Règlement intérieur

Mars 2017
SOMMAIRE

Introduction. Présentation générale de la structure................................................................. 7

1.1. Entité Juridique.......................................................................................................................... 7

1.2. Activités ..................................................................................................................................... 7

1.3. Structures .................................................................................................................................. 8

1.3.1. Site principal .......................................................................................................................... 8

1.3.2. Sites annexes ......................................................................................................................... 8

Partie 1. Dispositions générales : gouvernance et dispositions relatives à la qualité et à la gestion des risques ....................................................................................................................... 9

Gouvernance ...................................................................................................................................... 9

Section 1. Le directeur ....................................................................................................................... 9

1.1.1. Nomination ............................................................................................................................. 9

1.1.2. Attributions ............................................................................................................................ 9

1.1.3. Fonctionnement ..................................................................................................................... 10

1.1.4. Le Président du Conseil de Surveillance ............................................................................. 10

1.1.5. Le Président de la Commission médicale d’Etablissement .................................................. 11

Section 2. Instances et commissions .............................................................................................. 12

1.2.1. Les instances sont les suivantes : ......................................................................................... 12

1.2.2. Les commissions sont les suivantes : .................................................................................. 12

1.2.3. Les sous-commissions de la C.M.E sont les suivantes : .................................................. 12

Section 3. Les pôles d’activité de soins et médicotechniques ......................................................... 14

1.3.1. Les pôles cliniques et médicotechniques : ........................................................................ 14

1.3.2. Les chefs de pôle : ................................................................................................................ 15

1.3.3. Les Contrats de pôle : .......................................................................................................... 15

1.3.4. Les Projets de pôle : ............................................................................................................. 16

Qualité et gestion des risques .......................................................................................................... 17

Section 4 : Dispositions générales relatives à la qualité et à la gestion des risques .................... 17

1.4.1. Hygiène à l’hôpital (article R.1112-52 du CSP) .................................................................... 17

1.4.2. Interdiction de fumer ............................................................................................................ 17

1.4.3. Sécurité des personnes et des biens .................................................................................... 17

Sécurité générale ............................................................................................................................. 17

Sécurité incendie .............................................................................................................................. 18

Règles de circulation dans l’hôpital ................................................................................................. 18
Partie 2. Conditions d’accueil et de séjour des usagers (patients et accompagnants) ........................................ 22

Section 1. Droits et devoirs des usagers ............................................................................................................. 22

2.1.1. Droits du patient ....................................................................................................................................... 22

Libre choix du patient ......................................................................................................................................... 22

Egalité d’accès aux soins ................................................................................................................................. 23

Respect de la dignité du patient ....................................................................................................................... 23

Respect de la vie privée, confidentialité et demande de secret ........................................................................ 23

Prise en charge de la douleur .......................................................................................................................... 23

Consentement aux essais thérapeutiques et recherche clinique ........................................................................ 23

Expression de la volonté des malades en fin de vie ....................................................................................... 24

Liberté d’exercice du droit de culte .................................................................................................................. 24

Information sur les tarifs de soins ................................................................................................................... 24

La personne de confiance (article L1111-6 du CSP) ...................................................................................... 24

Les directives anticipées (article L.1111-11 du CSP) ...................................................................................... 25

2.1.2. Devoirs du patient hospitalisé, des usagers, des associations de bénévoles et du public ...... 26

Accès à l’établissement et modalités d’exercice du droit de visite ................................................................. 26

Horaires des visites ...................................................................................................................................... 26

Comportement des usagers ............................................................................................................................. 26

Intervention des associations de bénévoles ..................................................................................................... 29

Section 2. Soins et informations sur les soins .................................................................................................. 30

2.2.1. Le droit à l’information (R.1111-2 à R.1111-9 du CSP) ........................................................................ 30

Information donnée aux familles .................................................................................................................. 31

2.2.2. Consentement aux soins ....................................................................................................................... 31

2.2.3. Refus de soins ..................................................................................................................................... 32

2.2.4. Sortie contre avis médical et refus d’hospitalisation du malade ......................................................... 32

Vidéosurveillance ........................................................................................................................................... 18

Accès au centre hospitalier ............................................................................................................................... 19

Intervention des forces de l’ordre .................................................................................................................... 19

Vigilance et Sécurité sanitaire .......................................................................................................................... 20

Matières dangereuses .................................................................................................................................... 20

1.4.4. Plans d’urgence .................................................................................................................................... 20

Plan Blanc ....................................................................................................................................................... 20

Plan Bleu ......................................................................................................................................................... 21

Plan vigipirate .................................................................................................................................................. 21

Plan Bleu

Plan Blanc

Plan vigipirate

Matières dangereuses

Vigilance et Sécurité sanitaire

Intervention des forces de l’ordre

Vidéosurveillance
Section 3. Le parcours du patient : modalités d’admissions et de sortie

2.3.1. Admission du patient
- Le livret d’accueil
- Mode d’admission et formalités
- La pré-admission
- Prise en charge des frais d’hospitalisation

2.3.2. Admission du patient : cas particuliers
- Les mineurs
- Les majeurs sous tutelle
- Les étrangers
- Les militaires
- Les détenus
- L’admission en soins de suite et rééducation
- L’admission en Unité de Soins de Longue Durée

2.3.3. La permission

2.3.4. Sorties du patient
- Sortie et formalités
- Sortie par transfert
- Sortie à l’insu du service
- Sortie d’un mineur
- Sortie d’un militaire

2.3.5. Mesures à prendre en cas de décès d’un patient
- Constat du décès
- Annonce du décès
- Décès d’enfant à la naissance et acte d’enfant sans vie (article R1112-72 du CSP et article 79.1 du code civil)
- Indices de mort violente ou suspecte
- Décès par suicide pendant l’hospitalisation
- Toilette mortuaire et inventaire après décès
- Soins de Thanatopractie
- Mesures de police sanitaire
Autopsie ........................................................................................................................................ 42
Don d’organes ................................................................................................................................. 42
Don de corps à la science ................................................................................................................. 43

Section 4 : Conditions de séjour dans l’Etablissement ................................................................ 44
2.4.1. Télévision – téléphone ........................................................................................................ 44
2.4.2. Opérations postales ............................................................................................................. 44
2.4.3. La restauration .................................................................................................................... 44
2.4.4. Biens et effets personnels du patient-Fiche d’inventaire .................................................. 44
2.4.5. Accompagnants .................................................................................................................. 45
2.4.6. Transports sanitaires .......................................................................................................... 45
2.4.7. Service social ...................................................................................................................... 46
2.4.8. Participation des représentants des usagers au fonctionnement du système de santé ...... 46

Partie 3. Dispositions relatives au personnel ............................................................................. 47

Section 1. Droits .......................................................................................................................... 47
3.1.1. Liberté d’opinion et d’expression ..................................................................................... 47
3.1.2. Droit syndical .................................................................................................................... 47
3.1.3. Droit de grève .................................................................................................................... 47
3.1.4. Droits à congés .................................................................................................................. 48
3.1.5. Droit à la formation et obligation de Développement Professionnel continu ............... 48
3.1.6. Entretien annuel d’évaluation .......................................................................................... 49
3.1.7. Protection contre les risques psycho-sociaux ................................................................. 49
  Protection dans le cadre de harcèlement .................................................................................... 49
  Protection contre les risques psycho-sociaux ............................................................................ 49
3.1.8. Droit d’accès à son dossier individuel ............................................................................. 50
3.1.9. Droit à l’image .................................................................................................................. 50

Section 2. Devoirs et OBLIGATIONS ......................................................................................... 51
3.2.1. Assiduité et ponctualité du personnel .............................................................................. 51
3.2.2. Indépendance et non cumul des fonctions ..................................................................... 51
3.2.3. Exécution du travail et Responsabilité .......................................................................... 51
3.2.4. Implication du personnel aux Instances, commissions ou groupe de travail ............. 51
3.2.5. Secret professionnel ........................................................................................................ 52
3.2.6. Obligation de discrétion professionnelle ........................................................................ 52
3.2.7. Information du supérieur hiérarchique de tout incident .................................................. 53

Section 3 Relations avec les usagers ......................................................................................... 54
3.3.1. Obligation de déposer argent, valeur ou objets confiés par les malades ........................................ 54
3.3.2. Interdiction de bénéficier d’avantages en nature ou en espèces ......................................................... 54
3.3.3. Attitude envers les patients .................................................................................................................. 54
3.3.4. Accueil des familles et respect du libre choix des familles ................................................................. 54
3.3.5. Envoi rapide des avis d’aggravation ..................................................................................................... 54
3.3.6. Obligation d’informer le public .............................................................................................................. 55
3.3.7. Respect de la liberté de conscience et d’opinion ............................................................................... 55
3.3.8. Bon usage des biens de l’établissement ................................................................................................. 55
3.3.9. Respect des règles d’hygiène et de sécurité .......................................................................................... 55
3.3.10. Alcool, tabac et vapotage ................................................................................................................ 55
3.3.11. Utilisation du téléphone personnel pendant les heures de travail ................................................. 56

Section 4. Utilisation du matériel informatique ............................................................................................... 57

3.4.1. Les droits et les devoirs de l’utilisateur ................................................................................................. 57
3.4.2. Accès aux ressources ............................................................................................................................ 57
3.4.3. Confidentialité des données ............................................................................................................... 57
3.4.4. Dossier Patient informatisé ................................................................................................................. 57
3.4.5. Utilisation du matériel, propriété de l’établissement ............................................................................. 58
3.4.6. Utilisation des logiciels ....................................................................................................................... 58
3.4.7. Utilisation de la messagerie ............................................................................................................... 58
3.4.8. Utilisation d’internet ............................................................................................................................ 58
INTRODUCTION. PRESENTATION GENERALE DE LA STRUCTURE

Préambule :
Depuis le 1er juillet 2016, Le Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire du littoral nord qui dispose de son propre règlement intérieur et qui ne contrevient pas avec le présent règlement intérieur.
Chaque usager, patient ou visiteur, chaque membre du personnel, est strictement tenu de respecter les dispositions du règlement intérieur.

1.1. **Entité Juridique**
Le Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer est un Etablissement Public de Santé doté à ce titre de la personnalité morale et de l’autorité administrative et financière.
Son numéro FINESS juridique est le suivant : 62 010 13 60.
Son adresse est la suivante :
Route de Blendecques
BP 60357
62505 SAINT OMER CEDEX
Le représentant légal de l’Etablissement est le Directeur du Centre Hospitalier de la Région De Saint-Omer.

1.2. **Activités**
Le Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer est autorisé à exercer des activités de soins de Médecine, de Chirurgie, de Gynécologie-Obstétrique, d’Addictologie, de Soins de Suite et de Réadaptation et de Soins de Longue Durée pour Personnes Agées Dépendantes,
Le CHRSO est au service de la population pour laquelle il assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs. Parmi ses autres missions, il y a notamment :
- La prévention et l’éducation thérapeutique : l’hôpital est un lieu essentiel de détection des problèmes de santé et d’aide à la prise en charge.
- La qualité des soins : l’hôpital met en place un système permettant d’assurer la qualité des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.
- La formation continue des personnels médicaux et non médicaux,
- La sécurité : l’hôpital participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et les situations de crise.

Sont soumis à l’autorisation de l’agence régionale de santé les projets relatifs à la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, et l’installation des équipements matériels lourds.
(Article L6122-1)
1.3. **Structures**

1.3.1. **Site principal**

Le site principal, situé Route de Blendecques- 62505 SAINT OMER CEDEX dispose d’une structure pavillonnaire, définie comme suit :

- **Le Pavillon Flandres**, Pavillon principal qui réunit les activités de Médecine, Chirurgie Obstétrique, soins palliatifs, et le service des Urgences ainsi qu’un plateau technique : l’imagerie médicale, le laboratoire, la pharmacie et la stérilisation ;
- **Le Pavillon Arc en ciel** qui réunit l’Unité de Soins de Longue Durée et l’Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ;
- **Le Pavillon Opale** dans lequel les activités de Soins de Suite et Réadaptation sont réalisées, grâce à un plateau technique diversifié pour ces soins ;
- **Le Pavillon Artois** qui comprend l’unité d’addictologie et de tabacologie, ainsi que l’Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aides-Soignants, qui a son règlement intérieur (*Cf Règlement intérieur de l’IFSI-IFSAS*).
- Les Pavillons Annexes accueillent les services administratifs et logistiques.

1.3.2. **Sites annexes**

- **Le Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie CSAPA- ALMEGA**

  *Localisation :* 2 rue de l’Arsenal 62500 SAINT OMER.

  *Activités :* Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).


- **L’Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire : USMP**

  *Localisation :* Centre Pénitentiaire Plateau des Bruyères B.P 19 62965 LONGUENESSE Cedex

  *Activités :* soins dentaires, radiologie, éducation thérapeutique, suivi quotidien.
PARTIE 1. DISPOSITIONS GENERALES : GOUVERNANCE ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA QUALITE ET A LA GESTION DES RISQUES

GOUVERNANCE

Tout membre d’une instance s’engage à participer activement aux réflexions et réunions organisées. Pour le bon fonctionnement des différentes instances, il peut être procédé à l’exclusion de tout membre absent plus de trois fois consécutivement.

SECTION 1. LE DIRECTEUR ET LA GOUVERNANCE

1.1.1. Nomination

Le Directeur est nommé par arrêté du directeur général du Centre National de Gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le Directeur Général de l’Agence Régionale de Santé, après avis du Président du Conseil de Surveillance (article L6143-7 du CSP).

1.1.2. Attributions

Le Directeur, Président du Directoire, conduit la politique générale de l’établissement. Le Directeur nomme les chefs de pôle.

Il représente l’établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l’établissement.


Le directeur dispose d’un pouvoir de nomination dans l’établissement. Il exerce son autorité sur l’ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles.

Ces règles qui s’imposent aux professionnels de santé, définissent notamment les responsabilités qui sont les leurs dans l’administration des soins, et préserve l’indépendance professionnelle du praticien dans l’exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l’établissement. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Après concertation avec le directoire, le directeur (L6143-7):

1. Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l’article L 6114-1 ;
2. Décide, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d’Etablissement, 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 ;
3. Arrête le bilan social et définit les modalités d’une politique d’intéressement ;
4. Détermine le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d’Etablissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
5. 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 ;
6. Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
7. Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
8. 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 tel que défini à l'article L. 6321-1 ;
9. Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
10. 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 ;
11. Soumet au conseil de surveillance le projet d’établissement ;
12. 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 ;
13. Arrête le règlement intérieur de l’établissement ;
14. 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 ;
15. Présente à l’Agence Régionale de Santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l’article L. 6143-3 ;
17. Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale ordonnées à l’article L.6145-7.

1.1.3. Fonctionnement

Les services administratifs et techniques sont placés sous la responsabilité de chaque direction compétente et sous l’autorité hiérarchique de Monsieur le Directeur dans le respect de ses attributions (cf organigramme de la direction)

1.1.4. Le Président du Conseil de Surveillance

Le Président du Conseil de surveillance est élu pour une durée de 5 ans, parmi les membres du Conseil de Surveillance, dans la catégorie des personnalités qualifiées ou les représentants des collectivités territoriales.
1.1.5. **Le Président de la Commission médicale d’Etablissement**


Le Directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du Président de la Commission Médicale d’Etablissement. (article L6143-7-3)

Le Président de la CME est statutairement Vice-Président du Directoire et membre de droit du Conseil de Surveillance.
SECTION 2. INSTANCES ET COMMISSIONS

1.2.1. Les instances sont les suivantes :

- Le **Conseil de Surveillance** qui se prononce sur la stratégie de l’établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion (article L6143-1 du CSP).

- Le **Directoire** (article L6143-7 du CSP), présidé par le Directeur de l’établissement, instance de gouvernance de l’établissement assiste le Directeur dans les décisions qu’il prend et le conseille dans la gestion et la conduite de l’établissement.

- La **Commission Médicale d’Établissement** (CME) (article L 6144-1 du CSP) qui contribue à l’élaboration 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 .

- Le **Comité Technique d’Établissement** (CTE) (article L6144-3 du CSP) est une instance consultative visant à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l’établissement.

- Le **Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail** (CHSCT) a pour mission de contribuer à la protection de la santé des personnels de l’établissement, de contribuer à l’amélioration des conditions de travail, et de veiller à l’observation des prescriptions légales prises en ces matières. (articles R4615-1 à 21 du Code du travail).

1.2.2. Les commissions sont les suivantes :

- La **Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques** (articles R6146-10 et suivants du CSP) est consultée ou informée sur les questions liées à l’organisation des soins dans les conditions fixées par décret.

- La **Commission des Usagers** (articles L1112-3 modifiés par décret n°2016-726 du 1er juin 2016) qui a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l’amélioration de la qualité de l’accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

- La **Commission de l’Activité Libérale** qui veille au bon déroulement de l’activité libérale au sein de l’établissement et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant. (article R.6154-11 du CSP)

1.2.3. Les sous-commissions de la C.M.E sont les suivantes :
- **La sous-commission de CME « Qualité et Sécurité des soins »**, coordonne les différentes commissions que sont le COMEDIMS, le CLUD, le CLAN, La commission des Antibiotiques, des fluides médicaux et le comité Développement Durable.

- **La sous-commission de CME « coordination des vigilances »**, aborde les sujets qui relèvent de son domaine tel que la matériovigilance, l’identitovigilance, l’infectiovigilance, la réactovigilance, la pharmacovigilance, la radioprotection, l’hémovigilance et toutes autres vigilances susceptibles d’être mise en place dans le cadre des activités du CHRSO.

- **La Commission de l’Organisation et de la Permanence des Soins, (COPS) permet d’assurer la continuité des soins et de déterminer les règles d’organisation nécessaires à cette permanence de soins.**

- **La Commission des équipements** définit la politique globale d’équipement biomédical de l’établissement.
SECTION 3. LES POLES D’ACTIVITE DE SOINS ET MEDICOTECHNIQUES

1.3.1. Les pôles cliniques et médicotechniques :

L’établissement est organisé en six pôles (article L6146-1 du CSP), définis comme suit :

- **Pôle Chirurgie**
  Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
  Chirurgie Générale et Digestive
  ORL
  Urologie
  Ophtalmologie
  Chirurgie Ambulatoire
  Anesthésie
  Bloc Opératoire

- **Pôle Mère-Enfant**
  Gynécologie Obstétrique
  Néonatalogie
  Pédiatrie

- **Pôle Médecine**
  Cardiologie
  Hépato- Gastro-entérologie
  Pneumologie
  Médecine gériatrique
  Médecine interne
  Explorations fonctionnelles
  Hôpital de jour de médecine
  Oncologie
  Chimiothérapie

- **Pôle Dépendance et Maintien de l’Autonomie**
  Soins de Suite et de Réadaptation
  Long Séjour
  Soins palliatifs

- **Pôle Soins Critiques**
  Urgences – SMUR
  Réanimation polyvalente
  Surveillance continue
  Addictologie
  Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

- **Pôle Prestataires**
1.3.2. Les Chefs de pôle :

Les chefs de pôle cliniques et médicotechniques sont nommés par le directeur pour une période de quatre ans renouvelables sur présentation d’une liste de trois propositions établie par le Président de la CME. En cas de désaccord du directeur sur les noms portés sur cette liste, le directeur peut demander qu’une nouvelle liste lui soit présentée. En cas de nouveau désaccord, le directeur nomme le chef de pôle de son choix.

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

Les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d’activité clinique ou médicotechnique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du Président de CME. En cas de désaccord, le directeur peut demander au chef de pôle une nouvelle proposition. En cas de nouveau désaccord, le directeur nomme le responsable de son choix.

Les cadres de pôle sont nommés par le directeur.

1.3.3. Les contrats de pôle :

Sur la base de l’organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d’évaluer la réalisation de ces objectifs. Une annexe « Contrat Qualité » est également intégrée au contrat de pôle, elle engage le pôle dans la démarche qualité et sécurité des soins.

Le contrat de pôle peut définir le champ et les modalités d’une délégation de signature accordée par le Directeur au chef de pôle.

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :
- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques, et odontologiques ainsi que des personnels de pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- Proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;
- Affectation des personnels au sein du pôle ;
- Organisation de la continuité des soins notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d’intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Il est conclu pour une période de quatre ans.

Pour les pôles d’activité clinique et médicotechnique, le président de la CME contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l’établissement.

Le praticien chef d’un pôle d’activité clinique ou médicotechnique met en œuvre la politique de l’établissement afin d’atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d’encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l’affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l’activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle. Dans l’exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d’établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l’un de ces collaborateurs est une sage-femme.

1.3.4. Les Projets de pôle :

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l’organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs fixés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d’activité ainsi que les moyens et l’organisation qui en découlent.
QUALITE ET GESTION DES RISQUES

SECTION 4 : DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A LA QUALITE ET A LA GESTION DES RISQUES

La politique qualité et gestion des risques a pour objectifs :

- de garantir la sécurité des soins et de l’environnement et développer la gestion des risques
- de renforcer la culture Qualité et Gestion Des Risques
- de préparer, conduire et suivre les démarches d’évaluation interne et externe
- d’optimiser l’accueil, l’information et les relations avec les usagers
- de développer les synergies entre les différentes directions fonctionnelles du CHRSO et la direction Qualité et Gestion des Risques

1.4.1. Hygiène à l’hôpital (article R.1112-52 du CSP)

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

Dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, le Centre Hospitalier met tout en œuvre pour assurer aux malades des soins de qualité dans un environnement propre et sûr.

La gestion et l’élimination des déchets et des déchets d’activité de soins à risques infectieux, s’effectue conformément à la législation en vigueur.

1.4.2. Interdiction de fumer

Il est totalement interdit de fumer à l’intérieur des bâtiments du CHRSO, en application des textes suivants :

- Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d’application de l’interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (JO du 16 novembre 2006)
- Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d’application de l’interdiction de fumer dans les établissements de santé (JO du 19 janvier 2007)
- Circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux assurant l’accueil et l’hébergement (JO du 19 janvier 2007).

1.4.3. Sécurité des personnes et des biens

Sécurité générale

Le directeur de l’hôpital a la responsabilité d’établir des règles et dispositifs de sécurité générale visant à garantir la quiétude et la sécurité des patients et usagers de l’hôpital, la sécurité du personnel, la
protection des installations et équipements médicaux. Il édite des consignes, notamment par notes de service, conformément à la réglementation en vigueur et veille à leur stricte application au sein de l’hôpital.

Toute personne qui contreviendrait à ces règles de sécurité générale pourrait se voir interdire l’accès à l’établissement.

**Sécurité incendie**

L’établissement est assujetti aux règles de sécurité contre les risques d’incendie applicables à tous les Etablissements Recevant du Public (ERP), de catégorie 5. *(Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d’incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP)).*

L’ensemble du personnel du Centre Hospitalier de la Région de St Omer est sensibilisé et formé à une prise en charge sécurisée des patients et de leurs familles ou visiteurs. Des formations incendie sont dispensées à tout le personnel et l’établissement est réglementairement soumis à des visites de contrôle de la qualité de son système de sécurité incendie.

En cas d’alerte, les patients, leur famille et leurs visiteurs doivent se conformer aux consignes des équipes de soins et des agents de sécurité.

**Règles de circulation dans l’hôpital**

Les dispositions du code de la route s’appliquent sur les voies de circulation de l’établissement et, notamment le respect des règles de stationnement. La vitesse y est limitée à 30 km/h sur l’ensemble du site.

La Direction peut faire appel procéder, aux frais du propriétaire, à l’enlèvement de tout véhicule stationné de façon gênante, sur des aires réservées aux véhicules de secours, aux aires de stationnement pour personnes à mobilité réduite, ou sur des aires identifiées comme interdites au stationnement.

Le Centre Hospitalier n’est pas responsable des vols et dégradations commis sur les véhicules garés sur les espaces de stationnement.

**Vidéoprotection**

Afin de renforcer la sécurité physique des personnels et des patients, l’établissement a mis en place des systèmes de vidéoprotection. Chaque installation est signalée au public par le biais d’affichage et a fait l’objet d’une déclaration auprès des autorités compétentes ainsi qu’auprès des services de la CNIL. Le fonctionnement de ces installations se fait dans le respect du secret médical, de la dignité des patients et du droit à la vie privée des usagers et du personnel.
Accès au centre hospitalier

Les visiteurs et familles ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n’est pas respectée, l’expulsion du visiteur et l’interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur. Ils doivent se conformer au règlement intérieur propre au service concerné.

Les patients peuvent demander aux cadres infirmiers du service de refuser l’accès à leur chambre des personnes qu’ils désignent.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n’ont pas accès à l’établissement, ni aux chambres des patients, sauf accord des patients et autorisation préalable donnée par le directeur, ou son représentant.

Les bénévoles et membres d’associations et organismes qui interviennent auprès des patients doivent avoir été préalablement identifiés par le cadre de santé du service. Ces associations ont préalablement conclu une convention avec l’Etablissement.


Les notaires, et les huissiers de justice, qui ont la qualité d’officier public, n’ont pas à solliciter d’autorisation auprès de l’administration pour se rendre dans l’établissement et auprès des patients qui en ont fait la demande, et ceci quel que soit l’état de santé de ces derniers.

Intervention des forces de l’ordre

En cas d’enquête de police judiciaire, le Directeur doit être informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient au moyen d’une réquisition transmise par les forces de l’ordre (services de police ou services de gendarmerie).

Lors de leur intervention, les forces de l’ordre doivent respecter la tranquillité des autres patients et le bon fonctionnement du service public hospitalier.

En cas d’intervention des forces de police effectué sur commission rogatoire le Directeur pourra demander lecture de celle-ci à l’Officier de police judiciaire (OPJ), sans qu’il puisse s’opposer à son exécution.

Le patient majeur ou mineur peut être entendu en qualité de simple témoin, de victime ou de suspect.
En cas de violences à l’encontre d’un patient ou d’un visiteur, le Directeur doit faciliter le dépôt de plainte de la victime, notamment en autorisant la police à rencontrer la victime afin de recueillir ses propos dans les locaux de l’établissement.

**Vigilance et Sécurité sanitaire**

La direction de l’établissement doit veiller au respect de la réglementation en vigueur en matière de vigilance sanitaire et mettre en place les dispositifs, procédures et mesures de nature à réduire la fréquence de survenue des événements indésirables, d’en prévenir l’incidence et de minimiser leurs conséquences sur les patients, le personnel et les visiteurs.

**Matières dangereuses**

Sauf besoin de service, et sous réserve du strict respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, il est formellement interdit d’introduire au sein de l’Hôpital tout instrument ou produit pouvant présenter un danger réel ou potentiel pour la structure ou les personnes.

**1.4.4. Plans d’urgence**

**Plan Blanc**

Conformément à la loi du 9 août 2004 et à l’article R3110-4 du CSP, l’établissement dispose d’un plan blanc lui permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature pour faire face à une situation d’urgence sanitaire. En cas d’événement exceptionnel faisant craindre un afflux massif de victimes ou mettant en péril le fonctionnement de l’établissement, ce dernier active son Plan Blanc et se met en situation de faire face aux besoins. Le plan blanc est transmis au représentant de l’Etat dans le département, au directeur de l’Agence Régionale de la Santé et au S.A.M.U.

Ce plan blanc comprend :
- Les modalités de son déclenchement et sa durée ;
- Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- Les modalités adaptées et graduées de mobilisation de moyens humains et matériels de l’établissement ;
- Les modalités d’accueil et d’orientation des victimes, à ce titre une convention de partenariat avec la clinique chirurgicale de St Omer a été réactualisée et signée en 2009 ;
- Les modalités de communication interne et externe ;
- Un plan de circulation et de stationnement au sein de l’établissement ;
- Un plan de confinement de l’établissement ;
- Un plan d’évacuation de l’établissement ;
- Des mesures spécifiques pour les risques nucléaires, radiologiques, bactériologiques et chimiques.
- Des mesures spécifiques pour les risques terroristes.
Plan Bleu

Le plan Bleu ou plan Canicule, applicable aux résidents du pavillon Arc en Ciel (USLD/ EHPAD) est validé et actualisé chaque année par le CHRSO et les services départementaux ayant en charge les structures médico-sociales.

Le déclenchement de ce plan par l’Agence Régionale de Santé en fonction des conditions climatiques observées induit la mise en œuvre de procédures de prise en charge spécifique des personnes âgées (hydratation, pièce rafraîchie, modification des activités...).

Plan Vigipirate

En cas de mise en place du plan Vigipirate, l’établissement prend les mesures adaptées aux niveaux de mobilisation requis :
- VIGILANCE : Vigilance permanente face à une menace durablement élevée mais diffuse ;
- ALERTE ATTENTAT : Protection renforcée face à un niveau de menace élevé ;
- URGENCE ATTENTAT : Protection renforcée face à une menace d’attaque terroriste documentée et imminente, ou à la suite immédiate d’un attentat.
PARTIE 2. CONDITIONS D’ACCUEIL ET DE SEJOUR DES USAGERS  
(PATIENTS ET ACCOMPAGNANTS)

Le personnel de l’hôpital est formé à l’accueil des patients et de leurs accompagnants, qui sont les usagers de l’établissement. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, tous les renseignements pratiques sur leurs conditions de séjour et tous les renseignements utiles au respect de leurs droits.

SECTION 1. DROITS ET DEVOIRS DES USAGERS

2.1.1. Droits du patient

Le patient hospitalisé bénéficie de droits notamment ceux indiqués dans la Charte du Patient Hospitalisé, (annexe). Cette charte figure dans le livret d’accueil remis à chaque patient et est affichée dans tous les services de l’établissement.

L’application des principes posés par la Charte Marianne consiste à faciliter l’accès des usagers dans les services, à accueillir de manière attentive et courtoise, à répondre de manière compréhensive et dans un délai annoncé, à traiter systématiquement la réclamation, et à recueillir les propositions des usagers (annexe).

La circulaire DHOS du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé rappelle les principes de liberté religieuse, et d’égalité de traitement des patients. Toutefois, le libre choix exercé par le malade, ne doit pas perturber la dispensation des soins et compromettre les exigences sanitaires. Ces droits s’exercent dans le respect de la liberté des autres. Il convient de veiller à ce que l’expression des convictions religieuses ne porte pas atteinte la qualité des soins et aux règles d’hygiène (le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés), et ne nuisent pas à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches, ou au fonctionnement régulier du service.

La Charte de la Personne Âgée en situation de handicap ou de dépendance rappelle que toute personne âgée doit être respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix.

L’établissement intègre dans ses nouveaux projets les règles d’accessibilité aux personnes handicapées. 
(Circulaire du 3 janvier 2013 relative à l’accessibilité des personnes handicapées).

Libre choix du patient.

Le droit du patient au libre choix de praticien et de son établissement est respecté, et l’établissement s’efforce d’y répondre. Toutefois, des exceptions peuvent être faites à l’application de ce principe, et ce dans l’intérêt du patient, lorsque la prise en charge est réalisée en cas d’urgence vitale, ou lorsque les critères de l’autorisation à dispenser des soins nécessitent des conditions techniques de fonctionnement spécifiques.
**Egalité d’accès aux soins.**

La qualité de l’accueil et l’égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé doit être donnée à chaque patient. De même la continuité des soins doit être assurée quel que soit les circonstances et la meilleure sécurité sanitaire possible doivent être garanties.

**Respect de la dignité du patient**

Le patient a le droit au respect de sa dignité. (*Article L1110-2 du CSP*). Aussi, le personnel s’engage à prendre en charge et à respecter chaque patient avec considération, quel que soit son origine, son orientation sexuelle, son âge, son patronyme, son apparence physique, son handicap, sa pathologie, etc....

**Respect de la vie privée, confidentialité et demande de secret.**

Toute personne prise en charge par un établissement de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Excepté en cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l’ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance de tous les membres du personnel de l’établissement. (*Article L1110-4 du CSP*)

Les hospitalisés, à l’exception des mineurs, peuvent demander la confidentialité, afin qu’aucune indication ne soit donnée par téléphone ou de toute autre manière sur leur présence dans l’établissement ou sur leur état de santé.

Dans ce cas, leur identité ne sera connue que des services hospitaliers et des organismes d’assurance maladie. La confidentialité peut être demandée après la procédure d’admission, le dossier administratif étant constitué comme pour tous les patients.

En l’absence d’indication expresse sur cette demande de confidentialité, le standard et les guichets administratifs peuvent communiquer tout renseignement utile aux familles.

La confidentialité est différente de l’anonymat. L’anonymat peut être demandée par tout patient toxicomane, ou par une parturiente souhaite accoucher sous le secret. Cette demande de secret peut être demandée lors de la consultation ou lors de l’admission en hospitalisation.

**Prise en charge de la douleur**

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

**Consentement aux essais thérapeutiques et recherche clinique.**

Les médecins peuvent proposer aux patients de participer à une recherche clinique.

La participation des patients est décidée en fonction des critères dits d’inclusion et d’exclusion définis dans le protocole de l’étude.
L’intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches cliniques doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Sous réserve des dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l’accord de la personne concernée, qu’il s’agisse d’un protocole observatoire ou interventionnel.

Les malades ou leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches cliniques ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

**Expression de la volonté des malades en fin de vie**

Toute personne a le droit d’avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la douleur. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. *(articles L1111-10 à L1111-13)*

Aussi, les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu’à la mort. Si le médecin constate qu’il ne peut soulager la souffrance d’une personne, en phase avancée ou terminale d’une affection grave et incurable, quelle qu’en soit la cause, qu’en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d’abréger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l’article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. *(Article L1110-5 du CSP)*

**Liberté d’exercice du droit de culte.**

Les hospitalisés peuvent participer à l’exercice de leur culte. Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès du service concerné. *(Article R.1112-46 du CSP)*

**Information sur les tarifs de soins**


**La personne de confiance (article L1111-6 du CSP)**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d’état d’exprimer sa volonté et de recevoir l’information nécessaire à cette fin.
La personne de confiance rend compte de la volonté de la personne hospitalisée. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage, mais elle ne s'impose pas à la décision médicale.

Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne de confiance. Toutefois, si celle-ci est éloignée géographiquement, des facilités de procédure sont accordées.

Cette désignation est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l’accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l’aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues par la loi. Cette désignation est valable pour la durée de l’hospitalisation, à moins que le patient n’en dispose autrement.

Une personne de confiance est également désignée par les résidents de l’EHPAD. Le résident peut demander à ce que cette personne de confiance témoigne de la volonté du résident s’il n’est plus en état de s’exprimer. La personne de confiance accompagne le résident en cas de difficultés dans la connaissance de ses droits.

**Les directives anticipées** (article L.1111-11 du CSP)

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d’état d’exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à la fin de sa vie en ce qui concerne les conditions de poursuite, de limitation, de l’arrêt ou du refus de traitement ou d’actes médicaux.

Les directives anticipées sont valables sans limitation de durée. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.

Elles sont rédigées selon le modèle fixé par l’arrêté du 3 août 2016 en application du décret n°2016-1067 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades ou des personnes en fin de vie.

(annexe A : Modèle de Directives anticipées pour un patient atteint d’une maladie grave, et/ou qui pense être proche de la fin de sa vie ;
annexe B : Modèle de Directives anticipées pour un patient pensant être en bonne santé)

Les directives anticipées s’imposent au médecin pour toute décision d’investigation, d’intervention ou de traitement. Deux exceptions sont prévues à l’opposabilité de ces directives aux médecins :

- en cas d’urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Dans ce cas, la décision de refus d’application de ces directives doit être prises de manière collégiale, est inscrite dans le dossier médical et doit être portée à la connaissance de la famille ou de la personne de confiance désignée par le patient.

Accès à l’établissement et modalités d’exercice du droit de visite

Un règlement intérieur spécifique à chaque service détermine les modalités de fonctionnement du service et les règles qui s’imposent aux patients et aux visiteurs.

Horaires des visites

Les horaires de visites sont affichés à l’entrée de chaque service. Dans certains services, il se peut que des dispositions particulières soient prises par le chef de service quant aux horaires et modalités des visites (par exemple, le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre), ces dispositions figurent dans le règlement interne du service.

Des dérogations aux horaires de visite peuvent être autorisées, à titre exceptionnel, avec l’accord du médecin responsable, lorsqu’elles ne troublent pas le fonctionnement du service. Dans certains services, lorsque l’état du malade le justifie ou lorsque l’hospitalisé est un enfant de moins de quinze ans, la présence d’un accompagnant peut être autorisée en dehors des heures de visite. Ainsi, les proches d’un patient, l’assistant dans ces derniers instants, peuvent être admis à prendre leur repas dans l’établissement et à demeurer en dehors des horaires de visite.

Comportement des usagers

Toute personne est tenue d’observer au sein de l’établissement de santé, une stricte hygiène corporelle. (Article R1112-52 du CSP), dont les usagers, patients et visiteurs.

Les usagers doivent avoir une tenue correcte, éviter d’éléver le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils doivent s’abstenir de fumer dans l’ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d’appareils sonores.

Les visiteurs, famille ou proches, sont invités par le personnel soignant à se retirer des chambres ou salles d’hospitalisation pendant l’exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires (circulaire DHOS/DGC/02/6C n°2006-168 du 13 avril 2006."

Les usagers doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Pour le cas où un usager commet des dégradations, il peut faire l’objet d’une demande de remboursement ou d’un dépôt de plainte à son encontre.

En application de l’article R1112-48, les visiteurs et les malades ne doivent pas introduire dans l’établissement ni denrées, ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en charge du patient, en ce qui concerne les médicaments.
Le cadre de santé du service peut s’opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux usagers ou à défaut détruites (article R.1112-48 du CSP).

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans prévenir un membre du personnel soignant ; ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

A partir du début du service de nuit (20h00), les hospitalisés doivent informer le personnel soignant de tout déplacement hors du service.

Lorsqu’un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l’accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu’au prononcé de la sortie de l’intéressé. (Article R1112-49 du CSP)

**Substances illicites et produits stupéfiants**

Lorsque des substances illicites, ou produits stupéfiants, sont découvertes sur un patient, elles sont confisquées par le service. En effet, Le Directeur de l’établissement, se fondant sur ses pouvoirs de police au sein de son établissement (Article L.6143-7 du code de santé publique), confisquer ces produits qui ne sont pas restitués au patient à sa sortie.

On entend par produits stupéfiants illégaux à la fois les produits non autorisés en France (cocaïne, cannabis…) et les médicaments stupéfiants détenus de manière illégale c’est-à-dire sans ordonnance justificative.

Ces produits sont remis à la police sans que l’identité du patient ne soit révélée. Plus précisément, il ne peut être dérogé au secret professionnel (prévu par l’article 226-13 du code pénal) que dans des cas prévus par la loi ou aucune loi ne prévoit l’obligation de dévoiler l’identité du patient dans cette situation.

**Détention d’arme**

Tout objet perforant, tranchant ou brisant pouvant être dangereux pour la sécurité publique doivent être considéré comme pouvant constituer une arme.

Ainsi, peut constituer une arme blanche par sa nature un couteau présentant une lame solidaire du manche, par exemple un couteau-papillon, un couteau à cran d’arrêt (il y a un obstacle à la rétraction de la lame) ; ce couteau est un « couteau poignard » de par sa nature dont le port est interdit (Cour d’appel de Toulouse, 15 mai 2008, n° 07/01503). On peut identifier aussi comme arme, une matraque, certaines bombes lacrymogènes,…

Peut également constituer une arme blanche par son usage, selon l’Article 132-75 code pénal : « Tout autre objet susceptible de présenter un danger pour les personnes est assimilé à une arme dès lors qu’il est utilisé pour tuer, blesser ou menacer ou qu’il est destiné, par celui qui en est porteur, à tuer, blesser ou menacer ». 

Il convient donc non pas d’évaluer seulement la dangerosité de l’objet, mais aussi le comportement de l’individu qui est en possession de cet objet menaçant la sécurité.

Par exemple, un couteau laguiole (de modèle courant, sans cran d’arrêt) ne menace pas la sécurité publique s’il est utilisé pour déjeuner, mais il peut être une arme si le propriétaire du couteau menace autrui.

Si le professionnel de santé ne peut apprécier un comportement menaçant (empêchant de rédéfinir l’objet en arme du fait du comportement du patient), il convient d’inclure cet objet dans la procédure de dépôt des biens du patient au coffre, au même titre que ses autres biens personnels.

**Détention légale d’arme :**

Pour les armes blanches de catégorie D, définies par leur nature, bien que leur acquisition et leur détention soient libres pour les majeurs (article L 312-4-2 du code de la sécurité intérieure), le transport et le port sont interdits à moins de posséder un motif légitime (licence d’une activité sportive,...) ou professionnel (fonctionnaire de police, agent de sécurité,...).  

**Détention d’arme illégale**

Pour toutes les armes par nature, armes à feux y compris, la démarche à suivre est la suivante :

- Tout d’abord, il convient de ne pas manipuler l’objet sans gants, et le moins possible, afin de garder tous éléments utiles pour une éventuelle enquête de police.
- Ensuite, (numéro d’identification et /ou description) ; ce numéro d’identification sera remis au patient à sa sortie pour qu’il puisse réclamer son bien au commissariat.
- Puis, l’arme découverte, munie du numéro d’identification (et non de l’identité du patient), est déposée en sûreté le temps de prévenir les autorités de police.

Les autorités de police, en possession de l’arme, pourront la restituer au patient (munie du numéro de l’identification de son arme) sur présentation de son motif légitime ou professionnel.

**Pour tous les cas où le patient a un comportement menaçant et qu’il détient une arme par nature ou par usage :**

- Tout d’abord, il convient de ne pas manipuler l’objet sans gants, et le moins possible, afin de garder tous éléments utiles pour une éventuelle enquête de police.
- Ensuite, (numéro d’identification et /ou description) ; ce numéro d’identification sera remis au patient à sa sortie pour qu’il puisse réclamer son bien au commissariat.
- Puis, l’arme découverte, munie du numéro d’identification (et non de l’identité du patient), est déposée en sûreté le temps de prévenir les autorités de police.

Les autorités de police, en possession de l’arme, pourront la restituer au patient (munie du numéro de l’identification de son arme) sur présentation de son motif légitime ou professionnel.

Le professionnel de santé n’est tenu d’informer le préfet de l’identité du patient détenteur d’arme que s’il présente un « caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui » et si le professionnel de santé sait qu’elle détient une arme, ou a l’intention d’en acquérir une ([article 226-14 paragraphe 3 du code pénal](#)).
**Intervention des associations de bénévoles**

Les établissements de santé facilitent l’intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l’établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l’établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l’établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l’article L. 1110-11 du CSP.

Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité, l’absence d’interférence des soins.

Les associations qui organisent l’intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.
SECTION 2. SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS

2.2.1. Le droit à l’information (R.1111-2 à R.1111-9 du CSP)


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 les cadres infirmiers.

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. (Article R.1112-45 du CSP.)

Le patient est associé au choix thérapeutique le concernant. Une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie au patient concernant son état de santé, sauf urgence, impossibilité d’y procéder ou volonté expresse de la personne d’être tenue dans l’ignorance.

Le malade doit avoir été informé préalablement des risques et des conséquences que des actes médicaux et chirurgicaux importants peuvent entraîner. Aussi une information est délivrée au patient pour ces actes cours d’un entretien individuel. Toutefois, les médecins doivent donner aux malades, dans les conditions fixées par le Code de Déontologie, les informations sur leur état de santé qui leur sont accessibles.

De même, 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. (Article L1112-2 du CSP).

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même prise en charge, à condition qu’ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuation des soins.

Un dossier patient est constitué pour chaque patient hospitalisé au Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer. Le patient a accès aux informations de santé contenues dans ce dossier. Tout patient qui en fait la demande se voit délivrer les reproductions des clichés d’imagerie médicale.

Le patient peut demander l’accès à son dossier patient en adressant sa demande à monsieur le directeur par courrier simple ou sur imprimé téléchargeable sur le site internet du CHRSO. Sa demande doit être accompagnée de la copie de sa pièce d’identité et du règlement de frais forfaitaires pour la photocopie ou l’impression des feuillets ainsi que l’envoi du dossier en recommandé avec accusé de réception.
Toute personne a également droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l’occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge (article L.1111-3 du CSP).

**Information donnée aux familles**

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

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles. (Article R1112-44 du CSP)

En cas de décès du patient, et en l’absence de volonté contraire du défunt, les informations peuvent être délivrées aux ayants-droits, au concubin ou au partenaire lié par un PACS, dans la mesure où ces informations sont nécessaires pour connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits. Le motif de la demande doit être circonstancié, afin que l’équipe médicale fasse le tri des pièces répondant à l’objectif invoqué. (Article L1110-4 modifié par la loi du 26 janvier 2016).

### 2.2.2. Consentement aux soins

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment.

Ce consentement doit être :

- **libre** : le patient reste toujours libre de refuser un acte médical ;
- **éclairé** : le patient doit avoir été préalablement informé des actes qu’il va subir, des risques et des conséquences normalement prévisibles liés à la réalisation et à l’absence de réalisation de cet acte
- **renouvelé** : le consentement doit être renouvelé pour chaque acte médical. Le patient peut à tout moment revenir sur sa décision initiale et interrompre le traitement médical à ses risques et périls (dont il aura été précisément informé).

Le consentement de l’intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n’est pas à même de consentir.

Si le malade est hors d’état d’exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenue et informé, sauf urgence ou impossibilité.

Si le patient est hors d’état de donner son consentement et où tout retard serait préjudiciable au patient, le médecin ou le chirurgien peut être conduit à intervenir, sans pouvoir recueillir le consentement du patient, ni avertir la personne de confiance ou la famille. Il devra donner dès que possible les explications nécessaires et justifier sa décision. (Article R.4127-36 du CSP)
2.2.3. Refus de soins

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement (article L1111-4). Le médecin doit respecter la volonté exprimée par le patient après l’avoir informé des conséquence de la gravité de son choix. Le suivi du malade reste assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l’Article L1110-10.

Lorsque la personne est hors d’état d’exprimer sa volonté, la limitation ou l’arrêt de traitement susceptible d’entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure mentionnée à l’article L1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l’article L1111-6, ou à défaut la famille ou les proches, aient été consultées.

2.2.4. Sortie contre avis médical et refus d'hospitalisation du malade

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse soit tout ou partie des soins, soit de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. Auparavant, le malade ou blessé aura reçu une information suffisante sur les risques médicaux qu'il encourt, en particulier lorsque le péril est grave. A défaut, un procès-verbal précis du refus est dressé par le médecin et visé par deux témoins. (Article R.1112-16 du CSP)

2.2.5. Système informatique d’informations médicales

Les personnes soignées dans l'établissement sont informées par le présent règlement intérieur, par le livret d'accueil ou un autre document écrit :

- que les données les concernant font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et sont protégées par le secret médical ;
- qu’elles peuvent exercer leur droit d’accès et de rectification et que ce droit s’exerce, le cas échéant, auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l’établissement, directement ou par l’intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle ils ont reçu des soins ou du praticien ayant constitué leur dossier.
- qu’elles ont le droit de s’opposer pour des raisons légittimes au recueil et au traitement de données nominatives les concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée précitée.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.
Le malade dispose d’un droit d’accès et de rectification pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique, soit directement soit par l’intermédiaire d’un médecin désigné à cet effet. (Articles L.1110-4 et L.1111-8 du CSP)

**Dossier médical personnel**

Un dossier médical personnel sera créé auprès d’un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l’article L. 1111-8. A l’occasion du séjour d’un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.

L’accès au dossier médical personnel des professionnels mentionnés au premier alinéa est subordonné à l’autorisation que donne le patient d’accéder à son dossier.

**2.2.6. La lettre de liaison**

Avec l’accord du patient, le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d’une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient. Le praticien qui a adressé le patient à l’établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d’une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l’établissement en charge du patient.

La lettre de liaison est remise au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord dans les conditions prévues à l’article L.1111-6, à la personne de confiance.

Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyé par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l’établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant. (Article L1112-1 du CSP)
SECTION 3. LE PARCOURS DU PATIENT : MODALITES D’ADMISSIONS ET DE SORTIE

2.3.1. Admission du patient

Le livret d’accueil

A son arrivée, dans l’établissement, chaque hospitalisé reçoit un livret d’accueil contenant toutes les informations utiles pendant son séjour. (Article R.1112-2 du CSP)

Mode d’admission et formalités

L’admission à l’Hôpital est prononcée par le Directeur sur avis d’un médecin ou d’un interne de l’établissement, il s’agit d’une décision administrative.

L’admission est décidée, hors les cas d’urgence reconnus par le médecin ou l’interne de garde de l’établissement, sur présentation d’un certificat d’un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l’établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l’intéressé sans mentionner le diagnostic de l’affection qui motive l’admission. Il est accompagné d’une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tout renseignement d’ordre médical utile à ce dernier pour le diagnostic et le traitement. (article R.1112-11 du CSP)

Au moment de l’admission du patient, et quel que soit son mode d’admission, le patient ou son représentant doit présenter sa carte vitale ou l’attestation d’organisme d’assurance maladie, le protocole de soins le cas échéant, une pièce d’identité officielle, une attestation mutuelle si le patient en possède une.

La pré-admission


Les frais d’hospitalisation des détenus sont pris en charge par les régimes d’assurance maladie (depuis le 1er janvier 2016).

Prise en charge des frais d’hospitalisation

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité 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 les organismes de sécurité sociale dont ils relèvent.
L'admission d'un malade donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et à la protection sociale dont il bénéficie.

Les informations recueillies sont confidentielles. Le dossier administratif comporte trois rubriques principales :
- L'état civil ;
- Les débiteurs ;
- Les renseignements divers.

La prise en charge des frais d'hospitalisation est de 100% y compris le forfait hospitalier dans les cas suivants :
- Maternité et femmes enceintes dans les 3 mois précédant la date présumée de l'accouchement ;
- Accidents du travail - Maladies professionnelles ;
- Article L.115 du Code des Pensions Militaires et des Victimes de Guerre ;
- Nouveau-né jusqu'à son 30ème jour ;
- Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire ou de l'Aide Médicale de l'Etat ;
- Enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle.

La prise en charge est de 100% mais le forfait journalier est à la charge du patient (peut être remboursé par une mutuelle) dans les cas suivants :
- Hospitalisation pour une affection de longue durée ;
- Affiliation à la caisse de prévoyance SNCF, au régime minier ;
- A partir du 31ème jour d'hospitalisation ;
- Intervention chirurgicale d'une cotation égale ou supérieure à 120€ ;
- En cas d'invalidité.

La prise en charge par la sécurité sociale est de 80% dans les autres cas.

Si le patient est titulaire d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle), celle-ci prend éventuellement en charge en fonction de son contrat: le ticket modérateur (20%) et le forfait journalier hospitalier ; si le patient n'est pas titulaire d'une assurance maladie complémentaire, le ticket modérateur et le forfait journalier seront à sa charge.

**2.3.2. Admission du patient : cas particuliers**

**Les mineurs**

L'admission du mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire. Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication de la personne exerçant l'autorité parentale, une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'intervention est demandée à la personne exerçant l'autorité parentale. (Article R.1112-34 du CSP).
Si la personne exerçant l’autorité parentale ne peut pas être contactée, l’urgence est constatée et l’intervention décidée par le médecin, la décision d’opérer fait l’objet d’un protocole contresigné par le chef de service et le Directeur de l’Hôpital.

Le praticien qui donne ses soins à un mineur doit recueillir le consentement de ses représentants légaux (parents ou tuteurs), après les avoir informés sur la maladie, les actes et traitements proposés, leurs avantages et risques, les alternatives thérapeutiques, les conséquences d’une abstention ou d’un refus.


Le médecin peut se dispenser d’obtenir le consentement du ou des titulaires de l’autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l’intervention s'impose pour sauvegarder la santé d’une personne mineure, et dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Néanmoins, le médecin doit dans un premier temps s’efforcer d’obtenir le consentement du mineur à cette consultation.

Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l’intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d’une personne majeure de son choix. (Article L1111-5)

Lorsqu’une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l’assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d’une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. (Article L1111-5)

Lorsque le mineur dépend de l’aide à l’enfance, l’admission est prononcée à la demande de ce service. Dans ce cas, le Directeur adresse sous pli cacheté dans les 48 h de l’admission, au service médical de l’aide à l’enfance, le certificat confidentiel du médecin-chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l’hospitalisation. (Article R.1112-34 et R.1112-36 du CSP).

Les majeurs sous tutelle

Les majeurs sous tutelles 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.

Aussi, lorsque le juge aux affaires familiales n’a pas pris de décision encadrant spécifiquement la protection de la personne, le principe d’autonomie s’applique et il n’y a ni assistance ni représentation possible du majeur.

Une personne sous tutelle sous mesure de protection de la personne peut rédiger des directives anticipées, et désigner une personne de confiance avec l’autorisation du juge ou du conseil de famille. Dans l’hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.
Le témoignage de cette personne de confiance prévaut sur celui de la famille ou du tuteur (*article L1111-12 du CSP*).

**Les étrangers**

Les étrangers sont admis dans l'établissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de la Communauté Economique Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français s’ils sont en possession de la carte européenne d’assurance maladie.

L'admission sans urgence médicalement constatée nécessite la délivrance d'une prise en charge par l'organisme étranger ou par un organisme français de sécurité sociale dans le cadre des conventions internationales ou par le malade lui-même. L'admission d'un malade en situation d'urgence médicalement constatée est admise de droit, quelles que soient les conditions de prise en charge administrative.

**Les militaires**

Les militaires y compris les mineurs non émancipés sont hors les cas d’urgence admis dans l’établissement sur la demande de l’autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique. Dès que l’état de santé de l’hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l’Hôpital des armées le plus proche. (*Article R.1112-29 du CSP*)

**Les détenus**

Hors les mesures de surveillance médicale, les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie et s’exercent sous la responsabilité de l’autorité militaire ou de police.

Les frais d’hospitalisation des détenus sont pris en charge par les régimes d’assurance maladie.

**L'admission en Soins de suite et Rééducation**

Les demandes sont réalisées par les établissements demandeurs à partir d’un logiciel national connu sous le nom de « trajectoire ». Les commissions d’admissions de l’établissement receveur valident ou non la demande sous réserve des disponibilités.

L’admission en soins de suite peut être directe de manière exceptionnelle.

**L’admission en Unité de Soins de Longue Durée**

L’Unité de Soins de Longue Durée a pour mission d’assurer l’hébergement des personnes ayant perdu une partie de leur autonomie de vie et dont l’état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d’entretien (loi du 31 juillet 1991) : *ce sont des établissements sanitaires.*
2.3.3. La permission de sortie

La permission de sortie ne peut dépasser 48 h. Elle est possible sur demande du patient et accordée par le Directeur de l’établissement après avis favorable du médecin du service (article R1112-56).

Les frais de transport sont à la charge du patient. Si le patient est présent à 0h00 lors de la journée de prise en charge, la journée est facturée.

Lorsqu’un malade qui a été autorisé à quitter l’établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, des recherches sont effectuées afin de le mettre en sécurité. Lorsque la patient n’est pas retrouvé ou qu’il indique ne pas vouloir rentrer, l’administration le porte sortant.

2.3.4. Sorties du patient

Sortie et formalités

La sortie est, comme l’admission, prononcée par le Directeur de l’Hôpital sur avis conforme du praticien hospitalier chef de service ou son représentant.

Tout malade sortant reçoit en application de l’article R1112-61, Modifié par Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 - art. 2):
- la lettre de liaison prévue à l’article R. 1112-1-2, (ou le compte rendu d’hospitalisation), comprenant :
  o l’identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du médecin adresseur, ainsi que l’identification du médecin de l’établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d’entrée et de sortie d’hospitalisation,
  o le motif d’hospitalisation
  o une synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l’hospitalisation, l’identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l’administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d’un dispositif médical implantable
  o les traitements prescrits à la sortie de l’établissement (ou ordonnance de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour avec le motif d’arrêt (posologie, durée du traitement)
  o l’attente de résultats d’examens ou d’autres informations qui compléteront cette lettre de liaison
  o les suites à donner, le cas échéant, y compris d’ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.

Cette lettre de liaison est remise au patient en s’assurant que les informations utiles à la continuité ont été comprises, et transmise au médecin traitant avec l’accord du patient.
- les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements, tel qu’un rendez-vous pour une prochaine consultation, ou programmation d’hospitalisation en ambulatoire ou programmée si nécessaire.
- les documents nécessaires à la justification de ses droits (attestation d’incapacité de travail le cas échéant).

Le patient peut également obtenir sur demande au guichet d’accueil, un bulletin de situation.

**Sortie par transfert.**

Le praticien qui adresse un patient à un autre établissement de santé accompagne sa demande d’une lettre de liaison versée au dossier médical qui doit synthétiser les informations nécessaires à la prise en charge du patient et comprend notamment les motifs de la demande d’hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues.

**Sortie à l’insu du service**

Lorsque l’absence d’un patient est constatée, des recherches sont effectuées dans l’établissement. En cas de recherches infructueuses, le cadre soignant ou l’infirmier prévient la famille et s’assure que le patient n’est pas rentré au domicile. Si cela n’est pas le cas, l’agent de sécurité est informé de cette sortie à l’insu du service, pour faire des recherches complémentaires. Un signalement est fait auprès des forces de l’ordre.

**Sortie d’un mineur**

Les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d’hospitalisation, confiés qu’aux personnes exerçant l’autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles. (article R1112-57 du CSP)

**Sortie d’un militaire**

La sortie d’un militaire est signalée au chef de corps ou à défaut à la gendarmerie. Toutes les dispositions sont prises, le cas échéant et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de l’hospitalisé dans un établissement adapté à son suivi.
2.3.5. Mesures à prendre en cas de décès d’un patient

Constat du décès

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

Le décès est confirmé par tout moyen. (article R1112-69 du CSP)

Le décès est constaté par un médecin qui établit de suite un certificat de décès, lequel est transmis à la chambre mortuaire. Ce certificat est indispensable pour obtenir le permis d’inhumer ou pour le don du corps à la médecine.

Le service de soins contacte l’agent d’ampithéâtre afin de préparer l’accueil du défunt à la chambre mortuaire.

Sitôt le décès constaté, le certificat renseigné et la famille contactée par le médecin, infirmiers et aides-soignants doivent faire une première préparation du corps du défunt avant le relai par les services compétents. Il convient, tout d’abord, de retirer tous les matériels invasifs type voie centrale, sonde d’intubation, vésicale...

Le corps de défunt peut être déplacé à la chambre mortuaire après un délai minimum de deux heures et dans un délai maximum de 10 heures à compter de la constatation du décès.

Les familles et les proches ont accès à la chambre mortuaire du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 et de 13h00 à 17h00 et le week-end de 8h30 à 12h30 et de 13h00 à 16h30.

Conformément à l’article 80 du Code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible à la chambre mortuaire. (Article R.1112-71 du CSP)

Annonce du décès

La famille ou les proches doivent être prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l’aggravation de l’état du malade et du décès de celui-ci, sauf si le patient s’y est opposé.

Cas particuliers (article R.1112-69 du CSP) :
- les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche.
- les militaires, à l’autorité militaire compétente.
- les mineurs relevant d’un service départemental d’Aide Sociale à l’enfance, au président du conseil général.
- les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l’enfance et de l’adolescence en danger, au Directeur de l’établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.

Décès d’enfant à l’accouchement ou à la naissance (article R1112-72 du CSP, article 79.1 du code civil)

Au vu du modèle du certificat médical d’accouchement fixé par l’arrêté du 20 août 2008, un certificat d’accouchement doit être rédigé par le médecin pour :
- les enfants nés vivants et viables
- les enfants nés vivants mais jugés non viables
- les enfants morts-nés.

Les critères liés au statut juridique de l’enfant (enfant né vivant et viable, enfant né vivant mais non viable, enfant mort-né, embryo) sont à l’appréciation du médecin.

Lorsqu’un enfant est né sans vie, une information spécifique est délivrée à la famille. L’enfant est alors assimilé à un patient et le registre des décès doit être renseigné. Les parents peuvent réclamer le corps pour faire procéder à des funérailles, dans un délai maximum de 10 jours après le décès.

Les parents peuvent déclarer l’enfant à l’état civil, mais cela n’est pas obligatoire. En cas de déclaration à l’état civil, l’enfant peut recevoir un prénom et être inscrit sur le livret de famille.

Lorsqu’un enfant est né vivant et viable puis décédé : Une information spécifique est délivrée à la famille. Un certificat de naissance est délivré.

L’inscription à l’état civil est obligatoire sur le registre des naissances et le registre des décès dans les cinq jours qui suivent la naissance ;

Un acte de naissance et de décès sera établi sur présentation d’un certificat médical « enfant né vivant et viable ».

Indices de mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d’indices de mort violente ou suspecte d’un hospitalisé, le Directeur ou son représentant, prévenu par le médecin chef de service, avise l’autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil (Article R.1112-73 du CSP).

Décès par suicide pendant l’hospitalisation

Le Directeur d’établissement doit en être informé ainsi que le médecin du service, la police et la famille. Il faut relever l’identité des témoins et demander au médecin du service d’établir un rapport sur l’état de santé antérieur du suicidé, sur les consignes de surveillance qui avaient été données et sur les circonstances du suicide.

Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lors du décès médicalement constaté, l’équipe soignante du service procède à la toilette et à l’habillage du défunt avec les précautions convenables et dresse l’inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, somme d’argent, papiers etc. qu’il possédait.

Le corps doit rester au maximum dix heures dans le service avant d’être orienté vers la chambre mortuaire.
Les dépôts d’argent ou d’objets de valeur réalisés auprès de l’établissement peuvent être retirés auprès de la Trésorerie de St Omer sur présentation d’un certificat de décès et d’un justificatif d’identité.

**Soins de Thanatopractie**

Les soins de thanatopractie ne peuvent être réalisés qu’avec accord écrit préalable de la famille le week-end et présentation d’un document officiel de la mairie pendant la semaine.

**Mesures de police sanitaire**

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d’hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets. (Article R.1112-74 du CSP)

**Autopsie**

Dans le cadre d’une autopsie médico-légale, le corps du défunt est transféré vers l’Institut médico-légal désigné par le procureur de la république. L’accord de la famille n’est pas nécessaire mais la loi prévoit l’information de la famille sur la réalisation de cette autopsie.

Une autopsie pourra être pratiquée dans un but scientifique ou diagnostique préalablement à l’inhumation et après autorisation du Directeur ou de son représentant, sauf si la famille du défunt s’y oppose expressément et, sauf si le malade, de son vivant, avait fait connaître son opposition.

**Don d’organes**

À partir du 1er janvier 2017, l’inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement, géré par l’Agence de la biomédecine, devient le moyen d’expression recommandé pour faire connaître son opposition au prélèvement d’organes.

La demande d’inscription sur le registre national s’effectue sur papier libre ou en remplissant le formulaire à disposition sur le [site de l’Agence de la biomédecine](https://www.agence-biomédecine.fr). Cette demande est à adresser à l’Agence, accompagnée d’un justificatif d’identité (carte nationale d’identité, passeport, permis de conduire ou titre de séjour).

Toutefois, d’autres moyens d’expression du refus de prélèvement d’organes demeurent. Une personne peut exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche qui le remettra à l’équipe de coordination hospitalière de prélèvement si la situation se présente.

Le refus de prélèvement par le patient des organes est révisable et révocable à tout moment. L’équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l’expression de volonté la plus récente.
Le refus de prélèvement peut concerner l’ensemble des organes et des tissus ou seulement certains d’entre eux.

**Don de corps à la science**

Les dons de corps à la science doivent respecter certaines conditions : la personne décédée devait être en possession d’une carte de donateur.

Le Centre Hospitalier n’accepte de don de corps que si l’intéressé en a fait la déclaration écrite datée et signée de sa main. Une copie de cette déclaration est adressée à l’établissement auquel le corps est légué, la Faculté de Médecine de Lille 2 pour le CHRSO. Cet établissement délivre à l’intéressé une carte de donateur.

Le certificat de décès dûment rempli est indispensable. Le transport doit être réalisé dans un délai maximum de 48 h à compter du décès. Les frais liés au transport du corps sont pris en charge par la Faculté de Médecine.
SECTION 4 : CONDITIONS DE SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT

2.4.1. Télévision – téléphone

L'utilisation du téléphone disponible dans chaque chambre et la prestation de chaînes de télévision ont été concédées à un prestataire, via le relais H, situé dans le hall du pavillon Flandres.

Les patients ou leur famille sont tenus de se rapprocher de la boutique, relais H, pour la mise en service de ces prestations, et pour s'acquitter des sommes dues.

L'utilisation de la télévision ou de tout appareil sonore ne doit pas perturber le repos du voisin de chambre.

2.4.2. Opérations postales

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales. (Article R1112-53).

Une boîte aux lettres à destination des usagers est installée dans le hall du bâtiment Flandres, le ramassage du courrier pour un envoi postal est effectué par le vaguemestre.

2.4.3. La restauration

Le petit déjeuner est servi entre 7 h30 et 8 h30 ; le déjeuner à partir de 12 h00 jusqu'à 13 h 30 et le dîner est servi entre 18 h00 et 19 h15.

Les menus sont déterminés par les diététiciennes et sont communiqués à chaque service. Les aversions ou allergies à certains aliments sont prises en compte lors de la commande des repas, sauf lorsque le patient entre en urgence. Dans ce cas, l’allergie doit être signalée au cadre de santé.

Les repas de régime sont servis sur prescription médicale.

Sous réserve des moyens d'accueil de chaque service, un repas peut être servi aux accompagnants. Cette prestation doit être réglée au préalable par l'accompagnant auprès du service facturation au Guichet dans le Hall d'Accueil du Pavillon Flandres.

2.4.4. Biens et effets personnels du patient- Fiche d'inventaire

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'Hôpital leur nécessaire de toilette, leur linge et leurs effets personnels. Sauf cas particuliers et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le malade conserve ses vêtements et son linge personnel dont il doit assumer l'entretien.

Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre de santé.
Il est recommandé de ne pas conserver d'objets ou vêtements de valeur pendant une hospitalisation.

En cas d'admission en urgence, l’inventaire des biens du patient fait partie des formalités obligatoires (Article R1113-1 du CSP), un exemple de l’inventaire est remis au patient ou à un proche qui l’accompagne, un exemplaire est remis dans le dossier du patient.

En cas d’hospitalisation non urgente, l’inventaire des biens du patient doit également être proposé.

En cas de transfert dans un autre service, un inventaire doit être à nouveau complété. Au cours de cet inventaire, le patient est invité à effectuer auprès de l’administration de l’établissement le dépôt des sommes d’argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

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

Il appartient aux professionnels des services concernés de vérifier la présence effective de cette fiche et la cohérence de son contenu, en particulier lors du transfert de ce patient d’un service à un autre.

Si le patient refuse le dépôt de valeurs, l’établissement n’est pas responsable des pertes et vols éventuels.

Après sa sortie, le patient peut retirer le dépôt, muni d’une pièce d’identité et du reçu à l’accueil du service des Urgences ou, si le dépôt date de plus de 365 jours à la Trésorerie Principale de St Omer.

En cas de décès du patient, la famille peut récupérer les dépôts à la Trésorerie Principale de Saint-Omer.

2.4.5. Accompagnants

Lors d’une hospitalisation, le patient peut de faire accompagner par un proche durant le moment du repas. Dans ce cas un ticket « repas accompagnant » est délivré par le service des admissions contre un paiement préalable.

De même un proche peut accompagner un patient la nuit, à condition qu’il ne soit pas un mineur. Toutefois, en application de l’article 413-6 du Code Civil, lorsque le mineur accompagnant est marié avec le patient, il peut être accompagnant.

Le proche doit fournir un ticket « nuit accompagnant » délivré par le service des admissions contre un paiement préalable. Cela lui permettra d’obtenir un lit d’appoint pour le couchage.

2.4.6. Transports sanitaires

Si, lors de sa sortie, son état de santé nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le patient a le libre choix de l’entreprise de transport. L’établissement tient à la disposition des patients la liste des sociétés de transports sanitaires agréées dans le département. Si le patient n’exprime pas de choix, le Centre Hospitalier fait appel aux entreprises d’ambulances.
Les frais occasionnés sont pris en charge par la Sécurité Sociale uniquement pour les sorties d'hospitalisation et sur prescription médicale.

2.4.7. Service social

Un service social est à la disposition des hospitalisés et de leur famille. L'équipe du service social intervient dans tous les services de soins du Centre Hospitalier: l'assistante sociale est à la disposition de la personne soignée ou de sa famille. L'assistante sociale peut proposer un accompagnement individualisé dans les démarches liées à l'hospitalisation et au projet de vie dans la perspective de la sortie.

Le service social a également pour mission d'informer les personnes en situation de précarité sur les dispositifs répondant à l'urgence sociale. Les assistantes sociales sont également présentes de façon spécifique au service des urgences et dans le cadre de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

2.4.8. Participation des représentants des usagers au fonctionnement du système de santé

Seuls les représentants d’usagers membre d’associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Des représentants d’usagers sont membres du Conseil de surveillance, de la Commission des Usagers, de sous-commissions de la Commission Médicale d’Etablissement et de groupes de travail mis en place par la Direction de la qualité.

Au sein de la commission des usagers, ils participent à l’examen des plaintes et réclamations, au rapport annuel de la commission, ils peuvent faire des propositions d’actions correctives notamment au de l’examen des réclamations. Ils sont informés des indicateurs hygiène, des fiches d’événement indésirables graves, des bilans de questionnaires de satisfaction et autres travaux de la direction de la qualité.

Si des patients le souhaitent, ils peuvent contacter directement un représentant des usagers pour l’informer de sa plainte. Ils peuvent également être entendus par la Commission des Usagers.
PARTIE 3. DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL
(Titre 1 du Statut Général des Fonctionnaires)

SECTION 1. DROITS

3.1.1. Liberté d’opinion et d’expression

Chaque agent est libre de ses opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Cependant, ce droit doit se concilier avec l’obligation de réserve et l’obligation de stricte neutralité.

Aucune distinction ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap, de leur appartenance, ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, de leur sexe.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d’éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

3.1.2. Droit syndical

Le droit syndical est garanti à tous les agents. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Chaque syndicat de l’établissement a des représentants élus par le personnel dans les différentes instances.

Comme pour les activités politiques, les opinions d’autrui doivent être respectées. La vie syndicale doit se dérouler hors de la présence des hospitalisés, sans qu’ils en soient gênés, directement ou individuellement et dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.

3.1.3. Droit de grève

Les agents exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent et selon des modalités qui permettent d’assurer la continuité des soins et la sécurité des personnes et des biens.

Un tableau de recensement des grévistes est transmis à la direction des ressources humaines à l’occasion de chaque grève et permet d’apprécier si la continuité du service public peut être assurée.

Vous pouvez dès lors être assigné à votre poste par la Direction dans le cadre de l’organisation d’un service minimum.
3.1.4. Droits à congés

Au CHRSO, l’organisation du temps de travail est basée sur 37h30 par semaine.

Chaque agent a droit aux congés suivants :
- 25 Congés annuels par an
- 15 RTT sur une base hebdomadaire de 37h30 desquels est retiré un jour dans le cadre de la journée de solidarité.
- 1 ou 2 jours Hors saison : L’agent qui prend 3,4 ou 5 jours de congés entre la période du 1er novembre au 30 avril bénéficie d’un jour de congé supplémentaire. Un deuxième jour est accordé lorsque ce nombre est au moins égal à 6 jours ouvrés.
- 1 jour de fractionnement : l’agent qui fractionne ses congés annuels en au moins 3 périodes de 5 jours consécutifs bénéficie d’un jour de congé supplémentaire.
- L’octroi de congés spécifiques en fonction des roulements existe conformément à la réglementation du temps de travail en vigueur.

3.1.5. Droit à la formation et obligation de Développement Professionnel continu

Chaque année, l’établissement arrête un plan de formation élaboré en fonction de la stratégie de l’établissement, des objectifs de pôle et des souhaits formulés par les agents lors des entretiens annuels d’évaluation et de formation. Le plan est ensuite présenté en commission de formation continue qui valide les priorités retenues et les modalités de financement. Les professionnels de santé doivent satisfaire à leur obligation triennale de développement professionnel continu. Pour chaque profession ou spécialité, un parcours de développement professionnel est défini par le conseil national professionnel compétent.

Un Compte Personnel d’Activité (CPA) pour chaque agent public a été créé par l’ordonnance du 19 janvier 2017 et introduit dans la loi du 13 juillet 1983 par l’article 22 ter. Le compte personnel d'activité a pour objet d'informer son titulaire de ses droits à formation et ses droits sociaux liés à sa carrière professionnelle, ainsi que de permettre l'utilisation des droits qui y sont inscrits.

Le Compte Personnel d’Activité est constitué :

Du compte personnel de formation (CPF) dont l’objet est de permettre au fonctionnaire d’accéder à une qualification ou de développer ses compétences dans le cadre d’un projet d’évolution professionnelle.

Du compte d’engagement citoyen (CEC) qui permet, dans les conditions définies par le code du Travail d’acquérir des heures inscrites sur le compte personnel de formation à raison de l'exercice d’activités bénévoles ou de volontariat

Le Compte Personnel de Formation octroie à chaque agent public un crédit de 24 heures maximum par année de travail jusqu’à l’acquisition d’un crédit de 120 heures, puis de 12 heures maximum par année de travail, dans la limite d’un plafond de 150 heures
Pour le fonctionnaire qui appartient à un corps ou cadre d'emplois de catégorie C, et qui n’a pas atteint un niveau de formation sanctionné par un diplôme ou titre professionnel enregistré et classé au niveau V, l’alimentation du compte se fait à hauteur de 48 heures maximum par an dont la limite du plafond est porté à 400 heures.

3.1.6. Entretien annuel d’évaluation

Chaque personnel non médical a droit à un entretien annuel d’évaluation et de formation au cours duquel il lui sera permis de faire le bilan, avec son supérieur hiérarchique, de l’année écoulée en termes de vécu général et d’atteinte des objectifs fixés et de prévoir les objectifs de l’année à venir.

Cette rencontre se formalise par le renseignement d’un document d’évaluation dématérialisé qui est conservé dans le dossier administratif de l’agent.

3.1.7. Protection contre les risques psycho-sociaux

Conformément à l’article 11 de la loi n°86-634 du 13 juillet 1983 modifiée « A raison de ses fonctions et indépendamment des règles fixées par le code pénal et par les lois spéciales, le fonctionnaire ou le cas échéant l’ancien fonctionnaire bénéficie d’une protection organisée par la collectivité publique qui l’emploie à la date des faits en cause ou des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire.

L’établissement est tenu de protéger les agents contre les menaces, violences, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l’occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

Protection dans le cadre de harcèlement

Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d’altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. (Loi du 13 juillet 1983 modifiée, article 6bis, 6ter, 6quinquiès, article 32.)

Protection contre les risques psycho-sociaux

Le CHRSO s’engage à mettre en œuvre des actions pour minimiser les risques psycho-sociaux au sein de l’établissement. Il s’agit des risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions d’emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d’interagir sur l’individu. (Circulaire du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la Fonction publique Hospitalière de l’accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psycho-sociaux dans les trois fonctions publiques.)
3.1.8. Droit d’accès à son dossier individuel

Tout fonctionnaire ou agent public a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Le dossier de l’agent doit comporter toutes les pièces de l’intéressé, enregistrées, numérotées et classées sans discontinuité. (Article 18 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983)

3.1.9. Droit à l’image

Chaque agent dispose, dans l’exercice de ses fonctions, du droit au respect de sa vie privée (article 9 du Code Civil), incluant le droit au respect de son image au temps et au lieu de travail. Ainsi, pour filmer ou photographier un agent dans l’exercice de ses fonctions, la direction doit recueillir son autorisation datée et signée.
SECTION 2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

3.2.1. Assiduité et ponctualité du personnel

L’assiduité et la ponctualité du personnel médical, paramédical, administratif, technique et logistique est l'une des conditions essentielles du bon fonctionnement des services et du Centre Hospitalier.

3.2.2. Indépendance et non cumul des fonctions

Le fonctionnaire veille à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflits d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver. (article 25 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983)

Le fonctionnaire consacre l’intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sauf dérogation réglementaire et après accord de la direction (article 25 septies de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983)

3.2.3. Exécution du travail et Responsabilité

Tout agent, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Le grade est distinct de l’emploi. Le grade est le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l’un des emplois qui lui correspondent.

Toutefois, en cas de nécessité, aucun agent ne peut se soustraire à l’ordre donné par un supérieur hiérarchique d'exécuter un travail, sous le prétexte que celui-ci n’est pas en rapport avec ses attributions ou son grade, sauf s’il est manifestement illégal ou de nature à compromettre gravement l’ordre public.

L'agent responsable d'un service ou d'une tâche déterminée ne saurait être dégagé des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

3.2.4. Implication du personnel aux Instances, commissions ou groupe de travail

Tout membre d’une instance, d’une commission ou d’un groupe de travail s’engage à participer à l’ensemble des travaux de ladite instance, commission ou dudit groupe. Toute absence répétée et non justifiée entraînera l’exclusion de fait du membre à compter de la troisième fois.
3.2.5. Secret professionnel

L'ensemble du personnel du Centre Hospitalier est tenu au secret professionnel, (article L.1110-4 du CSP), son non-respect risquant d’entraîner les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal, à savoir un an d'emprisonnement et 15000€ d’amende.

Ce secret professionnel est absolu, sauf exceptions prévues par la loi, et s'applique à tous les agents et en toutes circonstances vis-à-vis de toute personne, y compris les fonctionnaires de la police.

Seule l'autorité judiciaire et les personnes mandatées par elle peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :
- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n’est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- Pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu’il a constatés dans l’exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises. En leur qualité d’autorité constituée, les cadres de direction et les médecins chefs de service- à charge pour ces derniers d’en informer le Directeur- doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l’exercice de leurs fonctions.

3.2.6. Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents sont liés par l’obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et informations dont ils ont connaissance dans l’exercice ou à l’occasion de l’exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu’ils ont vu, lu, entendu ou compris.

Toute communication à des personnes étrangères à l'administration hospitalière, et notamment à des journalistes, à des agents d’assurance ou à des démarcheurs est rigoureusement interdite.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens hospitaliers assurent l’information des personnes soignées.

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

La discrétion professionnelle est une forme particulière de l’obligation de réserve qui interdit à tout agent de manifester de façon intempestive son opinion sur une affaire connue à l'occasion du service.
3.2.7. Information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent doit aviser son cadre des dysfonctionnements répétitifs du service et des incidents impliquant le patient et/ou sa famille dont il a connaissance dans l’exercice de ses fonctions. Il avise, dans les meilleurs délais, son supérieur hiérarchique de l’impossibilité d’assurer une vacation de travail planifiée.
SECTION 3 RELATIONS AVEC LES USAGERS

3.3.1. Obligation de déposer argent, valeur ou objets confiés par les malades


3.3.2. Interdiction de bénéficier d’avantages en nature ou en espèces

Il est interdit au personnel de l’hôpital de bénéficier d’avantages en nature ou en espèces. Les agents ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l’exécution de leur service.

   Aucune somme d’argent ne peut être versée aux personnels par les malades, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt. (Article R1112-51 du CSP)

3.3.3. Attitude envers les patients

Le personnel du Centre Hospitalier, sans distinction de grades ou de fonctions, s'efforcera d'assurer le maximum de confort physique et moral aux malades dont il a la charge. Ils prennent toutes les dispositions, pour contribuer au confort des malades, au climat de sécurité et de calme indispensable au sien du centre hospitalier.

Une tenue correcte, tant dans l’habillement que dans le langage, est exigée de l’ensemble du personnel. La familiarité à l’égard des malades est formellement proscrite.

3.3.4. Accueil des familles et respect du libre choix des familles

L’accueil et l’information des familles s’effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance. Dans le cas où les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées, leur libre choix doit être préservé.

3.3.5. Envoi rapide des avis d'aggravation

Le personnel fera diligence pour que les avis d'aggravation et de décès parviennent aux familles par les moyens les plus rapides notamment par téléphone.
3.3.6. Obligation d'informer le public

Les agents ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public dans le respect toutefois du secret professionnel.

Seul le médecin est juge et habilité à communiquer au malade ou à sa famille des informations sur l’état de santé des hospitalisés.

3.3.7. Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience et d’opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu’en soit l’objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles.

Afin que les patients ne puissent douter de la neutralité des agents hospitaliers, aucune marque extérieure d’appartenance religieuse ou politique n’est acceptée dans l’établissement (Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé)

Tout agent doit observer, dans l’expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l’exercice de ses fonctions. Il est tenu au devoir de stricte neutralité et doit s’abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d’importuner ou choquer les malades, les visiteurs et les autres agents du site.

3.3.8. Bon usage des biens de l’établissement

Le personnel veille à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets mis à leur disposition au sein du CHRSO.

3.3.9. Respect des règles d’hygiène et de sécurité

Les personnels de l’hôpital observent strictement les règles d’hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l’exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l’établissement et respecter l’interdiction de fumer.

3.3.10. Alcool, tabac et vapotage


En cas d’ébriété constaté sur le lieu de travail, l’agent concerné est passible d’une sanction disciplinaire.

Il peut être soumis à un alcotest sur décision du Directeur et peut néanmoins s’y refuser ou contester les résultats et solliciter dans ces cas une prise de sang de contrôle.
En application du décret 2006-1386 du 15 novembre 2006, il est formellement interdit de fumer dans l’établissement.

Il est rappelé que les personnels de santé ont une mission d’exemplarité et doivent éviter de fumer aux abords de l’établissement, et notamment près de chaque hall d’entrée.

En application de l’article 28 de la loi santé du 26 janvier 2016, il est également interdit de vapoter à l’intérieur de l’établissement.

3.3.11. Consommation de produits stupéfiants

On entend par produits stupéfiants illégaux à la fois les produits non autorisés en France (cocaïne, cannabis...) et les médicaments stupéfiants détenus de manière illégale c’est-à-dire sans ordonnance justificative.

Selon l’article L.4121-1 du code du travail, applicable aux établissements publics de santé en ce qu’il est inclus dans la 4ème partie du code : "Santé et sécurité au travail ", qui dispose que :
"L’employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ", la possibilité d’opérer un contrôle de l’usage de stupéfiant par la pratique du test salivaire dans un établissement public de santé peut être effectuée suivant ces conditions :

- Le test salivaire est possible parce qu’il n’existe pas d’autres méthodes qui permettraient d’établir directement l’incidence d’une consommation de drogue sur l’aptitude à effectuer une tâche.
- L’ensemble du personnel exerçant une mission de service public peut être soumis à ces contrôles au motif que l’emprise de stupéfiant expose l’agent ou d’autres personnes à un risque pour leur sécurité.
- L’agent doit pouvoir demander une contre-expertise (au frais de l’employeur) au vu de son droit de contestation.
- Si l’agent refuse de se soumettre à ce contrôle, cela peut constituer une nouvelle faute disciplinaire, sanctionnable en tant que telle (Conseil d’État, 17 février 1995, n°107766, arrêt concernant le contrôle de l’état alcoolique mais transposable au contrôle de consommation de stupéfiants).

3.3.12. Utilisation du téléphone personnel pendant les heures de travail

L’utilisation du téléphone portable personnel, en mode vocal ou en mode message, durant les heures de travail est interdite et ne doit pas venir perturber la bonne exécution des missions des personnels.
SECTION 4. UTILISATION DU MATERIEL INFORMATIQUE

3.4.1. Les droits et les devoirs de l’utilisateur

Un utilisateur est une personne physique autorisée à accéder au système d’information du Centre Hospitalier de la Région de Saint Omer. Chaque utilisateur est responsable de la protection des données de par l’usage qu’il fait du système d’information.

Chaque utilisateur est également responsable du matériel informatique mis à sa disposition, que ce matériel ait été mis à sa disposition de manière individuelle ou collective. En cas de dégradations ou négligence manifeste, l’utilisateur est passible de sanctions disciplinaires.

3.4.2. Accès aux ressources

Toute personne travaillant, à titre permanent ou temporaire, au sein du CHRSO dispose d’un droit d’accès au système d’information.

Ce droit d’accès est :
- Strictement personnel,
- Unique,
- Réservé,
- Justifié.

Toute demande d’accès aux ressources doit être validée par le responsable hiérarchique du demandeur.

3.4.3. Confidentialité des données

L’utilisateur est tenu au secret professionnel pour toute information relative au fonctionnement du CHRSO et pour toute information médicale qu’il aurait pu obtenir en ayant accès au Système d’Information.

L’utilisateur ne doit pas tenter de lire, de copier, de divulguer ou de modifier des données sans y avoir été autorisé.

L’utilisateur doit être vigilant à la protection des données auxquelles il accède et manipule. Il a la responsabilité de prendre toute disposition pour que ces données restent confidentielles. Tout comportement qui enfreint ces règles est passible d’une sanction disciplinaire.

3.4.4. Dossier Patient informatisé

L’utilisateur est garant et responsable de la sécurité et de la confidentialité des données à caractère médical, notamment celles contenues dans le dossier patient informatisé. L’accès à ce dernier répond à des règles précises en termes de confidentialité et de secret médical que tout utilisateur est tenu de respecter, dans le même esprit que l’accès au dossier patient papier.
3.4.5. **Utilisation du matériel, propriété de l’établissement**

L’utilisation abusive du matériel informatique à des fins personnelles est interdite. Le matériel mis à disposition des utilisateurs reste la propriété de l’établissement.

3.4.6. **Utilisation des logiciels**

Seuls les logiciels bénéficiant d’une licence en cours de validité et ayant été approuvés par le CHRSO peuvent être utilisés sur les matériels de l’établissement.

Un logiciel acquis à titre personnel n’est pas autorisé sur les équipements du CHRSO.

3.4.7. **Utilisation de la messagerie**

Le message électronique est un écrit qui engage la responsabilité de son auteur et éventuellement celle du Centre Hospitalier de la Région de Saint Omer. Il peut être reconnu pour établir un fait ou un acte juridique.

Chaque utilisateur est responsable de l’archivage et du classement des messages qu’il a relevé.

Chaque utilisateur adopte une attitude de bon sens liée à l’utilisation de la messagerie. A ce titre, l’utilisateur ne doit pas transmettre, d’informations médicales.

3.4.8. **Utilisation d’internet**

Chaque utilisateur accédant à Internet s’engage à consulter uniquement des sites licites, et dans un cadre professionnel.

La consultation ponctuelle, à des fins personnelles, est tolérée à condition de ne pas être abusive et contraire aux règles de sécurité édictées par l’établissement.

Le respect de ces règles peut faire l’objet de contrôle sur poste ou à distance sans avertissement préalable. Toute irrégularité est passible de sanction.