou un résident, aux heures de visite.

La direction doit donc être immédiatement avisée de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients, les résidents 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 cadre de service.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients et des résidents, sauf accord de ceux-ci et des cadres 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 y être préalablement autorisées par la direction.

Les patients et les résidents peuvent demander au cadre de santé ou aux infirmiers du service 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 référent ou du cadre du service.

La visite des jeunes enfants peut être déconseillée dans certaines circonstances après l'avis du cadre de service.

2. Les horaires de visite

Les visites aux patients hospitalisés sont autorisées tous les jours entre 13h et 19h.

La direction peut être conduite à aménager ces horaires suivant les nécessités du service ou en regard de la prise en charge du patient ou du résident.

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

3. Les obligations des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients et des résidents, ni gêner le fonctionnement du service.

Chapitre 2 Police générale	Section 3 Exercice du droit de visite	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	--	---------------------------	--------------------	-------

Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par la direction.

Les visiteurs sont invités par le personnel soignant à se retirer des chambres 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 ou un résident 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 ne doivent pas fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 1 Admissions	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	1 / 3
--	---------------------------------	---------------------------	--------------------	-------

SECTION 1 : ADMISSIONS

1. Mode d'admission

L'admission dans le service médecine est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par un médecin de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant attestant la nécessité du traitement hospitalier. Il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin coordonnateur du service de médecine donnant tous renseignements d'ordre médical utile à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

L'admission dans le service de l'EHPAD (hébergement permanent) est prononcée par le Directeur sur avis du médecin coordonnateur de l'EHPAD. Elle est décidée, sur présentation d'un dossier d'admission établi dans les formes réglementaires et comportant un volet administratif et un volet médical.

Les dossiers d'admission réputés complets sont ensuite traités par la commission des admissions qui est chargée de vérifier la compatibilité de la demande avec les contraintes de l'établissement et prioriser les dossiers en fonctions de différents critères. La commission peut diligenter toutes les expertises nécessaires pour les besoins de sa mission.

Les dossiers d'admission sont ensuite classés par ordre de priorité sur une liste d'attente ou rejetés en cas d'incompatibilité avec les missions ou les contraintes propres de l'établissement. En cas de rejet, un courrier est adressé pour informer le demandeur des raisons du rejet et pour orienter la demande vers un établissement partenaire plus adapté aux besoins du candidat.

Les admissions en hébergement temporaire, dans le service du SSIAD, dans les accueils de jour occupationnel et Alzheimer en foyer logement font l'objet d'une procédure spécifique jointe en annexe.

2. Transfert après premiers secours

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un patient ou résident 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, le Directeur prend toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le résident soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

Préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif et sauf en cas d'urgence le patient doit en être informé. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

3. Information de la famille

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des patients ou résidents hospitalisés en urgence dans un autre établissement soit prévenue par le cadre ou, à défaut, par une infirmière de l'unité.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 1 Admissions	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	2 / 3
--	---------------------------------	---------------------------	--------------------	-------

4. Accueil des patients, des résidents et des accompagnants

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

Les patients et les résidents sont informés du nom des médecins et des personnes appelées à leur donner des soins.

Biens et valeurs :

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

Dans la limite d'éventuelles mesures de protection juridique et de l'intervention de décisions de justice, le résident peut conserver des biens, effets et objets personnels et disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Les biens de valeur peuvent être déposés dans un coffre à la perception contre réception d'un reçu et après inventaire. Ils seront restitués après un nouvel inventaire lors de la sortie de l'établissement.

Pour les biens non déposés, l'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de dégradation.

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlement en vigueur.

L'établissement couvre la responsabilité civile et individuelle des résidents.

5. Régime d'hospitalisation

Au Centre Hospitalier, le régime commun est la principale modalité d'hospitalisation.

6. 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'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.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 1 Admissions	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	3 / 3
--	---------------------------------	---------------------------	--------------------	-------

7. 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 ses textes d'application.

- Sauvegarde de justice

La personne placée sous la sauvegarde de justice conserve l'exercice de ses droits. L'admission est prononcée sur sa seule demande.

- Curatelle

Le majeur placé sous curatelle doit être contrôlé ou conseillé dans les actes de la vie civile. Hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée sur demande conjointe du majeur et de son curateur.

- Tutelle

Le majeur sous tutelle est une personne représentée de manière continue par un tuteur dans tous les actes de la vie civile. Hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée à la demande du tuteur.

Le Centre Hospitalier de Pacy sur Eure 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.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 2 Conditions de séjour	Information médicale et consentement aux soins	Mise à jour : 2012	1 / 2
--	---	---	--------------------	-------

SECTION 2 : CONDITIONS DE SEJOUR

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 majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, par le tuteur. Celui-ci reçoit l'information prévue par le présent article. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée, soit à 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 informé 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 patient majeur ou le résident 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.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 2 Conditions de séjour	Information médicale et consentement aux soins	Mise à jour : 2012	2 / 2
--	---	---	--------------------	-------

Si le patient ou le résident 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 ou du séjour, à moins que le patient ou le résident n'en dispose autrement.

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 patient ou résident n'accepte pas le traitement ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, pourra être prononcée par le directeur après signature d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

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 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 sous tutelle risque d'entraîner des conséquences graves pour sa santé, le médecin délivre les soins indispensables.

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

4. L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical est réservé :

- Au patient lui-même ;
- A 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.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 2 Conditions de séjour	Accès au dossier médical et information	Mise à jour : 2012	1 / 1
--	---	---	--------------------	-------

L'accès au dossier médical s'effectue :

- Dans les conditions prévues par la réglementation, dans l'établissement en présence 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, dans la limite de ses possibilités matérielles 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.

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

5. Information de la famille et des proches des patients ou résidents

Dans le service de médecine, les médecins traitants ou le médecin coordinateur du service de médecine reçoivent les familles des patients hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

Dans l'EHPAD, les médecins traitants ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD reçoivent les familles des résidents soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des résidents et de leurs familles.

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 et dans le respect du secret médical.

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 patients 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 à l'exception des réquisitions judiciaires et des informations demandées par les autorités administratives (Agence Régionale de Santé, Conseils Généraux...) dans le cadre de leur domaine de compétence propre.

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.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 2 Conditions de séjour	Droit à l'image, repas, linge et déplacements	Mise à jour : 2012	1 / 1
--	---	---	--------------------	-------

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 incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, 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.

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

8. Repas

Le petit déjeuner est servi entre 7h30 et 8h30, le déjeuner à partir de 12h30, et le dîner à partir de 18h30. Ces horaires peuvent varier selon les nécessités propres du service de médecin ou de l'EHPAD.

Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients ou résidents, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas sont facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Conseil de Surveillance de l'établissement et disponible auprès des cadre ou du service de l'accueil.

9. Effets personnels

Les patients et résident sont tenus d'apporter leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...) et leurs effets personnels (pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...)

Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient ou le résident conserve ses vêtements et son linge personnels.

Seuls les effets personnels des résidents de l'EHPAD en hébergement permanent sont entretenus par l'établissement en raison des contraintes techniques liées au marquage des effets.

10. Déplacements dans l'établissement ou à l'extérieur

Les patients du service de médecine doivent éviter de se déplacer dans la journée en dehors du service sans information d'un membre du personnel soignant. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

Les résidents peuvent se déplacer librement dans l'établissement à l'exception des locaux réservés exclusivement à l'usage des personnels ou des chambres privatives des autres résidents s'ils n'ont pas été invités à y entrer par ces derniers.

Il est vivement conseillé aux résidents souhaitant se déplacer à l'extérieur de l'établissement d'avertir au préalable un membre de l'équipe soignante pour garantir sa sécurité et faciliter les recherches en cas de difficultés ou d'accident.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 2 Conditions de séjour	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	1 / 1
--	---	--------------------------	--------------------	-------

A partir du début du service de nuit (21h), les patients du service de médecine doivent s'abstenir de tout déplacement en dehors du service.

11. Désordres causés par les patients, les résidents ou les visiteurs

Le comportement et les propos des patients, résidents ou visiteurs ne doivent pas constituer une gêne pour les usagers de l'établissement ou pour le fonctionnement des services.

Lorsqu'un patient, résident ou visiteur, 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 usagers 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 des usagers dans les conditions prévues ci-dessus.

12. Gratifications

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les usagers, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt au risque de les exposer à des sanctions disciplinaires.

13. Courrier et téléphone

Le courrier arrivant des résidents de l'EHPAD est collecté par le service de l'accueil qui le remet au service animation pour distribution dans les unités.

Une boîte aux lettres et le service animation sont disponibles pour le courrier départ.

Les patients et les résidents ont la possibilité d'utiliser le téléphone installé dans leur chambre. L'ouverture d'une ligne téléphonique s'effectue à la demande du patient ou du résident auprès des personnels de l'accueil.

Les appels téléphoniques passés à partir de cette ligne sont payants.

14. Télévision et radio

En aucun cas les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner la tranquillité des usagers ou le repos de ses voisins.

15. Exercice du culte

Les patients et résidents peuvent participer à l'exercice de leur culte.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux usagers qui en ont exprimé le désir auprès des cadres des unités.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 3 Sorties (médecine)	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	1 / 3
--	--	--------------------------	--------------------	-------

SECTION 3 : SORTIES (conditions applicables au service de médecine)

1. Permission de sortie

Les patients hospitalisés en médecine peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie délivrées par le médecin responsable.

Lorsqu'un malade hospitalisé qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, il peut être porté sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

2. Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé d'un patient hospitalisé ne requiert plus son maintien dans 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, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du patient.

3. Transport

Dans la plupart des cas, le patient hospitalisé regagne son domicile par ses propres moyens. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire par ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi peut être établie, lors de la sortie, par un médecin. Le patient a le libre choix de la compagnie d'ambulances parmi celles figurant sur la liste des entreprises de transport en ambulance agréées du département. La part non remboursée par l'assurance maladie des frais de transport jusqu'au domicile reste à la charge des patients ou de leur mutuelle.

4. Transfert

Le patient hospitalisé (et les personnes autorisées), le cas échéant, doit être informés en temps utile de son transfert dans un autre établissement ou service.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 3 Sorties (médecine)	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	2 / 3
--	--	--------------------------	--------------------	-------

5. Evaluation de la satisfaction du patient

Questionnaire de sortie

Tout patient hospitalisé reçoit, lors de son admission en médecine, un questionnaire annexé au livret d'accueil et destiné à recueillir ses appréciations et observations. Il peut déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres de l'accueil, le donner au personnel du service ou le faire parvenir au Directeur de l'établissement.

Enquête de satisfaction

Dans le cadre de la démarche qualité développée par le Centre Hospitalier, des enquêtes de satisfaction sont effectuées 1 fois par an.

6. Acquittement des frais d'hospitalisation

Définition des frais d'hospitalisation

Ils correspondent à l'ensemble des prestations assurées dans le service où le malade a été hospitalisé.

Ils comprennent :

- les frais de séjour ;
- le forfait journalier fixé par arrêté ministériel.

Le paiement

Le patient doit s'acquitter des frais de séjour restant à sa charge au moment de sa sortie ou après émission d'une facture, au bureau de l'accueil.

7. Sortie contre avis médical

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 médecin et contresigné par deux témoins.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 3 Sorties (médecine)	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	3 / 3
--	--	--------------------------	--------------------	-------

8. Sortie après refus de soins

Quand le malade n'accepte aucun des traitements, interventions ou soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le Directeur de l'établissement ou son représentant après signature, par l'hospitalisé, d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé par deux agents du service.

9. Sortie pour motif disciplinaire

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée dans le cadre d'une mesure disciplinaire prise le Directeur ou son représentant au regard du comportement du patient, après avis du médecin.

10. Sortie à l'insu du service

Si le médecin ou l'équipe soignante estiment que cette sortie compromet son état de santé ou met en danger son intégrité physique ou présente un risque pour autrui, des recherches doivent être effectuées dans l'établissement et auprès de la famille, relayées si nécessaire par la Police ou la Gendarmerie.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 4 Fin de vie	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	1 / 5
--	--------------------------------	--------------------------	--------------------	-------

SECTION 4 : FIN DE VIE

A l'approche du décès d'un patient ou d'un résident, il revient à l'équipe soignante de l'accompagner ainsi que sa famille ou ses proches.

En cas d'aggravation de l'état de santé d'un patient ou d'un résident, la famille ou les proches doivent être prévenus sans délai par le médecin, le cadre de santé ou à défaut l'infirmier et par tous les moyens appropriés.

Le patient ou le résident est transféré, si possible, dans une chambre individuelle du service avec toute la discrétion souhaitable. Sa famille ou ses proches sont admis à rester près de lui et à l'assister dans ses derniers moments sous réserve de respecter les règles de vie collective de l'établissement.

1. Constat du décès

Le décès est constaté par un docteur en médecine qui établit un certificat de décès. Ce dernier est transmis au bureau des entrées situé à l'accueil.

Les décès sont répertoriés sur un registre spécial, disponible au bureau des entrées. Copie en est transmise dans les 24 heures ouvrables au bureau d'état civil de la mairie.

Le corps d'une personne décédée est transféré dans les locaux de la chambre mortuaire dans les conditions d'hygiène réglementaires et dans les meilleurs délais, au plus tard 11 heures après le décès.

2. Indices de mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient ou d'un résident, le Directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, en avise sans délai l'autorité judiciaire compétente.

3. Inventaire après décès

Lorsque le décès est constaté, l'équipe soignante procède à l'inventaire de tous les objets, que possédait le défunt.

Les objets de valeur sont inventoriés distinctement des autres effets personnels du défunt.

Cet inventaire est dressé obligatoirement par deux agents, qui remplissent et signent le formulaire prévu à cet effet, et gèrent chaque bien selon sa nature, conformément à la procédure en place dans l'établissement.

4. Présentation du corps

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt jusqu'à la mise en bière par les pompes funèbres.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 4 Fin de vie	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	2 / 5
--	--------------------------------	--------------------------	--------------------	-------

Pour favoriser 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. La toilette mortuaire et l'habillage y sont effectués selon les convictions du défunt et les souhaits de la famille (choix de l'entreprise de Pompes Funèbres). 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 jusqu'à 72 heures. Au-delà, une tarification arrêtée par le Conseil de Surveillance pourra être appliquée.

En cas de saturation de la chambre mortuaire de l'établissement, les corps pourront être transférés vers les funérariums disponibles, après information de la famille. Dans ce cas, les frais de conservation seront pris en charge par l'établissement pour une durée maximale de 72 heures suivant la date du décès. Au-delà de ce délai, les frais de conservation du corps seront à la charge des familles.

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent le convoi mortuaire à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix.

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord du Parquet, ce dernier ayant autorité pour ordonner une nécropsie par un médecin légiste préalablement à cette restitution.

5. 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.

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.

6. Dévolution des biens des hospitalisés décédés

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.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 4 Fin de vie	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	3 / 5
--	--------------------------------	--------------------------	--------------------	-------

Les vêtements et objets divers sont remis à l'entourage du défunt contre signature d'une feuille d'inventaire.

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.

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. 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 ;
- 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 avvertir 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, l'avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière commune.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 4 Fin de vie	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	4 / 5
--	--------------------------------	--------------------------	--------------------	-------

La famille choisit librement la société qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière

Lorsque le corps n'a pas subi de soins de conservation, 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.

8. Transfert en chambre funéraire avant mise en bière

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de **quarante-huit 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.

9. 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 ;
- 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.

Chapitre 3 Dispositions relatives aux usagers	Section 4 Fin de vie	Dispositions diverses	Mise à jour : 2012	5 / 5
--	--------------------------------	--------------------------	--------------------	-------

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.

10. 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 agréées, que la famille choisit librement et mentionne sur un formulaire spécifique.

CHAPITRE 4

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 1 Principes fondamentaux	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	1 / 4
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

SECTION 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX

1. Principes Fondamentaux du Service Public Hospitalier

1.1 Principe de continuité du service public

L'obligation d'assurer la continuité du service public impose que le personnel prenne ses fonctions à l'heure prévue et ne quitte le service que lorsque la relève est assurée.

La continuité du service public hospitalier implique le recours aux astreintes qui, en vertu du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation dans les établissements de santé, ont pour objet de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leurs missions de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes.

Elles visent à permettre toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements y concourant, lorsqu'il apparaît que ces prises en charge, soins et interventions ne peuvent être effectués par les seuls personnels en situation de travail effectif dans l'établissement. Par conséquent, les personnels assurant leur service d'astreinte doivent pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement, pendant toute la durée de cette astreinte. (Le directeur établit, après avis du comité technique d'établissement, la liste des activités, des services, des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu.)

1.2 Principe de neutralité du service public

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

Conformément à ce principe, le fait pour un agent du centre hospitalier de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations dès lors que ce signe constitue un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'il perturbe le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

De même, tout personnel du centre hospitalier doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre en charge, avec la même conscience, tous les patients ou usagers du service public, quel que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 1 Principes fondamentaux	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	2 / 4
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

2. Principes Fondamentaux liés au service des malades

2.1 Sollicitude envers les malades

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer aux patients et résidents dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des usagers, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité de l'établissement.

2.2 Respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité du patient et du résident doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des brancardages et d'une manière générale à tout moment de son séjour.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et du résident et n'y pénétrer dans toute la mesure du possible qu'après y avoir été invité par l'intéressé.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec le patient et le résident sont à éviter sauf sur demande expresse des intéressés.

Le centre hospitalier prend les mesures qui assurent la tranquillité des usagers et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

2.3 Accueil de la famille, des proches, de la personne de confiance

Sauf opposition expresse consignée dans son dossier médical, la famille, les proches, la personne de confiance du patient ou du résident doivent être accueillis et informés avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

2.4 Respect de la liberté de conscience et d'opinion des malades et visiteurs

La liberté de conscience et d'opinion des patients et résidents doit être rigoureusement respectée.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les usagers qui doivent, notamment être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical du personnel susceptible d'apparaître dans le centre hospitalier.

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 1 Principes fondamentaux	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	3 / 4
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

3. Secret professionnel

3.1 Secret professionnel d'ordre général et collectif

L'article L. 1110-4 inséré au code de la santé publique par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 consacre le droit des malades au secret des informations les concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre, en vertu des dispositions du code de déontologie médicale, du code de la santé publique relatif aux masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et du décret du 29 juillet 2004 relatif aux compétences et règles de déontologie de l'infirmier, l'ensemble des informations concernant la personne malade venues à la connaissance des professionnels de santé dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels du centre hospitalier sont liés par obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

Les médecins chargés de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers comportant de telles données sont soumis à l'obligation du secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Il en est de même des personnels placés ou détachés auprès de ces médecins et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous leur autorité, ainsi que des personnels intervenants sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données.

3.2 Conditions du respect du secret médical

Le secret médical peut être partagé au sein de l'équipe de soins par l'ensemble des personnels concourant aux soins.

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements :

- Le certificat de décès ;
- La déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
- La déclaration des maladies vénériennes ;
- Le certificat d'accident du travail ;
- Le certificat de maladie professionnelle ;
- Le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
- La déclaration visant au déplacement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 1 Principes fondamentaux	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	4 / 4
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

- La déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;

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

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute la mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 2 Conduite professionnelle	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	1 / 5
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

SECTION 2 : PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

1. Présence au travail des personnels

1.1 Assiduité et ponctualité

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical, soignant, médico-techniques, administratif, et technique font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement du centre hospitalier.

Les horaires sont fixés sur la base de plannings prévisionnels de travail. Ils sont établis au regard de l'exigence de continuité du service public hospitalier.

1.2 Absences

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu, l'agent doit, sans délai, en avertir le ou la responsable de son service. En cas de maladie, le personnel doit en outre faire parvenir le justificatif d'arrêt dans un délai de 48 heures à la direction des ressources humaines.

Toute absence pour congés annuels, congés liés à la réduction du temps de travail ou autorisations diverses doit faire l'objet d'un accord délivré par le responsable hiérarchique.

1.3 Exécution des instructions reçues

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives.

1.4 Signalement des dysfonctionnements

Tout agent est tenu de signaler sans délai tous les dysfonctionnements dont il a connaissance par écrit dans le cadre de Fiche de Signalement d'Effets Indésirables (FSEI).

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 2 Conduite professionnelle	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	2 / 5
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

Tout agent doit prendre soin de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celles des personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail. Tout défaut de vigilance de l'agent engage sa responsabilité.

2. Comportement des personnels

2.1 Dispositions relatives à la violence au travail

En vertu des dispositions de la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002, il est de la responsabilité du directeur général de l'établissement d'engager les actions nécessaires à l'arrêt de toute pratique de violence, de mettre en œuvre une politique de prévention des formes de violence dans l'établissement et de garantir l'aide aux victimes.

La violence verbale et/ou physique peut être exercée :

- Par le patient ou ses proches à l'encontre du personnel de l'établissement ;
- Par les personnels de l'établissement à l'encontre des patients.

Elle peut également s'exercer entre les personnels de l'établissement dans le cadre des relations professionnelles et prendre la forme d'un harcèlement moral ou sexuel susceptible de porter atteinte aux droits et à la dignité, d'altérer la santé physique ou mentale ou de compromettre l'avenir professionnel de l'agent victime.

Tout comportement de violence, de harcèlement moral ou sexuel est formellement interdit et doit être signalé par la personne victime ou témoin de tels agissements à la direction.

2.2 Exigence d'une tenue correcte

Une tenue correcte dans l'habillement professionnel comme dans le langage sont exigés de l'ensemble du personnel au sein de l'hôpital.

La familiarité à l'égard des patients et usagers ainsi que des résidents des structures d'hébergement est formellement proscrite.

2.3 Tenue vestimentaire au travail

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du centre hospitalier doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement et respecter le principe de neutralité et de laïcité du service public.

La tenue vestimentaire réglementaire doit donc être portée pendant toute la durée du service.

Le port des vêtements de travail est interdit au restaurant du personnel et à l'extérieur de l'établissement lorsque le personnel n'est pas en service.

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 2 Conduite professionnelle	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	3 / 5
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

2.4 Entretien des vêtements de travail

Le centre hospitalier assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail aux agents ayant l'obligation de porter une tenue de travail pendant qu'ils sont en service.

Avant leur envoi à la blanchisserie, toutes les poches des vêtements doivent être vidées pour éviter les pertes et les accidents. En cas de perte ou de détérioration des vêtements de travail, les agents peuvent être tenus de rembourser le montant de leur valeur.

a. Identification du personnel

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte. Tout agent doit respecter ce principe d'identification établi dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier.

b. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment porter en présence des patients et des résidents les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer.

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

Il est ainsi interdit aux agents d'inviter des personnes extérieures au sein des services de l'établissement, sauf autorisation donnée par la direction.

c. Interdiction de fumer et de consommer des boissons alcoolisées

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, et selon les termes de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 modifiée et du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

Par ailleurs, selon les dispositions de l'article L. 232-2 du code du travail, le personnel ne doit ni introduire, ni consommer de boissons alcoolisées dans l'enceinte du centre hospitalier.

d. Obligation des personnels en cas d'infection nosocomiale

Tout personnel hospitalier médical ou non médical a l'impérieuse obligation de se soumettre à tout dépistage nécessaire pour permettre de trouver l'origine d'une infection nosocomiale.

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 2 Conduite professionnelle	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	4 / 5
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

Le refus d'un agent de se soumettre à cette exigence de dépistage entraîne son exclusion temporaire immédiate du service en application du principe de précaution.

Cette exclusion temporaire immédiate du service peut être suivie selon le cas de la mise en œuvre d'une procédure disciplinaire à l'encontre de l'agent en cause.

e. Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par le centre hospitalier.

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

f. Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients et résidents ou trouvés à l'hôpital

Aucun employé du centre hospitalier ne doit conserver des dépôts d'argent ou objets de valeur appartenant à des patients ou à des résidents.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet (bureau de l'accueil).

g. Interdiction des pourboires et des gratifications

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des patients, des résidents ou des visiteurs.

h. Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins (en utilisant par exemple le port de chaussures appropriées).

i. Utilisation des véhicules du centre hospitalier

L'utilisation des véhicules doit être faite dans le strict respect du code de la route aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du centre hospitalier. Toute anomalie de fonctionnement constatée sur un véhicule doit immédiatement être signalée au responsable du parc automobile.

Dans le cadre d'une suspension ou de perte du permis de conduire, il est de la responsabilité de chacun des agents de ne pas prendre de véhicule. Dans le cas contraire, sa responsabilité sera engagée.

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 2 Conduite professionnelle	Obligations des personnels	Mise à jour : 2012	5 / 5
---	---	-------------------------------	--------------------	-------

2.14 Responsabilité par rapport aux effets et aux biens personnels

Chaque membre du personnel ou usager est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol ou toute perte d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

3. Avantages matériels

3.1 Restaurant du personnel

Une salle de repas est à la disposition des personnels et des stagiaires du centre hospitalier au foyer logement. A titre exceptionnel, certains congressistes, retraités ou invités peuvent être admis.

L'accès au restaurant du personnel s'effectue au moyen de tickets-repas qui sont délivrés par le bureau de l'accueil. Le tarif du ticket-repas est fixé chaque année par le conseil de Surveillance.

Chapitre 4 Dispositions relatives aux personnels	Section 3 Expression des personnels	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	1 / 1
---	--	---------------------------	--------------------	-------

SECTION 3 : EXPRESSION DES PERSONNELS

1. Droit d'expression directe et collective

Les personnels du centre hospitalier bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail dans des conditions arrêtées par le directeur après avis du comité technique d'établissement.

Conformément aux dispositions de l'article R. 714-28-2 du code de la santé publique, le droit à l'expression directe et collective des personnels s'exerce dans le cadre de réunions organisées au moins deux fois par an, dans l'enceinte de l'établissement, en dehors des lieux ouverts au public et pendant le temps de travail des agents.

2. Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'hôpital.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposées d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

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

3. Droit de grève et service minimum

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent avec l'obligation d'assurer la continuité du service public, ainsi que la sécurité des malades et des installations.

Un service minimum peut être mis en place par la direction.

La participation à un mouvement de grève pendant les heures de travail entraîne une retenue de traitement proportionnelle à la durée de l'arrêt de travail.

CHAPITRE 5

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

Chapitre 5 Dispositions relatives à l'EHPAD			Mise à jour : 2013	1 / 1
--	--	--	--------------------	-------

Les dispositions particulières relatives au fonctionnement de l'EHPAD sont décrites en annexe dans le Règlement de Fonctionnement de l'EHPAD (Annexe 7).

CHAPITRE 6

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES SERVICES MEDICO-SOCIAUX

Chapitre 6 Dispositions relatives aux autres services médico-sociaux	Section 1 Les accueils de jour	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	--	---------------------------	--------------------	-------

SECTION 1 : LES ACCUEILS DE JOUR

1. L'accueil de jour occupationnel (AJO)

1.1 Mission

L'Accueil de Jour Occupationnel est composé d'une équipe pluridisciplinaire (aides-soignants/médico-psychologiques, chauffeur, animatrices...) qui propose des activités thérapeutiques adaptées aux personnes accueillies, un accompagnement personnalisé, des évaluations régulières et une collaboration avec les familles. Il a pour mission de rompre la monotonie du quotidien, maintenir le lien social, et proposer aux familles un soutien, tout en favorisant le maintien à domicile.

1.2 Conditions d'admission et modalités d'accueil

L'accueil de jour est réservé aux personnes âgées autonomes de + 60 ans vivant au domicile situé dans le bassin de vie de Pacy sur Eure. Il est ouvert de 9h à 17h du lundi au vendredi et est fermé les jours fériés ainsi qu'environ trois semaines dans l'année (2 semaines en été et 1 semaine en hiver). Il peut accueillir jusqu'à 10 personnes.

L'accueil de jour occupationnel est situé dans l'unité côté jardin du bâtiment A où sont proposées des activités thérapeutiques et des animations dédiées aux personnes accueillies. Ces dernières pourront néanmoins si elles le souhaitent, assister aux activités et animations proposées aux résidents de l'EHPAD sur l'ensemble de l'établissement à l'exception des activités extérieures qui leur seraient spécifiquement réservées.

Les demandes d'admission font l'objet d'une évaluation par une équipe pluridisciplinaire au sein de la commission des admissions pour vérifier la compatibilité du profil pathologique du candidat et son niveau d'autonomie avec les prestations proposées.

En cas d'admission, un document individuel de prise en charge et le règlement de fonctionnement de l'accueil de jour sont ensuite remis à la personne accueillie ou son représentant légal. Une partie réservée à la personnalisation du projet d'accueil détaille les activités proposées et la fréquence d'admission en accueil de jour. Cette dernière ne peut excéder 4 journées par semaine pour une personne accueillie.

L'admission définitive est prononcée après une période d'essai et une évaluation réalisée en équipe pluridisciplinaire.

1.3 Prestation transport

La prestation de transport est assurée par l'établissement au moyen d'un véhicule adapté à la mobilité des personnes accueillies. Le transport entre le domicile de la personne accueillie et l'accueil de jour est financé par l'assurance maladie.

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 1 Accueil de Jour Occupationnel	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	--	---------------------------	--------------------	-------

Le transport s'effectue à partir de 8h30 le matin. Le départ de l'accueil de jour est organisé à partir de 16h30 l'après-midi.

Dans l'hypothèse où le temps ou les conditions de transport seraient incompatibles avec l'organisation de la prestation de transport proposée (distance aller-retour supérieure à 40Kms), le transport pourra être partiellement ou totalement assuré par la personne accueillie ou son entourage. Dans ce cas, le forfait transport versé par l'assurance maladie à l'établissement pour cette prestation viendra en déduction (partielle ou totale) du tarif hébergement.

1.4 Modalités de financement et de paiement

L'Accueil de Jour Occupationnel est financé au moyen de deux forfaits :

Le forfait hébergement recouvre l'ensemble des prestations administratives générales, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale proposée au titre de l'accueil de jour. Ce forfait donne lieu à un tarif journalier hébergement arrêté chaque année par le Conseil général de l'Eure.

Le forfait soins financé directement par l'assurance maladie et qui recouvre l'ensemble des prestations liées aux soins et à l'organisation du transport.

Les frais d'accueil de jour sont à la charge de la personne accueillie. Le repas et le transport sont compris dans le prix de journée.

Un titre de recettes détaillant l'ensemble des tarifs, facturés par l'établissement gestionnaire (Centre Hospitalier de Pacy-sur-Eure), est émis mensuellement, ce titre est exécutoire de plein droit.

Les frais de séjour sont payables mensuellement par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public.

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 1 Accueil de Jour Alzheimer	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	--	---------------------------	--------------------	-------

2. L'accueil de jour Alzheimer (AJA)

2.1 Mission

L'Accueil de Jour Alzheimer est composé d'une équipe pluridisciplinaire (Infirmière, aides-soignants/médico-psychologiques, chauffeur) qui propose des activités thérapeutiques adaptées aux personnes accueillies (jardinage, cuisine, pâtisserie, atelier mémoire, massages de confort, activités spécifiques, écriture, travaux manuels...), un accompagnement personnalisé, des évaluations régulières et une collaboration avec les familles. Il a pour mission de maintenir le lien social, proposer aux familles et aux aidants un soutien pour éviter leur épuisement, tout en favorisant le maintien à domicile le plus longtemps possible.

2.2 Conditions d'admission et modalités d'accueil

L'accueil de jour est réservé aux personnes âgées autonomes de + 60 ans vivant au domicile situé dans le bassin de vie de Pacy sur Eure et pour lesquelles la maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée a été diagnostiquée en amont par un médecin gériatre hospitalier, par un neurologue ou un neuro-psychiatre. La personne candidate à l'admission devra avoir bénéficié par ailleurs, avant l'inscription, d'une consultation mémoire.

Les demandes d'admission font l'objet d'une évaluation par une équipe pluridisciplinaire au sein de la commission des admissions pour vérifier la compatibilité du profil pathologique du candidat et son niveau d'autonomie avec les prestations proposées.

Après acceptation du dossier d'admission, un document individuel de prise en charge et le règlement de fonctionnement de l'accueil de jour sont ensuite remis au représentant légal de la personne accueillie. Une partie réservée à la personnalisation du projet d'accueil détaille le plan de soins proposé et la fréquence d'admission en accueil de jour. Cette dernière est comprise entre 2 et 4 journées par semaine pour une personne accueillie.

L'admission définitive est prononcée après une période d'essai et une évaluation réalisée en équipe pluridisciplinaire.

L'accueil de jour Alzheimer est situé dans un pavillon au 7 rue Rue Madrie à Pacy sur Eure où sont proposées des activités thérapeutiques (ateliers de stimulations sensorielles et cognitives) et des animations dédiées aux personnes accueillies.

Autorisé pour 12 personnes, il peut accueillir dans la configuration actuelle des locaux jusqu'à 10 personnes.

Il est ouvert de 9h à 17h du lundi au vendredi et est fermé les jours fériés ainsi qu'environ trois semaines dans l'année (2 semaines en été et 1 semaine en hiver).

L'accueil est réalisé par le personnel soignant. Les patients sont toujours en présence de 2 soignants au cours de la journée. Un temps infirmier est dédié sur la structure.

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 1 Accueil de Jour Alzheimer	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	--	---------------------------	--------------------	-------

2.3 Prestation transport

La prestation de transport est assurée par l'établissement au moyen d'un véhicule adapté à la mobilité des personnes accueillies. Le transport entre le domicile de la personne accueillie et l'accueil de jour est financé par l'assurance maladie.

Le transport s'effectue à partir de 8h30 le matin et le départ de l'accueil de jour à 16h30 l'après-midi.

Dans l'hypothèse où le temps ou les conditions de transport seraient incompatibles avec l'organisation de la prestation de transport proposée (distance aller-retour supérieure à 40Kms), le transport pourra être partiellement ou totalement assuré par la personne accueillie ou son entourage. Dans ce cas, le forfait transport versé par l'assurance maladie à l'établissement pour cette prestation viendra en déduction (partielle ou totale) du tarif hébergement.

2.4 Modalités de financement et de paiement

L'Accueil de Jour Occupationnel est financé au moyen de trois forfaits :

Le forfait hébergement recouvre l'ensemble des prestations administratives générales, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale proposée au titre de l'accueil de jour. Ce forfait donne lieu à un tarif journalier hébergement arrêté chaque année par le Conseil général de l'Eure.

Le forfait dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liés aux soins que le patient est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des patients, qu'il s'agisse des interventions relationnelles d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prises en charge de cet état de dépendance.

Ce forfait donne lieu à 3 tarifs journaliers dépendance définis en fonction de la perte d'autonomie de la personne accueillie (GIR 1-2 ; GIR 3-4 ; GIR 5-6) arrêté chaque année par le Conseil général de l'Eure. Ces frais peuvent être partiellement pris en charge au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.), au domicile. La demande se fait par la famille auprès du Conseil Général de l'Eure.

Le forfait soins enfin est financé directement par l'assurance maladie et recouvre l'ensemble des prestations liées aux soins et à l'organisation du transport.

Les frais d'accueil de jour sont à la charge de la personne accueillie, le repas et le transport sont compris dans le prix de journée.

Un titre de recettes détaillant l'ensemble des tarifs, facturés par l'établissement gestionnaire (Centre Hospitalier de Pacy-sur-Eure), est émis mensuellement, ce titre est exécutoire de plein droit.

Les frais de séjour sont payables mensuellement par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public.

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 2 Le Foyer Logement	Dispositions générales	Mise à jour : 2013	1 / 4
---	---------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------

SECTION 2 : LE FOYER LOGEMENT

1. Missions

La Résidence du Faubourg est une résidence réservées aux personnes âgées valides. Elle constitue un lieu de vie dont les objectifs sont les suivants :

- accueillir les personnes âgées valides dans la ville afin de faciliter leur intégration directe dans la vie sociale et rompre la solitude ;
- promouvoir l'indépendance, la liberté et la solidarité des personnes âgées dans un lieu de vie, regroupant le domicile proprement dit de la personne âgée, intégré à un hôpital local qui assure la permanence médicale ;
- permettre aux résidents de demeurer dans leur logement tant que leur état de santé est compatible avec la vie au sein de la Résidence. Ce principe ne porte pas atteinte aux possibilités de départ volontaire sur l'initiative du résident, ni aux cas de résiliation mentionnés dans le titre d'occupation.

La personne dispose du libre choix entre les prestations qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur. Son consentement éclairé est à chaque fois recherché.

2. Conditions d'admission et modalités d'accueil

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans, sauf dérogation.

En priorité, les personnes accueillies sont originaires du Canton de Pacy sur Eure.

Toute personne qui envisage son admission au sein de la Résidence du Faubourg peut demander à en faire une visite préalable auprès du bureau de l'accueil du Centre Hospitalier de Pacy sur Eure.

La personne qui sollicite une admission, doit demander à son médecin traitant, l'élaboration de la grille AGGIR (évaluation personnalisée de l'autonomie). La commission d'admission pourra être sollicitée pour donner son avis sur l'admission de la personne âgée et une expertise pourra être demandée à l'équipe mobile pour vérifier la compatibilité du profil du candidat à l'admission avec les conditions de vie proposées en foyer logement.

Le Directeur ou la personne qu'il aura déléguée à cet effet prononce ensuite l'admission. La date d'admission est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Il est signé un contrat de séjour entre la personne âgée et l'établissement conformément à la convention conclue entre l'Etat, l'hôpital local de Pacy-sur-Eure et la SECOMILE.

Un exemplaire est remis au résident en même temps que le Règlement de Fonctionnement et le livret d'accueil du Foyer Logement.

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 2 Le Foyer Logement	Dispositions générales	Mise à jour : 2013	2 / 4
---	---------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------

L'occupant ne pourra exercer aucune activité artisanale, commerciale ou industrielle dans les lieux loués.

3. Organisation des locaux collectifs et privés

Le futur locataire choisit librement son logement parmi ceux disponibles (après une visite des lieux). Un état des lieux écrit est effectué dès l'affectation du logement et signé par les parties. Une copie de l'assurance responsabilité civile du résident doit être remise dès l'arrivée par le locataire.

L'occupant bénéficie de l'usage exclusif d'un appartement dont il assure la bonne tenue. Il y apporte son mobilier personnel qui doit être compatible avec les dimensions du local.

La jouissance de l'appartement est conférée à l'occupant à titre personnel. Toute cession ou sous location, comme tout hébergement de tiers, même gratuit, sont interdits.

Les appartements sont de type T1 ou T1bis et comprennent un coin cuisine équipée, un séjour, une chambre, une salle de bain équipée, un débarras.

Chaque locataire dispose d'un compteur individuel d'électricité. Les dépenses inhérentes aux consommations d'électricité sont à la charge du locataire. Les dépenses d'eau et de chauffage sont comprises dans le montant du loyer qui inclut les charges locatives, qui feront, le cas échéant, l'objet d'une régularisation en fin d'exercice.

Pour des raisons de sécurité incendie, tout matériel à gaz est interdit dans les logements. Par ailleurs, les machines à laver et sèche-linge personnels ne sont pas autorisés pour des raisons liées à la capacité électrique limitée du foyer logement.

L'appartement est équipé d'une prise téléphonique dont la ligne est reliée à l'autocommutateur du Centre Hospitalier. A l'arrivée, il appartient au résident, s'il souhaite utiliser le téléphone, de prendre contact avec le service de l'accueil afin qu'un numéro lui soit attribué. Les modalités de facturation par l'établissement des frais d'installation, de l'abonnement et les communications téléphoniques sont détaillées dans le Règlement de Fonctionnement du foyer logement.

Chaque appartement dispose d'un service d'appel malade mis à la disposition gratuitement des résidents. Les modalités de fonctionnement de l'appel malade sont détaillées dans le Règlement de Fonctionnement du foyer logement.

Chaque appartement est doté d'une prise télévision reliée à une antenne collective.

Le résident doit assurer les biens dont il est propriétaire.

L'entretien du logement sera assuré par le Résident ou une aide-ménagère dont il aura la charge. Seul l'entretien des parties communes sera assuré par le personnel d'une entreprise extérieure dont les charges sont comprises dans le loyer.

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 2 Le Foyer Logement	Dispositions générales	Mise à jour : 2013	3 / 4
---	---------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------

Les dépenses de petit entretien et les menues réparations sont à la charge du locataire, à l'exception des réparations occasionnées par la vétusté, les malfaçons ou le vice de construction.

Le locataire doit permettre au bailleur d'y faire toutes les réparations qui pourraient devenir nécessaires. Il doit également permettre au bailleur de visiter ou de faire visiter le lieu loué une fois par an pour en constater l'état.

L'occupant ne peut faire de changement dans l'appartement mis à sa disposition, notamment de distribution, de percements de mur, de modifications de canalisation, de circuits électriques et appareillage sans le consentement écrit du Centre Hospitalier de Pacy-sur-Eure.

Les plafonds et les portes ne peuvent être tapissés. Les revêtements de sol ne peuvent être recouverts, ni changés (sauf autorisation écrite du Centre Hospitalier). Dans tous les cas, les améliorations, changements ou installations autorisés par le CH de Pacy resteront en fin d'occupation et de plein droit acquis au gestionnaire sans que l'occupant puisse réclamer une indemnisation des frais engagés. Toutefois, le CH de Pacy pourra exiger la remise en l'état initial au frais de l'occupant sortant, ou de ses ayants droits.

La pose d'un verrou supplémentaire ou d'une chaîne sur la porte d'entrée de l'appartement est interdite pour des raisons de sécurité (intervention du service de téléalarme).

En application des articles 1732 et 1754 du Code Civil, l'occupant prend à sa charge les réparations locatives de son logement, ce qui inclut l'entretien courant et les petites réparations (graissage, remplacement de joints, mises en jeu des portes et fenêtres, entretien des systèmes de fermeture, des sols, éventuellement dalles à recoller, plaques électriques...).

A défaut, après une mise en demeure restée sans effet, l'établissement pourra engager les réparations nécessaires aux frais de l'occupant.

L'Etablissement se réserve la possibilité de conclure, avec des entreprises spécialisées, des contrats pour l'entretien de tout ou partie des installations ou appareillages équipant les lieux occupés. Dans ce cas, l'occupant ne pourra s'opposer aux interventions des entreprises retenues et s'engage à rembourser sa quote-part des frais de cet entretien répercutée sur l'avis d'échéance qui lui est délivré chaque mois.

L'occupant devra donner accès, dans les lieux loués, au bailleur ou à ses représentants aussi souvent qu'il sera nécessaire, et notamment pour laisser exécuter tous travaux d'améliorations ou tous travaux nécessaires au maintien en l'état ou à l'entretien normal de la Résidence.

La Résidence du Faubourg est accessible aux personnes à mobilité réduite.

L'entretien des espaces verts est assuré par une entreprise extérieure.

4. Prestations proposées

Les repas sont, selon le choix des résidents :

- préparés par leurs soins et pris au domicile ;
- préparés et livrés sur commande à leur domicile par le service de portage de repas de l'établissement ;

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 2 Le Foyer Logement	Dispositions générales	Mise à jour : 2013	4 / 4
---	---------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------

- commandés et partagés au restaurant de la Résidence, uniquement le midi, sauf les week-ends et jours fériés.

Tout repas commandé est dû, sauf annulation 24 heures avant.

L'invitation à déjeuner de parents ou d'amis doit être signalée au plus tard la veille au secrétariat. Le prix du repas est fixé en Conseil de Surveillance. Le règlement se fait auprès du bureau de l'accueil. Les menus sont établis de manière à être équilibrés et sont soumis à la commission des menus de l'établissement.

Les régimes alimentaires médicalement prescrits sont pris en compte.

Une buanderie est à la disposition des résidents de la Résidence du Faubourg. Les jetons sont en vente à l'accueil de la Résidence.

Le courrier est distribué quotidiennement par le facteur.

Une boîte aux lettres est prévue pour le courrier départ. La levée a lieu à 12h.

Chaque résident est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble.

Des activités et des animations collectives sont proposées aux résidents à la maison de retraite (EHPAD), y compris pendant les week-ends. Les résidents de la Résidence sont invités à y participer. Les prestations ponctuelles d'animation seront signalées au cas par cas ainsi que les conditions financières de participation, s'il y a lieu (voyages, sorties...).

Les conditions de la pratique religieuse ou philosophique, y compris la visite de représentants des différentes confessions, sont facilitées aux résidents qui en font la demande.

Les personnels et les résidents s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de la Résidence.

5. Modalités de financement et de paiement

Le locataire doit payer une redevance mensuelle à terme échu fixée chaque année par le Conseil de Surveillance selon le type de logement occupé.

La redevance doit être réglée au plus tard le 10 du mois suivant, par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public, à remettre au bureau de l'accueil ou à envoyer au Trésor Public de Pacy sur Eure.

A la demande du résident, un prélèvement automatique peut être effectué.

Le dépôt de garantie est égal à un mois de loyer. Il est versé lors de la remise des clefs. Il sera restitué au locataire ou à ses ayants droits à son départ dans un délai maximum de un mois, déduction faite :

- des sommes restants dues au bailleur au titre des loyers et des charges ;
- des éventuels frais de remise en état du logement au regard des dégradations ne relevant pas de l'usure normale constatées dans l'état des lieux dressé à la sortie du Résident.

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 3 Le portage de repas à domicile	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	1 / 2
---	---	---------------------------	--------------------	-------

SECTION 3 : LE SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

1. Missions

Le service de portage de repas à domicile est un service proposé à des personnes âgées ou non qui rencontrent des difficultés ponctuelles ou habituelles pour préparer leurs repas.

Il s'agit d'une prestation de soutien et de conseil apportée aux personnes aidées et pas seulement un service de restauration. Le portage de repas constitue également un service relationnel et de veille sanitaire.

Le chauffeur est chargé d'une mission de prévention et de veille sanitaire. Lors de la livraison des repas il s'assurera que la personne âgée ne rencontre pas de difficultés particulières. Il vérifiera également que les plats servis les jours précédents et conservés au réfrigérateur ne sont pas périmés.

Ils assurent un rôle important dans le dispositif d'aide au maintien à domicile des personnes âgées pour retarder ou préparer l'entrée en institution.

2. Organisation de la prestation

Lieux d'intervention ou communes d'intervention :

Les livraisons des repas se font sur 2 cantons distincts : le canton d'Ivry la Bataille comprenant 13 communes et le canton de Pacy sur Eure comprenant 23 communes.

Elaboration des menus :

Le chef cuisinier de l'établissement élabore les menus. Les préparations sont traditionnelles et réalisées au sein du CH de Pacy.

Les menus de la semaine à venir sont déposés en double exemplaire chez les bénéficiaires le lundi par le chauffeur et récupérés le mercredi.

Les repas sont préparés en cuisine et livrés en liaison froide, en barquettes sur des plateaux repas. Ils sont composés d'une entrée, d'un plat (légumes + protéines), d'un fromage, d'un dessert, d'une soupe et de pain.

Personnels et transport :

Le transport est réalisé à l'aide d'un camion frigorifique aménagé avec des tablettes servant à recevoir les plateaux.

La distribution est organisée par le chef cuisinier dans le cadre d'une tournée desservant plusieurs bénéficiaires.

3 chauffeurs se relaient pour assurer les tournées.

Chapitre 6 Dispositions diverses	Section 3 Le portage de repas à domicile	Dispositions générales	Mise à jour : 2012	2 / 2
---	---	---------------------------	--------------------	-------

Horaires de livraisons :

La livraison des plateaux est effectuée du lundi au dimanche (entre 9h et 12h pour les repas consommés le midi et entre 13h30 et 15h30 pour les repas consommé en horaire décalé) selon un itinéraire défini en fonction de la dispersion géographique des bénéficiaires de la prestation.

3. Modalités de financement et de paiement

Le prix du repas est établi forfaitairement et révisé une fois par an par le Conseil de Surveillance. Outre le prix des denrées et la rémunération des personnels, il comprend les charges de transport qui varient selon le canton de livraison.

Deux tarifs sont donc proposés :

- un tarif pour les communes du canton de Pacy sur Eure ;
- un tarif pour les communes du canton de Ivry la bataille.

La prestation est soumise à la TVA au taux réduit.

Les repas font l'objet d'une facturation mensuelle, via un titre de recettes qui doit être réglé au plus tard le 10 du mois suivant, par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public à envoyer au Trésor Public de Pacy sur Eure.

Une demande d'aide financière peut être sollicitée par le bénéficiaire du portage de repas auprès de la CARSAT. Des subventions peuvent également être consenties sous condition de ressources par certaines mairies.

CHAPITRE 7

DISPOSITIONS DIVERSES

Chapitre 7 Dispositions diverses		Dispositions générales	Mise à jour : 2012	1 / 1
---	--	---------------------------	--------------------	-------

SECTION 1 : APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur est arrêté par le directeur après avis du Conseil de Surveillance, de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Technique d'Etablissement et de la Commission du Service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique.

SECTION 2 : MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès de la Direction.

Par ailleurs, le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de chacun des personnels.

SECTION 3 : MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur fera l'objet de mises à jour, en tant que de besoin, au regard des évolutions de l'organisation des différents services et prestations de l'établissement ou si des textes réglementaires nouveaux, le modifiant au fond, étaient publiés.

Fait à Pacy-sur-Eure, le

Je soussigné(e),

M....., résident,

Et/Ou M....., représentant légal de M....., résident

Déclare avoir pris connaissance du présent document "Règlement de fonctionnement".

ANNEXES

1. La Charte de la personne hospitalisée
2. La Charte de la personne âgée dépendante
3. La Charte de la laïcité
4. Le Règlement de Fonctionnement du service de médecine
5. Le contrat de séjour dans l'EHPAD en hébergement permanent
6. Le Document Individuel de Prise en Charge dans l'EHPAD en hébergement temporaire
7. Le Règlement de Fonctionnement de l'EHPAD
8. Le Document Individuel de Prise en Charge en Accueil de Jour Occupationnel
9. Le Règlement de Fonctionnement de l'Accueil de Jour Occupationnel
10. Le Document Individuel de Prise en Charge en Accueil de Jour Alzheimer
11. Le Règlement de Fonctionnement de l'Accueil de Jour Alzheimer
12. Le Document Individuel de Prise en Charge en SSIAD
13. Le Règlement de Fonctionnement du SSIAD
14. Le Contrat de Séjour en foyer logement
15. Le Règlement de Fonctionnement du foyer logement
16. Le Règlement de Fonctionnement du service de portage de repas à domicile
17. Le Règlement intérieur de la CSSIRMT
18. Le Règlement intérieur du CLUD
19. Le Règlement intérieur du CLIN
20. Le Règlement intérieur du COMEDIMS
21. Le Règlement intérieur du CVS