CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

Règlement intérieur

Mise à jour 2023

Le présent règlement intérieur est pris en application du Code de la Santé Publique et notamment son article L. 6143-1, qui prévoit que le Conseil de surveillance délibère sur le règlement intérieur de l'établissement.

Il définit les règles de fonctionnement de l'établissement propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients et des usagers. Il participe à l'information des patients, des usagers et des professionnels de santé.

Il est consultable sur le site INTERNET du centre hospitalier de Perpignan et en interne au CHP, sur le portail INTRANET.

Il a été soumis à l'approbation du Conseil de Surveillance, après avis du Directoire et des instances consultatives.

Ce document a une portée générale sur l'ensemble de l'établissement. Il existe des règlements intérieurs spécifiques pour les structures d'accueil, de prise en charge et d'hébergement des personnes âgées :

- Unité de soins de longue durée (USLD)
- Unité de jour thérapeutique

Le règlement intérieur de ces structures est remis aux résidents ou à leurs représentants, ainsi qu'un contrat de séjour.

Il existe également un règlement intérieur spécifique pour l'hospitalisation à domicile (HAD).

Le règlement intérieur est mis à jour en fonction de l'évolution des dispositions législatives et réglementaires et des modalités d'organisation et de fonctionnement propres au Centre Hospitalier de Perpignan.

Table des matières

PARTIE 1 - PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN 5
FICHE 1.1 STATUT JURIDIQUE DE CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN 7
FICHE 1.2 (Mise à jour 06-2023) POSITIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN SUR LA REGION ET LE DEPARTEMENT 8
FICHE 1.3 MISSIONS ET OBLIGATIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN 10
FICHE 1.4 (Mise à jour 12-2022) PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN 12
FICHE 1.5 ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN 13
FICHE 1.6 (mise à jour 12-2022) FINANCEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN 14
FICHE 1.7 (mise à jour 06-2023) GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN 15
FICHE 1.8 (mise à jour 06-2023) GOUVERNANCE INTERNE - ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES EN POLES 27
FICHE 1.9 (mise à jour 08-2016) ENGAGEMENT DU CHP DANS UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE 34
FICHE 1.10 (mise à jour 06-2023) GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT) 35
PARTIE 2 – POLITIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS (QSS) 37
FICHE 2.1 (mise à jour 06-2023) LE PILOTAGE INTERNE DE LA POLITIQUE QSS 39
FICHE 2.2 SECURITE SANITAIRE 41
FICHE 2.3 (mise à jour 06-2023) LA CERTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT ET LES CERTIFICATIONS DES SERVICES 44
FICHE 2.4 (mise à jour 06-2023) LES INDICATEURS ET LES ENQUÊTES QUALITE 45
FICHE 2.5 (mise à jour 06-2023) LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES (EI) 47
PARTIE 3 - DROITS DU PATIENT 49
FICHE 3.1 (Mise à jour 08-2016) RESPECT DE LA VIE PRIVEE ET DU SECRET MEDICAL 51
FICHE 3.2 (Mise à jour 06-2023) DROIT A L'INFORMATION 53
FICHE 3.3 ACCES AU DOSSIER MEDICAL 55
FICHE 3.4 (mise à jour 06-2023) CONSENTEMENT AUX SOINS 57
FICHE 3.5 (mise à jour 08-2016) REFUS DE SOINS / SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL 59
FICHE 3.6 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR 60
FICHE 3.7 (mise à jour 08-2016) PERSONNE DE CONFIANCE 61
FICHE 3.8 (mise à jour 06-2023) OBSERVATIONS, RECLAMATIONS ET PLAINTES 62
FICHE 3.9 (Mise à jour 06-2023) COMITE D'ETHIQUE 64
PARTIE 4 – DEVOIRS DES USAGERS, PATIENTS ET VISITEURS DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN 65
FICHE 4.1 CONDITIONS DE SEJOUR (Mise à jour 06-2023) 67
PARTIE 5 – ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT- CAS GENERAL 73
FICHE 5.1 (Mise à jour 06-2023) MODALITES D'ADMISSION AU CHP 75
FICHE 5.2 (Mise à jour 06-2023) LIVRET D'ACCUEIL DE LA PERSONNE HOSPITALISEE 79

FICHE 5.3 (mise à jour 06-2023) PROCEDURES ADMINISTRATIVES D'ADMISSION EN HOSPITALISATION 80
FICHE 5.4 (Mise à jour 08-2016) CONDITIONS DE SEJOURS EN HOSPITALISATION 82
FICHE 5.6 (Mise à jour 06-2023) DECES SURVENANT A L'HOPITAL 87
FICHE 5.7 DROITS CIVIQUES 90
FICHE 5.8 (MISE A JOUR 06-2023) FACTURATION DES CONSULTATIONS, ACTES EXTERNES ET FRAIS DE SEJOUR 91
PARTIE 6 – ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT- PROCEDURES SPECIFIQUES 95
FICHE 6.1 (Mise à jour 08-2016) PROCEDURES SPECIFIQUES AUX PATIENTS MINEURS 97
FICHE 6.2 (Mise à jour 06-2023) PROCEDURES SPECIFIQUES AUX MAJEURS PROTEGES 100
FICHE 6.3 (mise à jour 06-2023) ACCOUCHEMENT SOUS SECRET 101
FICHE 6.4 DETENUS ET GARDE A VUE 102
FICHE 6.5 (Mise à jour 06-2023) INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG) 103
PARTIE 7 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL 105
FICHE 7.1 (Mise à jour 08-2016) DISPOSITIONS GENERALES 107
FICHE 7.2 DISPOSITIONS FONDEES SUR LE RESPECT ET L'INTIMITE DU PATIENT 109
FICHE 7.3 (Mise à jour 06-2023) DROIT ET PROTECTION DES AGENTS 111
FICHE 7.4 (Mise à jour 06-2023) OBLIGATIONS DES AGENTS 113
FICHE 7.5 (Mise à jour 06-2023) REFERENT DEONTOLOGUE 117
PARTIE 8 : DISPOSITIONS GENERALES 119
FICHE 8.1 (mise à jour 06-2023) SECURITE GENERALE 121
FICHE 8.2 (mise à jour 06-2023) SECURITE INCENDIE 125
FICHE 8.3 (Mise à jour 27-01-2021) CHARTE INFORMATIQUE 126

PARTIE 1 - PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

FICHE 1.1 STATUT JURIDIQUE DE CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Le centre hospitalier de Perpignan est un établissement public de santé régi par les dispositions du code de la santé publique. Son objet n'est ni industriel ni commercial. Il assume des missions de service public.

Le centre hospitalier de Perpignan est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Il est soumis au contrôle de l'Etat. L'Agence Régionale de Santé exerce cette mission de contrôle.

En tant qu'établissement public de santé, il est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier. Il respecte les procédures d'achats définies par le code des marchés publics.

Réf : code de la santé publique – L. 6141-1 ; L. 6141-7

FICHE 1.2 (Mise à jour 06-2023) POSITIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN SUR LA REGION ET LE DEPARTEMENT

Le Centre Hospitalier de Perpignan (CHP) est par sa taille, son activité et son plateau technique le quatrième établissement de santé de la région Occitanie, après les CHU de Montpellier (34), Toulouse (31) et de Nîmes (30).

Le CHP est le premier établissement public du territoire de santé, lequel correspond au département des Pyrénées-Orientales.

Le CHP dispose de toutes les autorisations d'activités prévues par le Schéma Régional d'Organisation des Soins :

- Médecine adultes :
  - ✓ Réanimation
  - ✓ Unité de surveillance continue
  - ✓ Unité d'hospitalisation de courte durée (urgences)
  - ✓ Médecine interne et générale
  - ✓ Médecine des maladies infectieuses et tropicales
  - ✓ Médecine du sport
  - ✓ Neurologie dont une unité de soins intensifs
  - ✓ Pneumologie
  - ✓ Cardiologie dont une unité de soins intensifs
  - ✓ Hépato- Gastro- Entérologie
  - ✓ Rhumatologie
  - ✓ Néphrologie et dialyse
  - ✓ Endocrinologie
  - ✓ Hématologie dont une unité de soins intensifs
  - ✓ Oncologie
  - ✓ Gériatrie
  - ✓ UDOR
  - ✓ Radiologie interventionnelle

- Médecine enfants :
  - ✓ Pédiatrie
  - ✓ Réanimation néonatale
  - ✓ Soins intensifs de néonatologie
  - ✓ Unité Kangourou

- Chirurgie :
  - ✓ Chirurgie orthopédique
  - ✓ Chirurgie viscérale
  - ✓ Chirurgie urologique
  - ✓ Chirurgie maxillo-faciale et esthétique
  - ✓ Chirurgie gynécologique
  - ✓ Chirurgie thoraco-vasculaire
  - ✓ Neurochirurgie

- ✓ Chirurgie des cancers : sein, digestif, urologie, thorax, gynécologie, ORL
- ✓ ORL
- ✓ OPH

- Obstétrique :
  La maternité du CHP est de niveau III, elle répond aux exigences de prise en charge des grossesses à risques avec, notamment, un service de réanimation néonatale.

- Soins de médecine d'urgence :
  - ✓ Régulation des appels adressés au service d'aide médicale d'urgence (SAMU66)
  - ✓ Prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence des patients (SMUR)
  - ✓ Prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences

- Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

- Soins de longue durée (SLD)

- Hospitalisation à domicile (HAD)

- Service de soins à domicile (SSIAD) dont Equipe spécialisée Alzheimer (ESA)

- Equipes mobiles : gériatrie, soins palliatifs, hépatite, hygiène

Sont installés au CHP, les équipements matériels lourds suivants :
- 2 TEP-scan (tomographie à émission de positons)
- 3 IRM dont 1 3 Tesla
- 3 scanographes dont 1 interventionnel
- 2 gamma-caméra

Le CHP a une capacité de :
- 735 lits et places de court séjour
- 38 de SMR
- 200 de long séjour
- 60 places d'HAD
- 100 de SSIAD, dont 10 dédiées à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

L'activité du CHP est répartie sur deux sites :

- Le site principal : hôpital Saint-Jean
- Le site annexe : Centre de Cure Médical pour Personnes Agées (La Miséricorde)
- Une annexe de l'HAD est également implantée à l'hôpital de Prades

Le CHP assure la gestion d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers chargé de la formation initiale des IDE et des aides-soignants.

FICHE 1.3 MISSIONS ET OBLIGATIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Le CHP, en tant qu'établissement de santé, assure le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Il délivre les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

Il participe à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Il mène, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale, avec les représentants des usagers.

Il élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à ses activités, avec les représentants des usagers et la maison des usagers.

Dans ce cadre, il organise la lutte contre les évènements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définit une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Il développe une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience.

Il assure les missions de service public suivantes :

- La permanence des soins
- La prise en charge des soins palliatifs
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers
- La formation initiale du personnel paramédical et le développement professionnel continu des sages-femmes, du personnel paramédical ainsi que de l'ensemble du personnel hospitalier
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination

- Les actions de santé publique

- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret

- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 744-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Le CHP garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions :

- L'égal accès à des soins de qualité ;

- La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé

- L'accueil, l'information, l'orientation et l'accompagnement des usagers, avec l'appui de la maison des usagers

FICHE 1.4 (Mise à jour 12-2022) PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Le personnel du CHP se compose de 3553,84 équivalents temps plein soit **3 797 agents et médecins** répartis de la façon suivante :

TYPE DE PERSONNEL	NOMBRE D'AGENT
Personnel administratif	460
Personnel technique	337
Personnel médico-technique	200
Personnel socio-éducatif	25
Personnel de soins	2115
Personnel médical (praticiens, assistants, contractuels, internes)	593 (dont 2 médecins du travail)
Divers	67
TOTAUX	**3797**[1]

[1] Effectifs physiques sur les budgets H & et B au 31/12/2022

FICHE 1.5 ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

En 2022, le CHP a enregistré :

- 88 415 admissions en hospitalisation représentant 343 635 journées d'hospitalisation et Long Séjour
- 90 072 passages aux urgences (adultes, enfants, obstétriques)
- 451 695 consultations externes
- 17 570 interventions chirurgicales
- 2242 accouchements par an

- **CHAQUE JOUR, L'HOPITAL C'EST :**

2126 seringues

480m3 d'eau

3935 kg de linge

1 tonne de déchets d'activité de soins

2126 repas

26 mégawatts

3,2 tonnes d'ordures ménagères

1200 plis affranchis par le service courrier

FICHE 1.6 (mise à jour 12-2022) FINANCEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Le CHP gère annuellement un budget de fonctionnement de 360 millions d'euros toutes activités confondues, y compris budgets annexes. S'y ajoutent les dépenses d'investissement en travaux, équipements et matériels dont le montant est déterminé en fonction des programmes de travaux, de renouvellement ou d'acquisitions nouvelles des équipements biomédicaux, hôteliers, informatiques ou logistiques. En 2022, ces dépenses se sont élevées à 10 millions d'euros.

Les recettes de fonctionnement sont assurées en grande partie (77%) par l'assurance maladie. Elles sont, pour l'essentiel, liées à l'activité de l'établissement (séjours en hospitalisation, consultations et actes externes) et calculées en fonction du taux de prise en charge par l'assurance maladie de chaque patient. La part non couverte par l'assurance maladie, ticket modérateur et forfait journalier, est facturée au patient ou à sa mutuelle.

Certaines activités d'intérêt général (urgences, prélèvements d'organes, missions de santé publique…) sont financées de manière forfaitaire par l'assurance maladie.

L'établissement facture également d'autres produits et notamment des rétrocessions de médicaments, des subventions d'exploitation et de fonctionnement, des prestations aux patients ou accompagnants, des mises à disposition de personnel au profit d'autres structures.

Le budget annuel, appelé Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses, est préparé par le directeur de l'établissement et soumis à l'approbation de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ces prévisions budgétaires doivent respecter les Objectifs de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) arrêtés par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) votée par le Parlement avant le 31 décembre de chaque année.

FICHE 1.7 (mise à jour 06-2023) GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le Centre Hospitalier de Perpignan est doté d'un Conseil de surveillance.

Les membres sont nommés par arrêté du Directeur général de l'ARS de la région Languedoc-Roussillon. La liste nominative des membres est disponible sur demande auprès du secrétariat de la Direction.

Le conseil de surveillance est composé comme suit :

-Cinq représentants des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de la métropole, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de la métropole, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège du CHP ou son représentant, le président du conseil départemental ou son représentant.

-Cinq représentants du personnel médical et non médical du CHP, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité social d'établissement.

-Cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 du CSP, désignées par le représentant de l'Etat dans le département.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées. Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

Peuvent participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, le député de la circonscription où est situé le siège du CHP et un sénateur élu dans le département où est situé également le siège du CHP, désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat.

Le directeur général de l'agence régionale de santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le représentant chargé de la réflexion d'éthique au sein du CHP participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1 du CSP.

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

Le directeur de la caisse d'assurance maladie participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le CHP délivrant des soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

Le Conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce son contrôle permanent sur la gestion.

Il délibère sur :

-Le projet d'établissement
-Le compte financier et l'affectation des résultats
-Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
-Le rapport annuel sur l'activité du CHP présenté par le directeur
-Toute convention intervenant entre le CHP et l'un des membres du directoire ou du conseil de surveillance
-Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
-Les prises de participation et les créations de filiales

Il donne également son avis sur :

-La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
-Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat
-La participation de l'établissement au GHT
-Le règlement intérieur de l'établissement

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

À tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et le CHP ainsi que de ses modifications.

Réf : code de la santé publique – art L.6143-1 ; L.6143-5

LE DIRECTOIRE

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Il comporte neuf membres : le directeur, président du directoire ; le président de la commission médicale d'établissement, vice-président ; le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; un membre du personnel non médical ; des membres du personnel médical.

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

Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.

Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Le directoire approuve :

-Le projet médical
-Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et prépare sur cette base le projet d'établissement.

Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

De par les compétences que lui confie la loi, le Directoire a un positionnement stratégique dans le fonctionnement de l'établissement.

Réf. : code de la santé publique – art L.6143-7-3 ; L.6143-7-4 ; L.6143-7-5

LE DIRECTEUR

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur

proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

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

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Par dérogation, le directeur du CHP support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au GHT, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3 du CSP.

Le directeur du CHP peut déléguer ses pouvoirs à un membre de l'équipe de direction en application du 5° du II de l'article 25 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires s'il estime se trouver dans une situation de conflit d'intérêts au sens du même article 25 bis. Il en informe le conseil de surveillance et, le cas échéant, les conseils de surveillance des autres établissements de santé parties au groupement.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

-Conclut le contrat pluriannuel

-Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement et en lien avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

-Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement

-Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en ce qui concerne les équipements médicaux

-Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 du CSP, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales

-Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance

-Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 du CSP

-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 du CSP ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 du même code

-Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans

-Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2 du CSP, 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 du CSP

-Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement

-Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques

-Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

-A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos

-Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 du CSP

-Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7 du CSP

-Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7 du CSP

-Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

Réf. : code de la santé publique – art L. 6143-7

CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN
ORGANIGRAMME DE DIRECTION 2023

Barthélémy MAYOL - DIRECTEUR

DIRECTION DE LA STRATEGIE, DE LA COORDINATION DES PROJETS, DU GHT ET DES COOPERATIONS, DES RELATIONS AVEC LA MEDECINE DE VILLE-TERRITOIRE ET DU CONTRÔLE INTERNE	**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA POLITIQUE SOCIALE** **CHARGEE DE L'ORGANISATION DES SECRETARIATS MEDICAUX**	**DIRECTION DES ACHATS, DE LA LOGISTIQUE, DES EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX ET COORDINATION DES ACHATS DU GHT**	**DIRECTEUR DELEGUE DU CH DE PRADES EHPAD GUY MALE** **CHARGE DE MISSION UNIVERSITE**	**DIRECTION DES INSTITUTS DE FORMATION (IMFSI - IFAS)**
Karine BEDOLIS	**Audrey PANIEGO-MARTINEZ**	**Sophie DUPUY**	**Jérôme RUMEAU**	**Corinne ARMERO**
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES	**DIRECTION DE LA COORDINATION GENERALE DES SOINS** **DIRECTION DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES *(par intérim)***	**DIRECTION DU NUMERIQUE ET SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER**	**DIRECTION DES FINANCES, DE LA FACTURATION ET DU CONTRÔLE DE GESTION**	**DIRECTRICE REFERENTE DE LA FILIERE GERIATRIQUE ET DU PROJET GCSMS DE TORREMILLA** **GESTION DES SSE**
Stéphanie BASSE	**Agnès DESMARS**	**Simon RAMBOUR**	**Gregory GUIBERT**	**Olivia DIVOL**
DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES, RELATIONS AVEC LES USAGERS, RECHERCHE CLINIQUE, MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE	**DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES ET PLAN DIRECTEUR**		**RESPONSABLE COMMUNICATION**	
Jacqueline PRAT	**Jonathan VANNIER**		**Laure SALELLAS**	

DIRECTEURS REFERENTS PAR POLE	
POLE GERIATRIQUE	Olivia DIVOL
POLE ABDOMEN HEMATOLOGIE ONCOLOGIE	Jacqueline PRAT
POLE ANESTHESIE REANIMATION	Jérôme RUMEAU
POLE FACE ET ORTHOPEDIE	Agnès DESMARS
POLE FEMME ENFANT	Stéphanie BASSE
POLE MEDICO-TECHNIQUE	Karine BEDOLIS
POLE METABOLIQUE	Sophie DUPUY
POLE NEUROLOGIE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE REEDUCATION	Grégory GUIBERT
POLE SPECIALITES MEDICALES ET SANTE PUBLIQUE	Jonathan VANNIER
POLE URGENCES ET MEDECINE AIGUË	Audrey PANIEGO-MARTINEZ
Référent GCS PSR	Simon RAMBOUR

LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

La commission médicale d'établissement élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement. Elle participe à leur mise en œuvre. Elle contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

La CME du Centre Hospitalier de Perpignan est composée des membres suivants :

-L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques

-Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles

-Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement

-Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral

-Des représentants élus des sages-femmes

-Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie

-Un représentant des étudiants hospitaliers en second cycle des études de maïeutique

Assistent en outre avec voix consultative :

-Le président du directoire ou son représentant

-Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

-Le praticien référent de l'information médicale

-Le représentant du comité social d'établissement

-Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

-Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur du CHP

-Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionnés à l'article R. 6111-4 du CSP

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La commission médicale d'établissement peut désigner, en concertation avec le directeur de l'établissement, au plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

La CME est renouvelée tous les quatre ans.

Un Président et un Vice-Président de la CME sont élus parmi les praticiens titulaires pour une durée de 4 ans.

Le mandat du Président est renouvelable une seule fois de manière consécutive.

Le Président de la CME est le Vice-Président du Directoire.

Il décide, conjointement avec le Directeur de l'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au Directeur par la CME.

Il élabore avec le Directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'établissement et l'Agence Régionale de Santé, le projet médical de l'établissement. Il assure le suivi de sa mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.

- Il coordonne la politique médicale de l'Etablissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

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

La CME met en place des commissions nécessaires à la discussion, à l'analyse et à l'élaboration de ses projets, ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement médical. Le mandat de ces commissions expire en même temps que celui de la CME.

Réf. : code de la santé publique - art L.6144-1 ; L.6144-2 ; R. 6144-1 ; R. 6144-2 ; R. 6144-2-1 ; R. 6144-3 ; R. 6144-5 ; R. 6144-6

LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)

La CSIRMT est consultée sur l'organisation générale des soins, l'accompagnement des patients, la recherche et l'évaluation des soins, ainsi que sur le plan de formation et le projet d'établissement.

Ses membres doivent être des agents titulaires, stagiaires ou contractuels en fonction dans l'établissement, qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

La CSIRMT se compose de trois collèges :

- collège des cadres de santé
- collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques
- collège des aides-soignants

Le nombre de membres est arrêté par le présent règlement à 24 membres titulaires et 24 membres suppléants répartis, chaque groupe représentant 10% au moins de l'ensemble des membres de la CSIRMT :

1- **Collège des cadres de santé :** soit 9 membres titulaires et 9 membres suppléants répartis comme suit :

- 7 représentants du collège de la filière infirmière
- 1 représentant du collège de la filière de rééducation
- 1 représentant du collège de la filière médicotechnique

2- **Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques :** soit 12 membres titulaires et 12 membres suppléants répartis comme suit :

- 9 représentants du collège des personnels infirmiers
- 1 représentant du collège des personnels de rééducation
- 2 représentants du collège des personnels médicotechniques

3- **Collège des aides-soignants :** soit 3 membres titulaires et 3 membres suppléants

Les membres sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour parmi les personnels relevant de chaque collège composant chaque groupe.
Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.
Sont éligibles les électeurs ci-dessus à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.
Il est procédé à un appel à candidature par collège, selon des modalités internes précisées par note de service à diffusion générale sur l'ensemble des sites du Centre Hospitalier par M. le Directeur.
Dans l'éventualité où le nombre de candidats par collège serait insuffisant en regard du nombre de sièges à pourvoir, il sera procédé à un tirage au sort parmi les éligibles du ou des collèges concernés.

Les fonctions des membres désignés de la CSIRMT sont de quatre ans renouvelables.

Réf. : code de la santé publique – art L.6146-9

LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT (CSE)

Le comité social d'établissement est présidé par le directeur de l'établissement. Le directeur de l'établissement peut être suppléé par un membre du corps des agents de direction de l'établissement.

Le comité social d'établissement est chargé de l'examen des questions collectives de travail ainsi que des conditions de travail.

Dans le cadre du règlement intérieur du CSE d'avril 2023 (art. 4), approuvé précisément en séance le 20 avril 2023, le comité social d'établissement est consulté, informé et débat des questions relatives :

- Aux orientations stratégiques de l'établissement et à celles inscrivant l'établissement dans l'offre de soins au sein de son territoire
-A l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus ;
-A l'organisation interne de l'établissement ;
-Aux orientations stratégiques sur les politiques de ressources humaines ;
-Aux enjeux et aux politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations. Les comités sociaux sont consultés sur le plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes mentionné à l'article L. 132-1 du Code général de la fonction publique et informés annuellement de l'état de sa mise en œuvre ;
-Aux lignes directrices de gestion en matière de promotion et valorisation des parcours professionnels.
-A la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes ;
-Aux autres questions relevant des domaines mentionnés à l'article L. 112-1 du code général de la fonction publique, à l'exception de l'élaboration des règles statutaires régissant les fonctionnaires et de l'examen des décisions individuelles.

Réf. : code général de la fonction publique – art L. 251-1 ; L. 253-7 ; L. 254-5

FORMATION SPECIALISEE

Une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail existe afin de traiter des risques professionnels particuliers.

Ses attributions sont décrites dans le règlement intérieur du CSE d'avril 2023 (art. 5), approuvé précisément en séance le 20 avril 2023.

Réf. : code général de la fonction publique – art L. 251-13

LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES

Les commissions administratives paritaires locales ont compétence à l'égard des fonctionnaires hospitaliers et sont mises en place par l'assemblée délibérante de l'établissement.

Les commissions administratives paritaires locales sont composées de représentants de l'administration et de représentants du personnel élus.

Les membres de la Commission sont élus pour une durée de quatre ans.

Elles sont présidées par le Président de l'assemblée délibérante ou son représentant.

Elles émettent des avis sur les questions touchant à la situation individuelle des agents. Elles examinent les décisions individuelles relatives à la titularisation, à la disponibilité, à l'appréciation de la valeur professionnelle, au pouvoir disciplinaire, à la recherche d'affectation et au licenciement pour insuffisance professionnelle, ainsi que celles déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Réf. : code général de la fonction publique - art. L. 261-8 ; L. 262-1 ; L. 263-4 ; L. 264-3

FICHE 1.8 (mise à jour 06-2023) GOUVERNANCE INTERNE - ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES EN POLES

Réf. : articles L.6146-1 ; D. 6146-1 ; R.6146-3 à R.6146-9-1 du code de la santé publique ; décret n° 2016 – 291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé.

LES POLES D'ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du chapitre VI, Titre IV, Livre 1e du CSP.

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement.

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

Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement.

Les chefs de pôle sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 du CSP et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1 du même code.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement signent conjointement le contrat.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Sans préjudice du premier alinéa de l'article L. 6146-1-1 du CSP, 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 du CHP. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Sans préjudice de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6146-1-1 du CSP, le chef de pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services, les départements, les unités et les structures qui composent le pôle.

Chaque pôle est représenté au collège médical du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) par un praticien du pôle élu par la CME de l'établissement. Pour chaque pôle, la CME élit un titulaire et un suppléant.

LA CHEFFERIE DE POLE

Le chef de pôle organise, avec les équipes médicales, soignantes, médico-administratives 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 du pôle.

Le praticien doit trouver un équilibre de temps entre sa fonction médicale et sa fonction de chef de pôle, ceci afin de mener à bien toutes les missions qui lui sont imparties. En fonction des actualités du pôle, le temps dédié à la chefferie (estimé à hauteur de 20% hebdomadaire) doit rester compatible avec l'exercice médical du praticien.

Le chef de pôle exerce son autorité fonctionnelle sur les praticiens affectés sur son pôle dans le respect de la déontologie médicale de chacun.

Il assure le suivi du tableau des effectifs médicaux autorisés en collaboration avec la direction des affaires médicales et propose au directeur les éventuelles évolutions justifiées par les données d'activité ou le projet du pôle, en cohérence avec les objectifs institutionnels et en concertation avec les chefs de services concernés.

En cas de vacance de poste, le chef de pôle sélectionne les candidatures en concertation avec le chef de service et la direction des affaires médicales. Il présente le ou les candidat(s) sélectionné(s) à la commission de prospective hospitalière qui intervient sur l'ensemble des recrutements médicaux. En effet, chaque entrée dans les effectifs médicaux fait systématiquement l'objet d'un passage en CPH, par principe avant tout recrutement, à l'exception des vacations inférieures à trois demi-journées.

Il donne son avis, en concertation avec le chef de service concerné, sur les demandes d'évolution statutaire ou de quotité de travail des praticiens du pôle.

Le chef de pôle est le coordonnateur, animateur et régulateur du pôle. Il est secondé par un cadre de pôle et un directeur référent.

LE CONSEIL DES PÔLES

Le conseil des pôles est une instance d'échanges informels entre la direction, la présidence de la CME et les chefs de pôle, sur les dossiers stratégiques de l'établissement.

Il est composé par :

- Le directeur
- Le président de la CME
- Le vice-président de la CME
- Les dix chefs de pôles
- Le chef de service du département de l'information médicale

Sont invités, en fonction de l'ordre du jour, les membres de la direction et les praticiens concernés par les sujets présentés.

Le conseil des pôles est un lieu d'échanges et d'informations, notamment sur :

- Les orientations nationales et régionales de la politique de santé
- Les évolutions de la réglementation applicable aux établissements publics de santé
- Les dossiers stratégiques du Centre hospitalier de Perpignan
- Les organisations internes de l'établissement
- Les projets de pôle

Le conseil des pôles se réunit au moins 6 fois par an sur convocation du directeur.

LE CONTRAT DE PÔLE

Conformément à l'article R. 6146-8 du CSP, sur la base de l'organisation déterminée par le directeur et le président de la CME, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 du même code définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

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

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

Le contrat de pôle définit les modalités d'une subdélégation éventuelle de la signature du chef de pôle aux chefs de service permettant d'engager des dépenses dans ces différents domaines.

Le contrat de pôle précise également le rôle des acteurs du pôle, ainsi que des différents niveaux de décision ou de délégation (décideur, régulateur, demandeur) dans les domaines suivants :
-Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle
-Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux
-Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière
-Proposition au directeur de recrutement du 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.

LA CHEFFERIE DE SERVICE

Le directeur arrête l'organisation interne de l'établissement en pôles, services et unités fonctionnelles, après avis du président de la CME et concertation du directoire.

Les chefs de service sont nommés par le directeur sur proposition du président de la CME après avis du chef de pôle, pour une durée de quatre ans renouvelables.

Dans les mêmes conditions, les unités de responsabilité médicale créées au sein d'un service pour certaines activités spécifiques faisant l'objet d'une organisation distincte ou d'un financement particulier peuvent être placées sous la responsabilité d'un praticien désigné par le directeur.

Les décisions de nomination font l'objet d'une diffusion générale interne au CHP.

Les chefs de service en fonction à la date de publication du décret 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé sont maintenus dans leurs fonctions :

- jusqu'au 14 mars 2017, date anniversaire de l'entrée en vigueur du décret, soit un jour franc après sa publication, si la durée de leur mandat est supérieure à 4 ans à cette date.
- jusqu'à ce qu'une durée de quatre ans ait couru depuis leur nomination, si la durée de leur mandat n'atteint pas les 4 ans au 14 mars 2017.

Le directeur propose aux chefs de service nouvellement nommés une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions, dans les deux mois suivants leur nomination, après avis du chef de pôle et du président de la CME.

En cas de vacance d'une chefferie de service, par décision du directeur, sur proposition du président de la CME, après avis du chef de pôle, le chef de pôle ou un praticien par intérim

assurera la fonction de chef de service en attendant la nomination d'un nouveau chef de service selon les modalités supra.

Le chef de service est le responsable médical de la structure. Il définit l'organisation de l'équipe médicale et veille à son bon fonctionnement afin d'assurer la qualité d'accueil et de prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Il est le garant de la continuité des soins et de la permanence des soins. Il établit et signe le tableau de service qu'il transmet à la direction des affaires médicales.

Les praticiens du service n'ayant pas la plénitude d'exercice (praticiens attachés associés, assistants associés, FFI) exercent sous la responsabilité du chef de service.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de service par décision du directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle, notamment en cas d'absence longue (CET, longue maladie).

Les chefs de service et les praticiens désignés responsables d'unité médicale sont membres de droit de la CME.

Les dispositions ci-dessus peuvent être modifiées par avenant au règlement intérieur.

LES DIX POLES D'ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES

PÔLES	SERVICES / UNITES
Abdomen-Hématologie-Oncologie	-Hématologie -Oncologie -Chirurgie viscérale et digestive -Hepato-Gastroenterologie -Médecine sociale – USMP UMCRA PASS -Equipe mobile en soins palliatifs
Femme-Enfant	-Pédiatrie -Néonatologie -Gynécologie - Obstétrique -Addictologie -PASSER'ELLE -UAPED
Anesthésie-Réanimation	-Anesthésie -Bloc opératoire -Douleur -Réanimation polyvalente -Unité de soins continus -PMOT
Neurologie-Cardiologie-Pneumologie -Rééducation	-Cardiologie -Angiologie -Neurologie -Explorations fonctionnelles neurologiques et neuro-vasculaires -Neurochirurgie -Pneumologie -CLAT -SMR Gériatrie -Médecine physique et réadaptation
Face et Orthopédie	-Chirurgie maxillo-faciale – Stomatologie – Chirurgie réparatrice et plastique -ORL -Ophtalmologie -Chirurgie orthopédique -Chirurgie thoracique et vasculaire -Chirurgie ambulatoire et de semaine
Gériatrie	-Médecine gériatrique -USLD -Equipe mobile de gériatrie interne et externe -Consultation mémoire -SSIAS, équipe spécialisée Alzheimer

Spécialités médicales et Santé Publique	-Dermatologie -Médecine générale et interne -Médecine infectieuse et tropicale -Rhumatologie -Unité saisonnière de médecine
Métabolique	-Néphrologie - Hémodialyse -Médecine du sport -Endocrinologie -Chirurgie urologique
Médico-technique	-Imagerie médicale -Médecine nucléaire -Laboratoire -Anatomopathologie - CRB -Service mortuaire -Pharmacie - stérilisation -Hygiène hospitalière
Urgences et Médecine Aiguë	-SMUR -SAMU -SAU -UHCD -UHSU -HAD -UMJ -CESU -UDOR

FICHE 1.9 (mise à jour 08-2016) ENGAGEMENT DU CHP DANS UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

LE COMITE DE DEVELOPPEMENT DURABLE (CODEV)

Le Centre Hospitalier de Perpignan s'est engagé début 2012 dans une démarche de Développement Durable.

La création d'un Comité de Développement Durable (CODEV) a signé cet engagement.

Il comporte des représentants des différentes catégories professionnelles et des experts et a élaboré un plan d'actions pluriannuel basé sur :

- Les économies d'énergie
- Le Plan de Déplacement d'Etablissement
- La politique des impressions et des éditions
- Le tri des déchets et le recyclage
- La réduction des substances nocives
- La lutte contre le gaspillage alimentaire et les périmés pour une consommation responsable

Ces items sont soutenus par une politique d'achat responsable et surtout une politique de communication permettant la promotion du Développement Durable. A cet égard, en juin 2016 l'établissement a organisé la semaine du Développement Durable donnant lieu à une sensibilisation auprès de tous les acteurs de l'établissement.

Le CODEV a établi un plan d'actions intégrant pour chaque action une évaluation dont les critères et la périodicité sont prédéfinis et suivies périodiquement par le CODEV.

FICHE 1.10 (mise à jour 06-2023) GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)

En application de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et du décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, le Centre hospitalier de Perpignan est partie au groupement hospitalier de territoire dit « GHT Aude Pyrénées » et regroupant les centres hospitaliers de :

- Lézignan-Corbières
- Narbonne
- Perpignan
- Port-la-Nouvelle
- Prades
- Thuir

Ce GHT est régi par la convention constitutive, modifiée, signée par les directeurs des établissements parties au groupement, le 1er juillet 2016, après délibération des instances de chacun des établissements.

Le centre hospitalier de Perpignan a été désigné « établissement support » à l'unanimité des conseils de surveillance des six établissements parties. A ce titre, il gère pour le compte de l'ensemble des établissements du groupement, les fonctions suivantes :

- Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information hospitalier

- Gestion d'un département de l'information médicale de territoire

- Fonction achats, les modalités d'organisation de cette fonction sont définies par le règlement intérieur du GHT, en accord entre les établissements parties

- Coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel des personnels des établissements parties au groupement.

- Définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels. Ces orientations, établies en cohérence avec la stratégie médicale du groupement, sont soumises au comité stratégique pour approbation. L'établissement support veille à leur respect par les établissements parties.

Le GHT dispose d'instances qui lui sont propres :

- Le comité stratégique
- Le collège médical de groupement

- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement
- Le comité des élus locaux.

Les organisations syndicales représentées dans les comités sociaux d'établissement participent à une conférence territoriale de dialogue social.

PARTIE 2 – POLITIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS (QSS)

FICHE 2.1 (mise à jour 06-2023) LE PILOTAGE INTERNE DE LA POLITIQUE QSS

Le management de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements de santé est assuré conjointement par le directeur de l'établissement et le président de la CME (commission médicale d'établissement) qui arrêtent ensemble la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la prise en charge des usagers (art L6143.7 du CSP), après consultation du directoire et avis des instances consultatives et du conseil de surveillance.

Dans le cadre de cette politique, un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi est présenté par le Président de la CME.

Le programme d'actions porte sur les axes suivants :

- Management stratégique de la qualité et de la gestion des risques
- Cohérence des parcours patients
- Implication des patients et usagers
- Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
- Maitrise du risque infectieux
- Organisation de l'établissement en situation de SSE

Les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 ont été complétées par les textes suivants :

Le décret du 12 novembre 2010 et une circulaire du 18 novembre 2011 ont défini les obligations des établissements en matière de lutte contre les évènements indésirables associés aux soins

- L'arrêté du 6 avril 2011, définit les règles de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

- La circulaire du 14 février 2012 est relative au management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse du patient

Le directeur et le président de la CME réunissent le **comité stratégique de la qualité et de la gestion des risques COSQGDR** qui assure la conduite de la démarche Qualité et Gestion des risques avec pour missions de :

- définir la politique qualité et les actions qui en découlent ;
- d'assurer la coordination avec les autres politiques institutionnelles ;
- d'arbitrer et prioriser les principaux projets à mener et soumis à validation ;
- de suivre la mise en œuvre de la politique et l'avancement des actions prévues ;
- d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés.

La gestion des plaintes est organisée par la Direction de la Relation aux Usagers et des Affaires Juridiques.

Ils s'appuient sur une organisation opérationnelle constituée du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, du service qualité et gestion des risques et de la direction qualité.

Plusieurs comités apportent leur expertise à la définition, la mise en œuvre et l'évaluation du plan d'actions :

- Le COSQGDR : Comité Stratégique Qualité et Gestion des Risques

- Le COVEPP : comité d'organisation, de validation et d'évaluation des pratiques professionnelles

- Le COQVIRIS : comité qualité vigilance et gestion des risques qui réunit les correspondants des vigilances : infectiovigilance, identitovigilance, hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, biovigilance, cosmétovigilance

FICHE 2.2 SECURITE SANITAIRE

LA MATERIOVIGILANCE

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux, par exemple :

- Réaction nocive et non voulue se produisant lors d'une utilisation d'un dispositif médical conformément à sa destination
- Réaction nocive et non voulue se produisant lors d'une utilisation d'un dispositif médical ne respectant pas les instructions du fabricant
- Tout dysfonctionnement ou toute altération des caractéristiques ou des performances d'un dispositif médical
- Toute indication erronée, omission et insuffisance dans la notice d'instruction, le mode d'emploi ou le manuel de maintenance

COMITE DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET HEMOVIGILANCE

Le comité de sécurité transfusionnelle et hémovigilance veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance relative aux produits labiles (globules rouges, plaquette et plasma).

Il coordonne les actions d'hémovigilance entreprises et collabore avec l'établissement Français du Sang. Il est saisi en particulier de toutes les questions portant sur les circuits de transmission des informations en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance.

Il s'assure auprès des services de la présence dans le dossier transfusionnel des documents relatifs aux actes transfusionnels et le cas échéant de la copie de la fiche d'incidents transfusionnels. Il est informé de tous les incidents transfusionnels inattendus ou indésirables et conçoit toutes les mesures destinées à y remédier. Il s'assure que l'information appropriée a bien été délivrée auprès du patient concernant les bénéfices et les risques de la transfusion sanguine.

Il peut demander au coordonnateur général de procéder à toutes investigations sur les circonstances d'un incident transfusionnel inattendu ou indésirable.

Il veille à la mise en place d'un programme de formation des personnels en matière de transfusion sanguine, soumis aux instances locales.

Il peut saisir le coordonnateur régional et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de toutes questions relatives à la mise en œuvre des règles d'hémovigilance dans l'établissement.

COMITE DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (COMEDIMS)

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles participe à l'élaboration de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée

dans l'établissement. Il élabore annuellement le livret du médicament et des dispositifs stériles.

En outre, conformément aux recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé), le comité peut être chargé de mettre en place des enquêtes d'utilisation et de suivi des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. Il est également compétent en matière d'optimisation des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'en matière de recherche thérapeutique.

LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est une instance de proposition et de programmation. Il prépare, en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme annuel d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Il définit notamment en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux. Il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement. C'est une instance consultative. Il est informé par le représentant légal de l'établissement et donne son avis sur les projets d'aménagement de locaux, d'étude des circuits et d'acquisition d'équipement dans le cas où ces projets peuvent avoir des conséquences dans le domaine de l'hygiène.

Il établit le rapport annuel d'activité qui permet d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés, ainsi qu'un programme pour l'année suivante incluant des actions de prévention, de surveillance et de formation.

LA COMMISSION LOCALE DE SURVEILLANCE DE LA DISTRIBUTION DES GAZ A USAGE MEDICAL

Cette commission est consultée :

- Dès la conception des installations et lors de toute étude de modification
- Au cours de l'exécution des travaux
- A la réception finale qui comprendra obligatoirement la vérification de la conformité des matériels et installations aux normes et règlements existants ainsi que de la nature du gaz distribué

Elle effectue un contrôle annuel. Les résultats de ces contrôles sont consignés dans un document. La vérification des installations fixes est faite par le responsable technique et par le pharmacien. La vérification des installations mobiles lors de leur mise en service et après toute intervention de caractère technique est faite par l'ingénieur biomédical et par le médecin utilisateur.

LA PHARMACOVIGILANCE

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain et produits contraceptifs.

Elle comporte :

- Le signalement des effets indésirables et le recueil des informations les concernant

- L’enregistrement, l’évaluation et l’exploitation de ces informations dans un but de prévention
- La réalisation de toutes études et travaux concernant la sécurité d’emploi des médicaments et produits

LA COMMISSION DE L’EAU

La commission de l’eau est chargée de proposer en urgence au directeur de l’établissement la conduite à tenir vis à vis des problèmes de contamination de l’eau.

FICHE 2.3 (mise à jour 06-2023) LA CERTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT ET LES CERTIFICATIONS DES SERVICES

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification, conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui porte une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement.

La démarche de certification est réalisée à échéance périodique. Une visite de l'établissement est faite par des « experts visiteurs », qui sont des professionnels de santé formés par la HAS.

Le CHP a déjà satisfait à quatre visites de certification en 2005, 2010, 2013 et 2017. Chaque établissement du GHT est visité individuellement. Ces visites se feront la même année, la prochaine se déroulera sur les six établissements de mars à juin 2024.

A l'initiative de l'établissement peuvent être entreprises des démarches de certification spécifiques pour un secteur d'activité. Au CHP, la cellule des marchés publics est certifiée ISO 9001, la maternité et le service de néonatalogie sont labellisés Hôpital Ami des Bébés IHAB et le Centre de Ressources Biologiques CRB est aussi NF S96-900. Le laboratoire est quant à lui accrédité COFRAC.

FICHE 2.4 (mise à jour 06-2023) LES INDICATEURS ET LES ENQUÊTES QUALITE

La Haute Autorité en Santé (HAS) généralise depuis 2008 le suivi d'indicateurs qui font l'objet d'une diffusion nationale des résultats.

Pour l'HAS, les objectifs de la généralisation des indicateurs de qualité sont de :

- Proposer aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité dans la perspective de développer une culture de la mesure de la qualité et de renforcer « l'effet levier » sur l'amélioration de la qualité des soins
- Améliorer la pertinence de la procédure de certification des établissements de santé
- Répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés
- Fournir aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier, prenant en compte la qualité des soins dispensés

La liste et le contenu des indicateurs est ajusté chaque année par la HAS.

La liste des indicateurs 2023 sont les suivants :

Qualité des prises en charges perçues par les patients :

MCO – Chirurgie Ambulatoire – SMR : **Mesure de la satisfaction du patient hospitalisé (E-SATIS)**

Qualité de la coordination des prises en charge :

MCO – SMR - **Qualité de la Lettre de liaison à la Sortie (QLS)**

Qualité des prises en charge cliniques :

MCO – HAD – SMR - **Prise en Charge de la Douleur (PCD)**

HAD - **Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)**

MCO - **Prise en charge initiale de l'AVC récent (AVC)**

Chirurgie Ambulatoire – **Réhospitalisations entre 1 et 3 jours après certaines interventions**

Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins :

MCO – **Prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour une infection respiratoire basse**

Tous secteurs – **Consommation des solutions hydroalcooliques (ICSHA)**

Tous secteurs – **Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier – hiver 2022-2023**

Selon l'année, d'autres indicateurs peuvent être suivi par l'établissement de manière volontaire parmi les indicateurs obligatoires des années précédentes.

En 2015 cette démarche a évolué vers en enquête par mail (Enquête nationale E-SATIS).

Depuis 2018, l'enquête de satisfaction E-SATIS a évolué en ajoutant la satisfaction des patients ayant été pris en charge en Chirurgie Ambulatoire, puis en 2021 en SSR (nouvellement SMR).

Le CHP participe de manière volontaire au groupe de travail HAS de développement des nouveaux indicateurs.

FICHE 2.5 (mise à jour 06-2023) LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES (EI)

Un EI est un événement qui crée, qui risque de créer ou qui aurait pu créer un dommage à une personne, aux matériels, aux locaux… (Par exemple : erreur d'administration d'un traitement, défaut de transmission, panne de matériel, vol ou perte…)

Un des principes de la prévention du risque est l'analyse des causes d'un événement indésirable, afin d'éviter qu'il ne se reproduise. Les EI peuvent concerner tous les secteurs d'activité (soins, logistique, technique, administratif).

Tout agent de l'établissement confronté à un EI doit le déclarer sur le logiciel Qualité-Gestion des Risques. Une charte de signalement des EI existe et est signée conjointement par le Directeur, le Président de la CME et le Directeur Coordinateur Général des Soins.

Les fiches d'EI sont analysées par la cellule qualité-gestion des risques avec les services concernés. Une présentation en est faite au comité stratégique de la qualité et de la sécurité des soins. Des mesures correctives sont apportées. Pour les événements porteurs de risque et pour les évènements graves, une analyse des causes profondes est réalisée avec une méthodologie validée par la HAS (méthode ALARM) par les membres formés du comité de retour d'expérience (CREX). L'ensemble des mesures correctrices définies sont intégrées dans le Programme Qualité & Sécurité des Soins (PAQSS).

Les événements d'une gravité majeure, qualifié d'événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'une déclaration auprès de l'ARS par le médecin Coordonnateur de la gestion des Risques Associés aux Soins (CoRAS), représentant de la Direction (événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale), d'une analyse, d'un plan d'actions et d'un suivi. Les patients concernés en sont informés.

PARTIE 3 - DROITS DU PATIENT

FICHE 3.1 (Mise à jour 08-2016) RESPECT DE LA VIE PRIVEE ET DU SECRET MEDICAL

Réf : code de la santé publique art L. 1110-4

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant

Institué dans l'intérêt des malades, le secret professionnel s'impose à tous. Sa violation est passible de sanctions disciplinaires et pénales.

Excepté dans les cas de dérogation (voir ci-après), expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations, concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé ou de tout membre du personnel de l'établissement.

Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins de l'établissement, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les données recueillies dans le système d'information du CHP sont protégées et sont traitées confidentiellement. Les logiciels informatiques utilisés sont déclarés à la CNIL.

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

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un PACS dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Le droit au respect de la vie privée comprend également le secret de son admission en hospitalisation. Aucune information relative à la présence d'un patient dans l'établissement ou

à son état de santé ne pourra être divulguée. A la demande expresse du patient, ses proches peuvent être tenus à l'écart de toute information.

Un praticien est affranchi de son obligation de secret dans les cas prévu par le code pénal, le code de procédure pénale, le code de déontologie médicale. En particulier, il est tenu d'informer les autorités judiciaires dans le cas 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.

En outre, le code de la santé publique prévoit que certaines maladies font l'objet d'une déclaration obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire (maladies contagieuses, maladies sexuellement transmissibles…).

D'autres situations, prévues par les textes, donnent également lieu à transmission d'informations nominatives, par exemple, les naissances, les décès, la surveillance sanitaire des enfants en bas âge, l'hospitalisation sans consentement...

Au-delà des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels hospitaliers, quels que soient leur grade et leur fonction, sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance.

Les personnels hospitaliers doivent également observer une stricte neutralité respectant la liberté de conscience, d'opinion, d'appartenance religieuse ou politique.

FICHE 3.2 (Mise à jour 06-2023) DROIT A L'INFORMATION

Réf : code de la santé publique art L. 1111-2

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.

Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Le patient est associé au choix thérapeutique et doit consentir aux soins de manière libre et éclairée.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs en l'espèce, sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, qui reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

L'information est délivrée aux personnes majeures protégées d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.

Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent expressément.

L'établissement recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise

en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie (en particulier, le nom du médecin traitant).

TRANSFUSION SANGUINE

Lorsqu'un patient a eu une transfusion sanguine au cours de son séjour, le praticien qui a assuré sa prise en charge lui remet, à sa sortie, une ordonnance de suivi transfusionnel (RAI) ainsi qu'une lettre d'information pour lui-même et son médecin traitant.

FICHE 3.3 ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Réf : code de la santé publique art L. 1111-7

Les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du Département de l'Information Médicale durant :

- une durée de vingt ans après la dernière venue (hospitalisation ou consultation)
- pour les mineurs, lorsque la durée de conservation du dossier s'achève avant le 28e anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date
- la mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel qui doivent figurer dans le dossier médical, doivent y être conservées pendant une durée de trente ans à compter du dernier passage du patient
- dix ans à compter de la date de décès du patient si ce dernier décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par l'établissement, notamment résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, en dehors des éléments concernant ou détenus de tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication.

La demande d'accès au dossier doit être adressée impérativement par écrit au Directeur de l'établissement.

Un modèle de courrier est téléchargeable sur le site INTERNET du CHP (www.ch-perpignan.fr)

Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne en charge de la mesure a accès à ces informations dans les mêmes conditions. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance, la personne chargée de l'assistance peut accéder à ces informations avec le consentement exprès de la personne protégée.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

Sous réserve de l'opposition prévue aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires

de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès au dossier médical de ce malade des ayants droit, du concubin, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du médecin prenant en charge une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues au I de l'article L. 1130-4 du Code de la santé publique, s'effectue dans les conditions prévues aux deux derniers alinéas du V de l'article L. 1110-4 du même Code.

La communication du dossier médical doit intervenir au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt dans les 48 heures. Si les informations remontent à plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique, ce délai est porté à deux mois.

La consultation sur place des informations est gratuite.

Les copies des pièces du dossier sont facturées selon le barème fixé par l'établissement.

Le dossier médical peut être communiqué dans le cadre d'une procédure judiciaire à un expert désigné et être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale.

Le dossier n'est utilisable que dans le cadre de la prise en charge lors de venues du patient. Aucun élément en dehors de la prise en charge ne peut être communiqué.

FICHE 3.4 (mise à jour 06-2023) CONSENTEMENT AUX SOINS

Réf : code de la santé publique art L. 1111-4

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

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

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

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

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à la fiche 3.7, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 du Code de la santé publique et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur, le cas échéant sous tutelle, doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le consentement de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

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

DIRECTIVES ANTICIPEES

La ***loi n°2016-87 du 2 février 2016, dite loi « Claeys-Léonetti »*** créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie, a renforcé les directives anticipées.

C'est un écrit dans lequel le patient exprime sa volonté quant à la fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux pour le cas où il ne serait plus en mesure de manifester sa volonté.

Ces directives s'imposent aux médecins pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement sauf urgence vitale, pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation du patient et lorsque les directives apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de ne pas respecter les directives anticipées est inscrite au dossier médical et portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Les directives doivent être manuscrites, datées, signées et authentifiées par le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance du rédacteur.
Si le patient ne peut pas écrire, deux témoins présents peuvent attester de sa volonté dont la personne de confiance, si elle est désignée.

Les directives anticipées peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

Les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique peuvent rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou, le cas échéant, du conseil de famille. La rédaction étant un acte personnel, elle ne peut faire l'objet d'aucune assistance ni représentation.

Il revient au médecin traitant d'informer ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées.

Les directives anticipées doivent être facilement accessibles. Elles peuvent être conservées par la personne de confiance, un membre de la famille, un proche ou le médecin traitant. Elles sont conservées dans le dossier du patient.

Un modèle de rédaction est proposé sur le site INTERNET du CHP (**www.ch-perpignan.fr**)

FICHE 3.5 (mise à jour 08-2016) REFUS DE SOINS / SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Le refus de soin exprimé par un patient doit être respecté par le médecin. Ce dernier doit informer le patient des conséquences de son refus et des risques encourus. Il doit tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins indispensables à sa survie.

Le patient doit réitérer tout refus, de manière éclairée et après un délai raisonnable.

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter l'hôpital à tout moment. Dans l'hypothèse où la sortie est contre avis médical, le patient doit signer une décharge mentionnant sa volonté de sortir et sa connaissance des risques éventuels encourus.

Une proposition alternative de soins lui est présentée dans la mesure du possible. La sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est signé par l'accompagnant ou, à défaut, par deux témoins qui peuvent être des agents hospitaliers.

Si l'admission d'un patient est prononcée en urgence et que ce dernier refuse de rester dans l'établissement, il doit signer une attestation exprimant son refus, ou à défaut, un procès-verbal constatant son refus est dressé et est joint à son dossier médical.

Si le patient présente des signes d'altération de ses facultés mentales, il est demandé l'avis d'un psychiatre avant sa sortie.

FICHE 3.6 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Réf : code de la santé publique art L. 1112-4

Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.

La prise en charge de la douleur fait partie des missions des équipes soignantes médicales et paramédicales. Lors de sa prise en charge médicale et soignante, le patient est informé qu'une douleur peut survenir.

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée et traitée, avec les outils mis à disposition au sein du centre hospitalier, y compris pour les patients non communiquant.

Une réglette d'évaluation de la douleur est mise à disposition du patient par le service de soins. D'autres outils d'évaluation de la douleur spécifiques à l'état du patient peuvent également être utilisés par le personnel soignant.

Le CHP a développé des consultations douleur aiguë et chronique destinées aux patients hospitalisés et aux patients externes.

LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Le CLUD de l'Hôpital de Perpignan a pour objectif le développement des moyens de lutte contre la douleur et des soins palliatifs au sein du l'établissement.

Le programme d'action tend à assurer :

- La prévention et le traitement de la douleur par l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles et de recommandations de bonnes pratiques destinées à tous les secteurs de soins
- La définition d'actions d'information et de formation continue de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'évaluation et de traitement de la douleur
- L'évaluation périodique des actions de lutte contre la douleur dont les résultats seront utilisés pour l'élaboration de programmes ultérieurs d'actions
- La prise en compte de la demande des patients en favorisant les enquêtes de satisfaction et la diffusion de l'information sur la prise en charge de la douleur à l'hôpital
- La collaboration active avec d'autres établissements de la région
- La promotion des soins palliatifs pour une meilleure prise en charge des souffrances de la fin de vie

FICHE 3.7 (mise à jour 08-2016) PERSONNE DE CONFIANCE

Réf. : code de la santé publique – art L. 1111-6

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 du patient et son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Elle est obligatoirement consultée par le médecin.

Cette désignation peut se faire lors de toute hospitalisation, par écrit et doit être cosignée par la personne majeure et par la personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. Elle est révisable et révocable à tout moment.

La personne sous tutelle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

La personne de confiance a un rôle de conseil et d'information à l'égard du patient et l'accompagne dans son parcours de soins.
Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.
Son rôle est renforcé pour les patients en fin de vie. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, et de recevoir les informations en lien avec son état, le médecin doit, en l'absence de directives anticipées, recueillir son témoignage.

Elle assiste le patient dans ses démarches si besoin, et peut être présente aux entretiens médicaux sauf opposition du médecin souhaitant s'entretenir seul avec le patient s'il l'estime nécessaire.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

FICHE 3.8 (mise à jour 06-2023) OBSERVATIONS, RECLAMATIONS ET PLAINTES

Réf. : Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des EPS

COMMISSION DES USAGERS

La Commission des usagers est une commission chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches pour les litiges ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

La commission des usagers (C.D.U) a une double mission :

- veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés
- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches

A échéance mensuelle, elle examine, avec les représentants des usagers, les réclamations adressées au Directeur par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours.

Elle est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel soumis à délibération au sein du conseil de surveillance. Ce rapport est transmis à l'agence régionale de santé qui en fait la synthèse et le communique, pour examen, à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

La liste de membres de la C.D.U est arrêtée par le Directeur et donne lieu à un affichage dans l'établissement. Elle est disponible sur demande au secrétariat de la Direction.

Elle est composée du : Président, Directeur Relation aux usagers & Recherche clinique, Vice-président ; Représentants des usagers ; Président de CME, médiateurs médicaux et non médicaux ; représentant de la CSIRMT désigné par le Directeur des Soins ; Responsable Cellule Qualité & Gestion des risques, tous astreints au secret professionnel.

Les représentants des usagers participent :

- Au Conseil de Surveillance
- A la Conférence de Territoire (bureau ARS)
- A la Commission Activité Libérale
- Au Comité d'Ethique
- Au Comité Lutte Infections Nosocomiales (CLIN)
- CODAMUPST (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports)
- Au CLAN (Comité Lutte Alimentaire Nutrition)

Et sont associés à la démarche d'amélioration de la qualité des soins, à la certification HAS et à l'élaboration du projet d'établissement.

GESTION DES RECLAMATIONS ET DES PLAINTES

Le patient, son représentant ou ses ayant droits, peuvent faire part au Directeur du Centre hospitalier de perpignan de leurs observations, réclamations ou plaintes.

Le Directeur informe également l'usager de la possibilité de saisir le médiateur compétent de la CDU qui organise une rencontre dans les meilleurs délais.

Si le patient ou ses ayant droits estiment dommageable leur prise en charge par le Centre Hospitalier de Perpignan, ils peuvent adresser une demande d'indemnisation à la Direction, à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) ou à la juridiction compétente.

REPARATION DES DOMMAGES SANITAIRES

Toute personne, ou son représentant légal qui s'estime victime d'un dommage du fait d'un accident médical, d'une infection nosocomiale ou affection iatrogène, ainsi que les ayant droits d'une victime décédée, peut saisir le Tribunal administratif d'une demande d'indemnisation à l'encontre de l'hôpital.

En parallèle ou directement suite à une saisine des juridictions administratives, la personne victime d'un dommage résultant ou non d'une faute professionnelle peut saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

Cette commission a pour but de favoriser, par la conciliation, la résolution des litiges relatifs aux accidents médicaux, infections nosocomiales ou affections iatrogènes ayant eu des conséquences anormales et dont le seuil de gravité est inférieur à celui prévu par décret n° 2003-314 du 4 avril 2003. L'indemnisation n'est accordée que sous réserve que le dommage soit directement imputable à une activité soignante.

Cette procédure gratuite ne nécessite pas l'assistance d'un avocat et permet un versement accéléré des indemnités dues aux victimes.

La CCI est saisie directement par le demandeur qui doit fournir parmi les pièces à joindre un certificat médical décrivant le dommage subi.

FICHE 3.9 (Mise à jour 06-2023) COMITE D'ETHIQUE

La politique du Centre Hospitalier de Perpignan, vise à promouvoir la démarche éthique notamment dans la pratique de tous ses professionnels.

La réflexion éthique doit se poser tout au long de la prise en charge des patients.

La question sous entendue par la démarche éthique est : « Comment agir au mieux ? » en prenant en compte les spécificités de l'Etablissement ».

En effet certaines des activités du CHP sont particulièrement engagées dans une réflexion éthique : réanimation adulte polyvalente et néonatale ; Prélèvements Multi-Organes et de Tissus ; prise en charge de la population carcérale ; prise en charge des personnes âgées souffrant d'altération des fonctions intellectuelles supérieures, essais thérapeutiques, IVG etc.., mais tous les services de l'établissement peuvent être confrontés à la prise en charge de la fin de vie, aux questions relatives aux limitations thérapeutiques et aux directives anticipées.

Enfin la politique éthique intègre dans sa démarche, les thématiques sociétales de santé publique, telles que la précarité et leurs conséquences sur l'accès aux soins, la bientraitance, la privation de liberté…

Un comité d'éthique constitué récemment au niveau du GHT « Aude Pyrénées », se réunit régulièrement. Il a pour mission d'identifier notamment les problèmes éthiques rencontrés au CHP, de favoriser la réflexion interne au CHP sur le sens du soin et de produire des avis ou des orientations générales à partir d'études de cas ou de thèmes généraux. Ces derniers n'ont qu'une valeur consultative.

PARTIE 4 – DEVOIRS DES USAGERS, PATIENTS ET VISITEURS DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

FICHE 4.1 CONDITIONS DE SEJOUR (Mise à jour 06-2023)

Réf : code de la santé publique - Livre 1e, Titre 1e, chapitre 2, sous-section 3

CULTE : RESPECT LAÏCITE

Les usagers du CHP, établissement public, ont le droit de suivre les préceptes de leur religion dans les limites du respect de la liberté des autres malades, de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers du CHP doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme.

Ils ne peuvent récuser un agent de l'établissement ou d'autres usagers, en invoquant des principes religieux ou autres motifs.

Ils ne peuvent exiger une adaptation du fonctionnement du CHP.

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent se conformer aux obligations qui en découlent. Par ailleurs, la dissimulation du visage est interdite, hors cas de nécessité médicale, conformément à la loi du 11 octobre 2010.

En vertu du pouvoir de police qu'il exerce au sein de l'hôpital, il appartient au Directeur de faire respecter ces dispositions qui constituent des garanties essentielles pour les patients.

OBLIGATIONS DES VISITEURS

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation donnée par le directeur.

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans les locaux de l'hôpital.

Une désinfection des mains des visiteurs avec le produit hydroalcoolique mis à disposition dans le hall d'entrée ou à proximité des ascenseurs, doit être réalisée.
Un report de la visite ou le port d'un masque chirurgical est à respecter en cas de symptômes de la sphère ORL ou respiratoire dès l'entrée dans le bâtiment.
Une désinfection des mains des visiteurs avec le produit hydroalcoolique présent dans la chambre des patients doit être réalisée.
Tout visiteur doit respecter les consignes spécifiques à l'échelle d'un service ou en ce qui concerne un patient de façon individuelle.

DENREES ET BOISSONS

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Le cadre infirmier du service s'oppose, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

RESPECT D'AUTRUI ET DU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Le patient et les visiteurs doivent être soucieux dans leur comportement et leur propos, de n'occasionner aucune gêne pour les autres usagers, le personnel ou le fonctionnement des services.

Ils ne peuvent récuser un agent de l'établissement ou d'autres usagers, quel que soit le motif invoqué.

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin qui assure le suivi du patient, toutes les mesures appropriées pouvant aller jusqu'à la sortie anticipée de l'intéressé ou son transfert dans un autre établissement de santé.

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à y mettre immédiatement un terme. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital, avec en cas de besoin appel aux autorités de police.

RESPECT DE L'INSTITUTION ET DE SON PERSONNEL

En cas de diffusion publique, notamment par les réseaux sociaux, de propos diffamants ou insultants à l'égard de l'établissement ou d'un ou plusieurs membres de son personnel, le Centre hospitalier de Perpignan fera valoir son droit de réponse et si besoin intentera une action en justice à l'encontre de l'auteur des propos litigieux et du site hébergeur.

De même, toute personne ne peut se livrer à une captation d'image ou de voix, dès lors qu'elle permet l'identification de personnes sans l'autorisation expresse des intéressés ou de leur représentant légal.

RESPECT DES LOCAUX ET OBJETS

Les hospitalisés et leurs visiteurs veillent à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises entraînent l'indemnisation des dégâts causés, le dépôt d'une plainte auprès des autorités judiciaires, et peuvent conduire le directeur du CHP à prononcer, avec l'accord du médecin qui assure le suivi du patient, la sortie anticipée de ce dernier.

VERSEMENT D'ARGENT, POURBOIRES

Aucune somme d'argent ne peut être versée au personnel par les malades, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt, en dehors de la procédure de dépôt des biens et valeurs (voir ci-après).

HYGIENE CORPORELLE

Toute personne est tenue d'observer au sein de l'établissement de santé, une stricte hygiène corporelle.

TELEPHONE PORTABLE

En raison des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques, l'usage des téléphones portables est strictement interdit dans certaines zones de soins du centre hospitalier. Les personnes fréquentant ces zones doivent maintenir leur portable en mode « arrêt ou avion ».

Dans les locaux communs du centre hospitalier, les personnes faisant usage de leur téléphone portable doivent veiller à ne pas provoquer de ce fait une gêne pour les autres personnes ou pour le bon fonctionnement de l'établissement. Elles conservent personnellement leur téléphone sous leur entière responsabilité, la responsabilité du CHP ne pouvant être engagée, en cas de perte, détérioration ou vol.

TELEVISION

Les télévisions personnelles sont interdites dans l'établissement. Des téléviseurs sont à disposition des patients dans chaque chambre moyennant le prix d'une redevance auprès du prestataire de service avec :

- une chaîne d'information interne CHP
- une chaîne d'information interne COMELEC
- la diffusion du bouquet « offre extensive » dans l'ensemble des salles d'attente et dans les salles de jeux en pédiatrie

Aucune redevance n'est toutefois sollicitée au sein de L'HDJ, du secteur Réanimation, des soins intensifs – hématologie, ainsi que dans les salles d'attente.

Un crédit annuel de télévision gratuite de 300 jours est accordé sur justificatifs aux patients économiquement faibles.

Les utilisateurs des postes téléviseurs doivent veiller à ne pas occasionner de nuisances en adaptant l'intensité sonore de l'appareil.

HOPITAL SANS TABAC

Il est strictement interdit de fumer dans les locaux du CHP.
A l'extérieur des bâtiments les zones où il est interdit de fumer sont indiquées par une signalisation ou font l'objet d'une note de service au personnel.

Concernant le vapotage, les recommandations de la FHF suite au décret n° 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif, sont les suivantes :

- Dans un hall d'hôpital (lieu accueillant du public), il convient de proposer un espace ou une pièce privilégiée pour le vapotage.
- Dans une chambre individuelle, les patients sont autorisés à vapoter en dehors de la présence du personnel soignant, en faisant en sorte que la vapeur soit émise dans des proportions raisonnables.
- Dans tous les services des établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux, il est possible de mettre en place un espace ou une pièce privilégiée pour le vapotage.
- Pour les personnels, il est possible de vapoter dans un bureau individuel, dans la salle de repos, ou dans une chambre de garde individuelle mais pas dans les salles de soins.
- Il est en théorie possible de vapoter à la cafétéria ou au restaurant, tant pour les patients que les personnels. Un espace privilégié pour le vapotage, légèrement à l'écart, peut être envisagé pour éviter toute gêne.

CIRCULATION AUTOMOBILE

Les usagers du CHP sont tenus de respecter la signalisation dans l'enceinte de l'établissement. La vitesse est limitée à 30 kms/h. Les zones d'interdiction de stationnement doivent être respectées. Dans le cas contraire, les agents de sécurité peuvent coller des macarons rappelant cette interdiction sur le véhicule et faire appel à la fourrière pour enlèvement du véhicule.

VIDEO PROTECTION

Le CHP dispose d'équipements de vidéo protection qui répondent aux conditions légales et réglementaires d'installation et d'utilisation, eu égard notamment au respect du secret médical et de la dignité du malade.
Les personnels, patients, visiteurs et usagers du C.H.P. sont informés au moyen de panneaux, affichés de façon visible, positionnés dans les locaux et espaces extérieurs placés sous vidéoprotection.

Toute personne, directement concernée, qui souhaite avoir accès aux images ou en vérifier la destruction dans le délai prévu, peut remplir une requête motivée à l'attention de Monsieur le Directeur du Centre hospitalier.
Un refus d'accès peut être toutefois opposé pour un motif tenant à la sécurité publique, au déroulement de procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaire de telles procédures.
Le système actuel est paramétré automatiquement pour une destruction des enregistrements au terme de dix jours calendaires, hormis le cas d'une enquête de flagrant délit, d'une enquête préliminaire ou d'une information judiciaire.

PARTIE 5 – ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT– CAS GENERAL

FICHE 5.1 (Mise à jour 06-2023) MODALITES D'ADMISSION AU CHP

Réf : code de la santé publique – Livre 1e, Titre 1e, chapitre 2, sous-section 2

ADMISSION

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par 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 tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

ADMISSION D'URGENCE

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

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

ACCUEIL DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Loi n° 2005-102 DU 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination en consultation comme en hospitalisation tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers préventifs, curatifs, palliatifs. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel. Le personnel de l'hôpital est informé des points particuliers stipulés dans les conventions établies entre les associations et le CHP sur notamment la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap durant leur séjour au CHP.

ADMISSION DES FEMMES ENCEINTES

Le directeur ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement, d'une femme enceinte ou dans

le mois qui suit l'accouchement d'une femme, récemment accouchée nécessitant une hospitalisation et celle de son enfant.

ADMISSION DES MILITAIRES

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

TRANSFERT DU PATIENT APRES LES PREMIERS SECOURS

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

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)

La PASS facilite l'accès des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. L'accueil est assuré du lundi au vendredi de 9 H à 17 H. Les consultations médicales et médico-sociales ont lieu sur rendez-vous.

DEPOT ET RESTITUTION DES BIENS ET VALEURS

Réf : code de la santé publique art L. 1113-1 à L. 1113-10

Le CHP hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains du préposé commis à cet effet, par les personnes qui y sont admises ou hébergées.

Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par la personne admise ou hébergée durant son séjour dans l'établissement. Il ne peut être effectué par les personnes accueillies en consultation externe.

La responsabilité prévue à l'article L. 1113-1 du CSP s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1 du même code. Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement.

Dès qu'elles sont en état de le faire, les personnes mentionnées au présent article procèdent au retrait des objets non susceptibles d'être déposés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1 du CSP.

Le CHP n'est pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1 du CSP, ou non retirés dans celles prévues au second alinéa de l'article L. 1113-3 du CSP, alors que leurs détenteurs étaient en mesure de le faire, que dans le cas où une faute est établie à l'encontre du CHP ou à l'encontre des personnes dont il doit répondre.

Le CHP n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose. Il en est de même lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les objets abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs sont déposés entre les mains du préposé commis à cet effet par le personnel de l'établissement. Le régime de responsabilité prévu aux articles L. 1113-1 et L. 1113-2 du CSP est alors applicable.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 6145-12 du CSP, les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente.

Les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés, en qualité de dépositaires, par le CHP où les personnes ont été admises ou hébergées pendant une durée de cinq ans après la sortie ou le décès des intéressés. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la cession par l'administration chargée des domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

Les dispositions contenues dans les trois paragraphes qui précèdent sont portées à la connaissance de la personne admise ou hébergée ou de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, au plus tard le jour de sa sortie de l'établissement ou, en cas de décès, à celle de ses héritiers, s'ils sont connus, six mois au moins avant la remise des objets détenus par le CHP à l'administration chargée des domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

Si la personne admise ou hébergée fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, lesdites dispositions sont également portées à la connaissance de la personne chargée de cette mesure, dans les mêmes conditions.

DETENTION D'OBJETS ET PRODUITS ILLEGAUX

Pour les biens détenus illégalement (stupéfiants, armes…), le Directeur procède à leur confiscation en se fondant sur ses pouvoirs de police. Une procédure d'information du Procureur de la République et de remise anonymisée des substances ou objets illicites aux autorités de police est ensuite mis en œuvre.

ADMISSION EN CHAMBRE PARTICULIERE

Une chambre individuelle peut être attribuée à la demande du patient, sous réserve de disponibilité dans le service où a lieu l'hospitalisation.

Une plaquette d'information est remise au patient lors de la consultation au cours de laquelle l'indication d'hospitalisation est posée.

INTERDICTION D'APPORTER DES FLEURS COUPEES OU DES PLANTES EN POT

Pour des raisons d'hygiène et d'allergie il est interdit d'apporter des fleurs coupées ou des plantes en pot.

FICHE 5.2 (Mise à jour 06-2023) LIVRET D'ACCUEIL DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

Réf : code de la santé publique- art L. 1112-2, al. 2

Un livret d'accueil édité par le CHP est remis à tout patient admis en hospitalisation. Il contient tous les renseignements utiles sur les formalités administratives d'admission et de sortie et les conditions de séjour.

Il a pour objectif d'informer le patient sur ses droits et de lui apporter des informations pratiques pour faciliter ses démarches. Il précise également les règles de vie à respecter pour le bon fonctionnement de l'établissement.

Il présente les chartes du patient :

- Charte de la personne hospitalisée
- Charte de la laïcité
- Charte de l'enfant hospitalisé
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
- Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée
- Charte européenne des droits des patients
- Charte Romain Jacob
- Charte de la bientraitance

Les chartes sont également consultables et téléchargeables sur le site INTERNET du CHP (**www.ch-perpignan.fr**).

Le livret d'accueil présente les prestations mises à disposition des patients : interprètes, téléphone, télévision, cafétéria, presse, boissons, courrier.
(La liste des interprètes est consultable via le portail Intranet de l'Etablissement et non par les usagers.)

FICHE 5.3 (mise à jour 06-2023) PROCEDURES ADMINISTRATIVES D'ADMISSION EN HOSPITALISATION

Réf : Article L.162-21 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale

L'hospitalisation ou la consultation d'un patient au sein du Centre Hospitalier, nécessite, dans son intérêt et celui de l'institution, la réalisation de certaines formalités administratives. Ces formalités administratives sont réalisées au cours de son admission et permettent l'identification du patient.

L'assuré social ne peut être couvert de ses frais de traitement par l'assurance maladie, dans les établissements de santé de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux. Dans ces établissements de santé, il est demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie. Cela permet de sécuriser les informations d'identité transmises au dossier médical du patient à partir du dossier administratif afin d'éviter toute erreur pouvant avoir des impacts négatifs sur la prise en charge médicale. On parle d'identitovigilance afin de toujours dispenser le bon soin, au bon patient, au bon moment.

Les procédures administratives d'admission d'un patient, qu'il soit hospitalisé ou venant pour une consultation externe, sont effectuées par un agent d'admission et enregistrées dans le système d'information du CHP.

Afin de garantir la fiabilité des renseignements identifiants, il est nécessaire que le patient fournisse les documents suivants :

- carte d'identité en cours de validité, passeport ou carte de séjour. L'identification du patient est primordiale pour éviter les erreurs liées à l'identité du patient. Une photocopie du document d'identité est conservée dans le dossier du patient. Ces informations ne sont conservées que le temps nécessaire à la séquence de soins, elles sont donc systématiquement demandées.
  En l'absence de production de l'un de ces documents, un formulaire d'identification patient devra être renseigné par ce dernier. Ce document permet également de recueillir le consentement du patient à la communication de ses données personnelles (RGPD) ainsi que son consentement au rappel de rendez-vous par SMS.

- carte vitale mise à jour et/ou de l'attestation papier l'accompagnant dans un objectif d'une bonne prise en charge des frais médicaux

- carte d'adhérent à une mutuelle ou directement du bon de prise en charge de la mutuelle afin de garantir une prise en charge adéquate des frais médicaux

- attestation Complémentaire santé solidaire

- attestation d'Aide Médicale Etat

- volet n°2 d'accident du travail le cas échéant

- carte européenne d'Assurance Maladie en cours de validité pour les ressortissants de l'Union Européenne (UE)

- Prise en charge délivrée par un organisme de sécurité sociale ou une assurance privée pour les ressortissants d'un pays hors UE

- Une attestation de domicile (quittance d'eau ou d'électricité par exemple) dans le cadre d'une hospitalisation

- Le livret de famille ou acte de naissance lors de la venue d'un enfant afin d'attester du lien de parenté.

- Un moyen de paiement ou un RIB dans l'hypothèse où le patient ne pourrait produire l'un des documents de prise en charge cités ci-avant.

L'établissement peut demander au patient tout document de nature à garantir l'exhaustivité et la qualité des informations administratives (état civil, adresse complète…).

En cas de refus du patient de fournir les éléments nécessaires à son identification et sous réserve de son état de santé, le directeur peut refuser l'admission du patient.
Les patients résidant à l'étranger, citoyens d'un pays membre de l'Union Européenne, doivent présenter leur carte européenne d'assurance maladie en cours de validité ainsi que le formulaire E111 ou E112.

Les patients étrangers qui résident dans un pays non-membre de l'Union Européenne, doivent apporter la prise en charge délivrée par un organisme de leur pays de résidence ou par leur ambassade. Selon les cas, ils devront acquitter avant leur admission, de l'intégralité des frais de consultations, actes externes et d'hospitalisation si un devis a été établi. Dans le cas contraire, un acompte correspondant à une journée d'hospitalisation (sur la base des Tarifs Journaliers de Prestations) sera exigé.

L'agent d'admission demande au patient sa date de naissance et les 3 premières lettres de son nom et prénom afin de faire une recherche dans la base de données. Il pose systématiquement des questions afin de saisir, compléter ou vérifier l'ensemble des coordonnées d'identité (nom de naissance, prénoms, nom marital, date de naissance, sexe, adresse, lieu de naissance…) présent dans le logiciel. Cette étape est essentielle pour éviter les erreurs d'identification (homonymie….).

Dans le cadre du parcours de soins, l'agent d'admission demande au patient s'il a déclaré son médecin traitant.
Les patients hospitalisés sont également invités à indiquer les coordonnées d'une personne à prévenir en cas d'urgence.
Le patient accueilli dans l'établissement peut demander la confidentialité de son admission.
Les personnes toxicomanes qui se présentent spontanément au CHP afin d'y recevoir des soins peuvent bénéficier de l'anonymat de leur admission à leur demande expresse formulée au moment de l'admission.

FICHE 5.4 (Mise à jour 08-2016) CONDITIONS DE SEJOURS EN HOSPITALISATION

CULTE

Les personnes hospitalisées ont la possibilité de pratiquer librement la religion de leur choix et de recevoir, à leur demande, auprès du cadre du service d'hospitalisation, les ministres de leur culte.

Ces pratiques ne doivent pas porter atteinte au bon fonctionnement du service ni au respect de la liberté de conscience des patients et usagers de l'établissement. Elles doivent se conformer aux dispositions de la Charte de la laïcité dans les services publics.

Les coordonnés des représentants des différents cultes sont disponibles auprès du service de l'état civil et du service mortuaire du CHP.

SERVICE SOCIAL

Le service social a pour mission de conseiller et d'accompagner les patients qui le demandent dans leurs démarches sociales au cours d'une hospitalisation : aides à domicile, recherche d'hébergement, demande d'admission en établissement pour personnes âgées ou handicapées, liaisons avec les services sociaux extérieurs.

Ce service est à la disposition des patients, de leurs familles et de leurs proches sur demande auprès du cadre de service d'hospitalisation ou sur rendez-vous au secrétariat du service social. Un assistant social peut se rendre au chevet des patients à sa demande ou sur demande de son entourage ou des équipes médicales et soignantes.

VISITES DES PROCHES

Durant l'hospitalisation, les proches du patient peuvent lui rendre visite, dans les conditions préalablement définies avec l'équipe soignante et dans le respect des règles de fonctionnement du CHP et de chaque service.

En règle générale, les visites sont autorisées tous les jours de 12 H à 20 H, sauf dans certains services où les horaires sont variables dans l'intérêt du patient (réanimation, pédiatrie, néonatologie…).

Les visiteurs doivent :

- Respecter les heures de visite
- Suivre les prescriptions en matière d'hygiène
- Eviter les visites trop longues
- Limiter le nombre de personnes présentes en même temps dans le service ;
- Sortir de la chambre lors des soins ;

- Ne pas amener d'enfants de moins de 15 ans qui, outre les risques encourus, peuvent être psychologiquement affectés par l'environnement hospitalier.

Un accompagnant peut être autorisé par l'équipe soignante à rester près du patient. Pour bénéficier des prestations hôtelières, il lui est demandé d'acheter des tickets repas, petit déjeuner, et lit d'appoint.

REPAS

Ils sont préparés en interne par le service de restauration du CHP et apportés aux patients par l'équipe soignante du service d'hospitalisation.

Les menus sont établis par les diététiciennes et les cuisiniers. Ils prennent en compte les besoins nutritionnels du patient. La carte des menus change tous les jours avec une périodicité de 3 semaines.

A son entrée dans le service d'hospitalisation, le patient est interrogé sur ses aversions alimentaires.

Si une alimentation personnalisée est prescrite par le médecin, le service de diététique prendra en compte cette prescription.

L'équipe soignante peut s'opposer à ce que soit apportées de l'extérieur certaines denrées ou boissons contraires au régime alimentaire du patient.

LINGE

Le patient hospitalisé est prié d'apporter un nécessaire de toilette (gants, serviettes, savon, brosse à dents, dentifrice, matériel de rasage, etc.) ainsi que ses effets personnels pour la durée du séjour : pyjama, pantoufles, serviette de table etc.

L'entretien des vêtements et le renouvellement du nécessaire de toilette incombe au patient dans les services MCO.

Le linge personnel et les nécessaires de toilette sont pris en charge par la blanchisserie du CHP ou ses sous-traitants pour les résidents hébergés au CCMPPA.

FICHE 5.5 (Mise à jour 08-2016) SORTIE DU PATIENT

FORMALITES DE SORTIE

Une fois que son état ne requiert plus son maintien dans un service d'hospitalisation, la sortie du patient est prononcée par le Directeur sur avis médical.

La sortie du patient donne lieu à la remise d'un bulletin de situation, qui ne comporte aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical. Le médecin traitant est informé des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre. Il reçoit également les indications nécessaires à la surveillance du patient.

Le patient reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et traitements et à la justification de ses droits.

Le patient doit s'acquitter des frais éventuels lui incombant au titre de sa prise en charge sanitaire ainsi que de tous les frais annexes liés à son hospitalisation.

Il est invité à remplir un Questionnaire de satisfaction, document anonyme transmis à la cellule qualité – gestion des risques du CHP.

En cas de dépôt de valeurs, le patient doit se présenter au service qui a reçu le dépôt (services économiques ou trésor public) avec une pièce d'identité afin d'en assurer le retrait.

A la sortie du patient, en cas d'oubli de linge de toilette et ou d'effets personnel (autres que les effets de valeur) ils ne seront conservés dans les services que durant un mois.

RETOUR A DOMICILE AVEC UN DISPOSITIF D'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Chaque fois que l'état du patient le nécessite, notamment lorsqu'il est nécessaire de poursuivre des soins lourds et coordonnés au domicile, un dispositif d'HAD peut être mis en place après l'accord du médecin traitant du patient, et du patient ou de son entourage.

Les soins au domicile sont réalisés par les personnels hospitaliers de l'HAD ou par les infirmiers libéraux du patient avec son accord.
Un projet de soins personnalisés est réalisé par l'équipe de coordination de l'HAD en concertation avec le médecin traitant.

RETOUR A DOMICILE AVEC UN DISPOSITIF DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (SSIAD)

Afin de favoriser un retour au domicile d'une personne de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, il peut être fait appel au SSIAD.

Le SSIAD intervient sur prescription médicale.

Les Infirmières Coordinatrices évaluent les besoins de la personne âgée, proposent un plan de soin au médecin généraliste. Elles assurent la coordination entre les différents professionnels intervenant au domicile du patient.

Les soins d'hygiènes sont effectués par des aides-soignantes. Les soins infirmiers techniques sont effectués par les Infirmiers libéraux choisis par le patient, et financés par le SSIAD.

TRANSFERT VERS UN ETABLISSEMENT SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)

L'Agence régionale de santé (ARS) a déployé sur l'ensemble des établissements de santé publics et privés de la région, le logiciel TRAJECTOIRE qui permet le suivi des demandes de transfert des patients du court séjour vers les SMR. Au CHP, la gestion de TRAJECTOIRE est faite par une équipe mobile de coordination qui assure l'interface entre les services du CHP et les structures SMR extérieures.

Le transfert du patient après son hospitalisation au CHP, vers un SMR est une décision médicale. L'équipe médicale propose la ou les structures adaptées aux besoins de prise en charge du patient, en fonction des autorisations d'activités dont ces structures disposent (SMR polyvalent, locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire…). L'équipe soignante informe le patient ou sa famille et recueille son choix.

L'équipe mobile de coordination prend contact, via TRAJECTOIRE, avec la structure SMR retenue et lui indique la date du transfert prévue par le médecin.

L'admission en SMR du patient se fera dans le premier SMR proposant une place correspondant à la date prévisionnelle de sortie du service de court séjour. Le transfert sera organisé par le service.

En cas de refus de ce transfert, le retour à domicile sera prononcé à la date prévue de sortie, avec le cas échéant une prise en charge ambulatoire en attendant une place en SMR.

SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Sauf cas particuliers (voir partie 6), le malade qui le souhaite peut quitter à tout moment l'établissement, après en avoir informé le service de soins et avoir été dûment informé par un médecin des éventuels risques encourus pour sa santé et des modalités souhaitables pour la poursuite des soins rendus nécessaires par son état. Si le médecin estime que la sortie est prématurée et qu'elle présente un danger pour la santé du patient, cette sortie est assimilée à un refus de soins. Il est alors demandé au patient de signer une décharge consignant sa volonté de sortir contre avis médical, malgré sa connaissance des risques éventuels encourus. Si le patient refuse de signer la décharge, un procès-verbal de ce refus est établi par deux agents du service et intégré dans le dossier du patient.

SORTIE A L'INSU DU SERVICE

Si un malade a quitté le CHP sans prévenir, le service avertit le service sécurité afin qu'il procède aux recherches dans le périmètre hospitalier.

Si ces recherches demeurent vaines, le service d'hospitalisation essaie de joindre téléphoniquement le patient ou sa famille.

Lorsque la situation médicale ou légale l'exige, le service d'hospitalisation prévient le commissariat de police.

Un courrier doit être adressé au patient pour l'informer des risques encourus pour sa santé.

Le médecin traitant est informé afin d'assurer un suivi médical.

Toutes les actions faites sont consignées sur le dossier du patient avec date, heure et signature.

SORTIE DISCIPLINAIRE

En cas de manquement grave au règlement intérieur, de désordre persistant et de comportement incompatible avec le bon fonctionnement du centre hospitalier, après avertissement du patient, la sortie de celui-ci peut être prononcée par le directeur, après avis médical.

AUTORISATION DE SORTIE TEMPORAIRE EN COURS D'HOSPITALISATION

Les patients hospitalisés peuvent, en raison de la durée de leur séjour et selon leur état de santé, bénéficier d'une permission de sortie. Elle est autorisée de manière exceptionnelle pour quelques heures et au maximum pour 48h.

Ces autorisations sont données sur avis médical.

Si le patient autorisé à sortir ne réintègre pas le service d'hospitalisation à l'heure impartie, il est considéré sortant par l'établissement. Il ne sera à nouveau admis que dans la limite des places disponibles.

REFUS DE SORTIE

Lorsqu'un patient refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu les soins liés à son état, et que celui-ci ne justifie plus sa prise en charge au sein du Centre hospitalier, il est accompagné à la sortie muni d'un certificat médical.

La prise en charge médicale dans le service de soins s'achève dès qu'elle n'est plus justifiée médicalement (art. R. 1112-58 du CSP) ; La décision de sortie est prononcée, le patient est tenu de s'y conformer.

Pour mettre fin à toute situation abusive, il convient, de rappeler au patient une requalification du séjour est possible : requalification en séjour de pure convenance personnelle, qui n'a pas lieu d'être pris en charge par l'assurance maladie avec un signalement de cette situation au contrôle médical de l'assurance maladie et facturation des frais de séjour dans leur intégralité au patient.

FICHE 5.6 (Mise à jour 06-2023) DECES SURVENANT A L'HOPITAL

LE PRELEVEMENT MULTI-ORGANES ET DES TISSUS (PMOT)

Le PMOT permet de prélever des greffons qui seront transplantés à des malades dont la survie ou l'amélioration de la qualité de vie en dépend.

Après son décès, toute personne, quel que soit son âge, peut être un donneur d'organes ou de tissus et contribuer ainsi à sauver des vies, sauf refus formel inscrit au Registre National des Refus.

Le CHP est le deuxième centre préleveur de la région après le CHU de Montpellier.

La coordination Prélèvement multi-organes et tissus (PMOT) du CHP a pour rôle essentiel d'organiser les activités de prélèvements d'organes et de tissus en vue de greffes et d'en garantir la qualité, la sécurité et le respect des lois de bioéthique. Dans le cadre de ses missions, elle recueille auprès des proches le positionnement du défunt exprimé de son vivant et est responsable de la prise en charge du donneur, tout au long de la procédure de prélèvement.

Pour les personnes opposées au don d'organes en vue de greffe, il existe un formulaire d'inscription au Registre National des Refus, disponible sur le site internet de l'Agence de Biomédecine. Ce registre est obligatoirement interrogé, après un décès, par l'équipe de coordination des PMOT, avant d'envisager un prélèvement. L'inscription est individuelle, possible dès l'âge de treize ans et révocable à tout moment.

Un guide du don d'organes a été élaboré par l'agence de biomédecine. Il est téléchargeable sur le site INTERNET du CHP (***www.ch-perpignan.fr***).

ACCOMPAGNEMENT DES DERNIERS MOMENTS

« Lorsque des personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques. Elles sont accompagnées si elles le souhaitent par leurs proches. » (Charte du patient hospitalisé)

La famille doit être informée de l'évolution de l'état du patient par l'équipe soignante médicale et/ou paramédicale, dans le respect des limites du secret médical dans l'unité de soins.

Le patient doit être installé en chambre individuelle si possible.

ANNONCE DU DECES

Dès le constat du décès d'un patient par le médecin, la famille en est informée.

INVENTAIRE APRES DECES

Au décès du malade hospitalisé, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la protection des biens laissés par le malade. Aucun des biens déposables ne peut donc être remis directement par le personnel du service, aux ayant droits du patient ou à ses amis. Un inventaire est fait ainsi qu'un dépôt (cf. fiche 5.1).

TRANSFERT EN CHAMBRE MORTUAIRE

En règle générale, après un délai de 2 heures minimum suivant le décès, le défunt est transporté jusqu'à la chambre mortuaire de l'établissement. Les familles peuvent faire le choix de laisser le corps à la chambre mortuaire hospitalière le temps pour elles d'organiser les funérailles.

La chambre mortuaire est ouverte du lundi au vendredi de 7 h à 19 h, le samedi, dimanche et jours fériés de 9 h à 17h45 avec présence d'un agent du service mortuaire.

TRANSPORT AVANT MISE EN BIERE

Réf : code général des collectivités territoriales – R. 2213-7 à R. 2213-14

Le transport sans mise en bière doit être réalisé dans un délai maximum de 48 H à compter du décès.

Le médecin peut s'opposer au transport du corps avant mise en bière lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport ou que le défunt était atteint d'une infection transmissible.

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée peut être effectué **vers son domicile ou la résidence d'un membre de sa famille ou vers une chambre funéraire.**

Les transports de corps avant mise en bière sont réalisés au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires

Le transport de corps sans mise en bière est subordonné :

- à la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile

- à la détention d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles s'opposant au transport sans mise en bière

- A l'accomplissement préalable des formalités prescrites par le code civil relatives aux déclarations de décès. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, en cas de fermeture de la mairie, ces formalités sont accomplies dès sa réouverture

TRANSPORT APRES MISE EN BIERE

Après fermeture du cercueil, le corps d'une personne décédée ne peut être transporté dans une commune autre que celle où cette opération a eu lieu, sans une déclaration préalable effectuée, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil, quelle que soit la commune de destination à l'intérieur du territoire métropolitain ou d'un département d'outre-mer.

Lorsque le corps est transporté en dehors du territoire métropolitain ou d'un département d'outre-mer, l'autorisation est donnée par le préfet du département où a lieu la fermeture du cercueil.

ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES – LIBRE CHOIX DES OPERATEURS

Réf : code général des collectivités territoriales - article L. 2223-27 ; code de la santé publique - articles R1112-68 à R1112-76-1

Après reconnaissance du corps, la famille organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix auquel elle règle directement les frais de convoi d'obsèques.

La liste des entreprises locales de pompes funèbres habilitées dans le département est tenue à disposition des familles, par le CHP (***code général des collectivités territoriales - R. 2223-71***).

Sont strictement interdites toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage qui seraient effectuées au sein du CHP.

Il est également strictement interdit aux agents du CHP de solliciter directement ou de recommander aux familles des opérateurs funéraires. De telles pratiques relèvent du code pénal.

L'inhumation doit avoir lieu 6 jours au plus après le décès (dimanche et jour férié non compris) (***code général des collectivités territoriales - art R. 2213-33***).

Lorsque dans un délai maximum de 10 jours, un corps n'a pas été réclamé, le CHP fait procéder à l'inhumation en appliquant, s'il y a lieu, les dispositions concernant les indigents (***code de la santé publique - art R 1112-76***).

FICHE 5.7 DROITS CIVIQUES

DROIT DE VOTE

La personne qui en raison de son état de santé ou de sa condition physique ne peut se déplacer le jour d'un scrutin, peut exercer son droit de vote au sein de l'hôpital par la voie de la procuration (***Art L.71 du Code électoral***)

Une demande doit être formulée en ce sens auprès d'un officier de police judiciaire ou de son représentant.

RECOURS A UN NOTAIRE

Le patient qui le souhaite peut solliciter l'intervention d'un notaire de son choix. Celui-ci peut se rendre au chevet du patient sans autorisation préalable de la Direction. Il revient au notaire d'apprécier la capacité de son client à accomplir certaines formalités et actes juridiques. Tout abus peut être constitutif d'une faute professionnelle relevant de la compétence des autorités judiciaires.

MARIAGE

En cas de risque de décès imminent, un patient peut demander à ce que son mariage soit célébré au sein du CHP par un officier d'état civil désigné par le Procureur de la République.

FICHE 5.8 (MISE A JOUR 06-2023) FACTURATION DES CONSULTATIONS, ACTES EXTERNES ET FRAIS DE SEJOUR

Réf : code de la santé publique- art L. 1111-3

TARIFS DES CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES

Les tarifs des consultations et des actes pratiqués dans le cadre de consultations externes correspondent aux tarifs de la nomenclature en vigueur pour les praticiens et auxiliaires médicaux consultables sur le site de l'assurance maladie (AMELI).

Pour le paiement des actes et consultations externes, les patients justifiant, le jour de leur venue, de droits ouverts à la sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part susceptible d'être prise en charge par l'assurance maladie : ce dispositif les dispense de faire l'avance des frais. Ils règlent le montant du ticket modérateur (part non couverte par l'assurance maladie), sauf s'ils relèvent d'une exonération particulière ou s'ils justifient de droits ouverts auprès d'un organisme complémentaire (mutuelle) ayant conclu une convention de tiers payant avec le CHP.

Les patients ne justifiant pas, le jour des soins, de couverture sociale ou de l'ouverture de leurs droits à un organisme complémentaire sont tenus de s'acquitter de l'intégralité des sommes dues au titre de la prise en charge en soins externes.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé, de même que le service social peuvent intervenir auprès des patients rencontrant des difficultés financières.

TARIFS DES PRESTATIONS (PRIX DE JOURNEE)

Les frais de séjour résultent de l'application des tarifs de prestation représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline donnée. Ce tarif est facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à son organisme complémentaire si ce dernier a conclu une convention de tiers payant avec le CHP.

Les prix de journée sont affichés dans les différentes salles d'attente, en fonction des spécialités des services, à l'emplacement prévu à cet effet.

FORFAIT JOURNALIER

Le forfait journalier est un tarif fixé par arrêté ministériel, il représente la participation du malade aux frais d'hébergement pour toute journée d'hospitalisation. Ce forfait est dû en plus des tarifs des prestations ci-dessus. Son montant est fixé par le ministère chargé de la santé.

En l'absence d'un tiers payant (organisme complémentaire) ou d'un motif réglementaire d'exonération, ce forfait est réglé par le patient lors de sa sortie.

REGIME PARTICULIER : CHAMBRE SEULE

Le patient qui en fait la demande, sous réserve des disponibilités du service d'hospitalisation, peut bénéficier d'une hospitalisation en chambre particulière. L'intéressé doit prendre connaissance des conditions financières de ce régime et s'engager à payer les suppléments tarifaires qu'il entraîne. Certaines mutuelles prennent en charge ces suppléments, il est recommandé au patient de se renseigner auprès de son organisme complémentaire sur les possibilités de couverture dont il dispose.

Le montant du supplément figure dans le livret d'accueil remis au patient.

Aucune facturation n'est bien entendu réclamée lorsque la chambre seule est attribuée pour raisons médicales.

ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Les honoraires des médecins au titre de leur activité libérale sont encaissés dans le respect des conditions fixées par la loi et du contrat liant le praticien à l'établissement au titre de cette activité, soit directement par le praticien, soit par l'intermédiaire des services administratifs du CHP. Lors de sa prise de rendez-vous, le patient peut se renseigner auprès de l'agent administratif sur les modalités applicables au praticien consulté : encaissement direct ou en régie, secteur 1 (tarifs assurance maladie) ou secteur conventionné à honoraires libres, pratique ou non du tiers payant.

Les tarifs des consultations pratiqués par le praticien sont affichés dans la salle d'attente. Les tarifs des actes avec dépassement fluctuent selon le médecin et ne font pas l'objet d'un affichage.

PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

Hors cas d'hospitalisation d'urgence, en l'absence d'un tiers payant prenant en charge les frais de séjour, il revient au patient de s'engager par écrit, lors de son admission, à payer ces frais. Le cas échéant, le patient peut verser un acompte sur ses frais de séjour.

A défaut d'un document attestant d'une prise en charge par son pays d'origine et accepté par le CHP, le patient étranger non résident en France est tenu de payer, hors cas d'hospitalisation en urgence, dès son admission, l'intégralité de la provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour.

En cas de non-paiement de frais de consultations ou d'hospitalisation, le Trésor public engage des poursuites contre le patient, son débiteur ou les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

PRESTATIONS FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour toute personne qui accompagne un patient hospitalisé sont facturés sur la base d'un forfait fixé annuellement par le CHP.

Pour les personnes assistant un enfant ou un malade en fin de vie, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant n'occasionne pas de facturation supplémentaire.

Sur demande du service social, des repas gratuits peuvent être accordés aux accompagnants d'enfants mineurs (en fonction de la situation et les revenus de la famille).

PARTIE 6 – ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT– PROCEDURES SPECIFIQUES

FICHE 6.1 (Mise à jour 08-2016) PROCEDURES SPECIFIQUES AUX PATIENTS MINEURS

ADMISSION

L'admission d'un enfant est prononcée à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou judiciaire ou de l'Aide sociale à l'enfance.

Cette admission renvoie au statut de la minorité. Si le patient mineur se présente seul à l'hôpital, et sauf urgences ou demande de secret de sa part, les services du CHP prendront toutes les mesures utiles pour prévenir les titulaires de l'autorité parentale avant de pratiquer tout soin.

GARDE ET PROTECTION

Quand un mineur est admis au Centre Hospitalier en l'absence de ses deux parents ou des titulaires de l'autorité parentale, l'hôpital devient gardien de l'enfant au sens du Code Civil et est alors investi d'un devoir de surveillance. Il lui incombe alors de pourvoir à l'ensemble des besoins de l'enfant et de prendre les mesures appropriées à sa protection.

CONSENTEMENT ET REFUS DE SOINS

Le patient mineur doit être informé d'une manière adaptée à son degré de maturité. Son consentement doit être recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le consentement de ses représentants légaux doit être recueilli après qu'ils aient reçu l'information sur l'état du mineur, les soins nécessaires, les bénéfices et risques de l'intervention proposée, sauf urgence argumentée et tracée dans le dossier du mineur. Le consentement écrit des deux parents doit être recueilli pour les actes non usuels. Pour les actes usuels, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre (Art. 372-2 du Code civil).

En cas d'urgence fonctionnelle ou vitale, et en cas d'impossibilité de recueillir ce consentement, ou si le refus de soin des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, risque d'entrainer des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.
Toutes les mesures prises pour joindre les titulaires de l'autorité parentale sont tracées dans le dossier du mineur.

ACCOMPAGNANT DE MINEURS

Pour les mineurs de moins de 15 ans hospitalisés ou lorsque leur état le nécessite, la présence d'un accompagnant peut être autorisée en dehors des heures de visite.

SOINS AUX MINEURS

Le médecin qui soigne un mineur doit une information loyale et précise aux parents et titulaires de l'autorité parentale. Leur consentement lui est nécessaire pour agir.

Les parents divorcés ou séparés exercent en commun l'autorité parentale et ils doivent tous deux être prévenus et consultés pour une décision grave concernant leur enfant. Aucune opération qui ne serait pas urgente ne peut être pratiquée avant qu'on les ait joints.

L'article 372-2 du code civil précise néanmoins « qu'à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant ».

Si les parents ne peuvent être prévenus en temps utile et que des soins sont urgents, le médecin peut et doit délivrer les soins indispensables.

Par ailleurs, le médecin doit informer le mineur d'une manière adaptée à son degré de maturité. Son consentement doit être recherché s'il est apte à exprimer sa volonté. Cette information est importante car elle permet aux enfants selon leur maturité de participer au colloque patient-médecin.

L'article L. 1111-5 du code de la santé publique ouvre une possibilité de dérogation à l'autorité parentale.

Le médecin ou la sage-femme peuvent se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peuvent mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

SORTIE DES MINEURS ET NOUVEAUX NES

La sortie des patients mineurs est effectuée par un des parents du mineur ou toute personne investie de l'autorité parentale. Ils sont informés de la sortie prochaine du mineur par les services de soins.

Une personne désignée par les parents ou les titulaires de l'autorité parentale peut assurer la prise en charge de l'enfant à sa sortie à la condition de présenter un accord écrit et signé par ces derniers, ainsi que la pièce d'identité de l'un des parents, et celle de la personne récupérant l'enfant, dont il sera fait copie.

Ces documents seront insérés dans le dossier du patient.

Le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère, sous réserve de contre-indication médicale ou cas de force majeure dûment constatée.

SORTIE DU MINEUR CONTRE AVIS MEDICAL

Le mineur n'a pas la capacité juridique de signer une attestation constatant sa sortie contre avis médical. Cette demande doit être le fait de la personne autorisée à exercer l'autorité parentale.

Cette dernière signe l'attestation après avoir été informée des conséquences de sa décision.

En cas de refus de signer le document, un procès-verbal de refus est dressé et est joint au dossier du mineur.

Si la demande de sortie est de nature à compromettre la santé du mineur ou est susceptible de mettre en danger sa santé ou son intégrité corporelle, le Directeur ou son représentant saisit le procureur à des fins de mesures d'assistance éducative.

SORTIE A L'INSU DU SERVICE

Dans l'hypothèse où un patient mineur aurait quitté l'établissement à l'insu du service et sans être accompagné d'une personne titulaire de l'autorité parentale ou désignée par elle, les parents sont immédiatement informés. Les autorités de police sont également informées afin de procéder aux recherches nécessaires.

SOUTIEN SCOLAIRE

Un soutien scolaire est proposé aux enfants hospitalisés pendant plus d'une semaine.

JOUETS

Les jouets et les jeux appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés durant une hospitalisation ne peuvent leur être confiés que sur autorisation de l'équipe soignante.

Les jouets et jeux prêtés aux enfants par le service doivent être restitués lors de la sortie de l'enfant.

RESPONSABILITE PARENTALE EN CAS DE DOMMAGE

Les parents sont responsables des détériorations volontaires causées par leurs enfants.

FICHE 6.2 (Mise à jour 06-2023) PROCEDURES SPECIFIQUES AUX MAJEURS PROTEGES

Code civil – art. 458 et 459

Le consentement du majeur protégé doit être recherché systématiquement s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, l'accord de son représentant légal doit être recherché. Si l'acte est susceptible de porter atteinte à son intégrité physique et sauf urgence, l'autorisation d'un juge est obligatoire.

Si le représentant oppose un refus à des soins risquant d'entraîner des conséquences graves pour la santé du patient, le médecin délivre les soins indispensables sans tenir compte de l'autorisation du représentant.

FICHE 6.3 (mise à jour 06-2023) ACCOUCHEMENT SOUS SECRET

Au cours de la grossesse jusqu'à l'accouchement, la femme enceinte peut demander l'anonymat, que ce soit pour sa grossesse ou son accouchement. C'est ce que l'on appelle communément " l'accouchement sous X ".

La demande d'accouchement dans le secret est une décision qui appartient à la femme qui demande à y recourir, qu'elle soit mineure ou majeure et cela, même dans l'hypothèse où elle ferait l'objet d'une protection juridique.

C'est un droit pour elle qui est soumis à aucune formalité préalable particulière. Ainsi, aucun document ou justificatif d'identité ne doit être exigé.

Le secret s'impose alors à l'ensemble des équipes de soins prenant en charge la mère et l'enfant. Tous les dossiers en relation avec cette grossesse sont rendus anonymes.

La sage-femme recueille l'identité de la parturiente sous enveloppe cachetée qui lui sera rendue après accouchement.

L'intéressée peut lever le secret à tout moment.

La Délégation Territoriale du département est informée de cette situation.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le Conseil départemental des Pyrénées-Orientales.

FICHE 6.4 DETENUS ET GARDE A VUE

Les personnes détenues au sein de centres pénitentiaires reçoivent des soins auprès de l'unité de soins en milieu pénitentiaire.

Le détenu malade ou blessé qui ne peut en raison de son état de santé, être transféré dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé et qui nécessite une hospitalisation, est admis à l'hôpital dans les mêmes conditions générales que pour tout autre patient.

Le patient est toutefois installé dans des locaux adaptés à sa situation de détenu impliquant la surveillance des services pénitentiaires, et aux soins qu'il doit recevoir. Son dossier est conservé par le Centre hospitalier.

Ces dispositions ne font pas obstacles à ce que des détenus soient hospitalisés dans d'autres locaux en cas d'urgence ou de soins spécialisés.

La surveillance du détenu ou d'un gardé à vue est assurée par les services pénitentiaires, de police, de gendarmerie ou des forces armées, et s'exerce sous leur responsabilité. Tout incident ou dysfonctionnement est signalé aux autorités compétentes.

En aucun cas, l'hospitalisation d'un détenu ou d'un gardé à vue ne doit porter atteinte à l'exécution du service public hospitalier ou troubler le repos des autres patients.

FICHE 6.5 (Mise à jour 06-2023) INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

Réf : Art. L. 2212-1 à 2212-10 du Code de la santé publique

La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse.

Toute personne doit être informée sur les méthodes abortives et a le droit d'en choisir une librement.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin ou par une sage-femme, profession médicale à part entière.

Lorsqu'une sage-femme la réalise par voie chirurgicale, cette interruption ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé.

Elle a lieu au CHP, dans le cadre de consultations, le cas échéant réalisées à distance, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou la sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et le CHP, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Lorsque l'interruption volontaire de grossesse est pratiquée par voie médicamenteuse dans le cadre d'une telle convention, elle peut être réalisée jusqu'à la fin de la septième semaine de grossesse.

Le médecin ou la sage-femme sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 du CSP susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Si la femme renouvelle, après les consultations prévues ci-avant, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin ou la sage-femme doit lui demander une confirmation écrite.

En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peuvent pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2 du CSP. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisis par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L2212-3 et L. 2212-5 du CSP.

Le directeur du CHP au sein duquel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5 du CSP.

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés, ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4 du CSP.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, conformément à la procédure légale. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

Un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 du CSP.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Le CHP doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

PARTIE 7 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

FICHE 7.1 (Mise à jour 08-2016) DISPOSITIONS GENERALES

RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux personnels hospitaliers durant leur travail.
Les personnels doivent strictement respecter les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent durant leur service.

L'agent a notamment l'obligation de respecter les prérequis à l'hygiène des mains : absence de bijou aux mains et aux poignets, absence de vernis, ongles courts, manches courtes.

Un agent face à un danger imminent pour sa vie ou pour sa santé peut se retirer d'une situation de travail à risque sous réserve de ne pas créer une aggravation de la situation pour autrui et d'en informer immédiatement son responsable qui informe le secrétaire du F3SCT.

PORT DES EQUIPEMENTS REGLEMENTAIRES ET TENUE VESTIMENTAIRE

La tenue vestimentaire des agents doit être adaptée à l'accueil du patient et respecter les attributions vestimentaires pour les missions professionnelles qui leur sont confiées. Elle est un élément du respect dû au patient et des règles d'hygiènes et sécurité.

La tenue professionnelle est changée quotidiennement et entretenue par la blanchisserie du CHP.

Le port de vêtements professionnels et équipements réglementaires est obligatoire lorsque l'agent est en service : vêtements professionnels, chaussures de sécurité, casque, lunettes de protection.

les équipements de protection individuelle sont à la disposition des professionnels pour l'application des Précautions Standard et des Précautions Complémentaires d'Hygiène : tabliers à usage unique, surblouses, gants de soins, masques chirurgicaux, masques FFP2, lunettes de protection.

En cas de symptôme ORL ou respiratoire chez le professionnel lui-même, le port du masque chirurgical pendant l'activité est obligatoire en accord avec les Précautions Standard.

Le port de la tenue dédiée aux soins est interdit en dehors des services de soins ou secteurs médico-techniques.

INFORMATION SUR LES CHANGEMENTS D'ADRESSE OU DE SITUATION FAMILIALE

A l'occasion d'un changement d'adresse ou lorsque la situation familiale d'un agent vient à évoluer, il doit en informer sans délai le service de gestion des ressources humaines et en apporter la justification.

UTILISATION DU RESEAU INFORMATIQUE INTERNE

Les agents du CHP sont tenus, dans l'utilisation du réseau informatique interne à l'établissement et dans leur accès au système d'information, au respect des prescriptions fixées par la charte d'utilisation du système d'information.

EFFETS PERSONNELS

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels et en assure la garde.
Des vestiaires sont à disposition des agents afin qu'ils y déposent leurs affaires personnelles.
Tout vol, perte ou dégradation d'objets divers appartenant à un membre du personnel ne peuvent être imputés à la responsabilité de l'établissement.

FICHE 7.2 DISPOSITIONS FONDEES SUR LE RESPECT ET L'INTIMITE DU PATIENT

Les personnels doivent une égale considération pour les patients accueillis au Centre Hospitalier de Perpignan, indifféremment de leur condition, de leur nationalité, de leur religion, de leur sexe ou des sentiments qu'ils inspirent chez l'agent.

Les entretiens avec les patients, quel que soit le contexte émotionnel, doivent respecter la prudence nécessaire. En toutes circonstances, la familiarité est proscrite.

Les agents ont l'obligation de respecter les droits du patient tels qu'ils découlent du Code de la santé publique.

Devant les personnes détenues, en hospitalisation ou en consultation au Centre Hospitalier, les devoirs sont les mêmes que ceux exigés envers tout autre patient.

Les agents doivent faire preuve de neutralité dans l'exercice de leurs fonctions.

Ils doivent mettre en œuvre toutes mesures utiles afin que les choix des patients et de leurs familles soient respectés.

Le personnel est tenu de faire preuve de discrétion s'agissant de ses opinions ou de ses convictions personnelles et d'une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions.

Un comportement et un langage corrects des agents sont exigés, en ce qu'ils constituent des éléments du respect dû au patient.

OBLIGATION DE S'IDENTIFIER AUPRES DES USAGERS

Afin d'assurer une meilleure communication avec les patients et leurs familles, le personnel en contact avec le public doit s'identifier et décliner ses patronymes et fonction. Le port d'un badge ou de tout autre moyen d'identification est obligatoire pendant le service de l'agent.

ACCUEIL ET INFORMATION DES FAMILLES

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement. La réserve et la discrétion sont requises dans les dialogues entre les équipes et avec la famille.

Le personnel qui accueille les familles les informe en respectant les règles relatives au secret médical.
Le médecin, le cadre soignant ou l'infirmier avisent les familles en temps utile, par les moyens appropriés, des décisions importantes concernant le malade, avant qu'elles n'aient reçu exécution, sauf urgence.

CONFORT DU PATIENT

Chacun des membres du personnel doit assurer au patient le confort dont il a besoin dans le champ de leur exercice professionnel. Les conditions de confort moral et physique du patient sont recherchées en toutes circonstances et dans la mesure du possible, grâce à une attitude compréhensive de leur douleur et de leur inquiétude. Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante des personnels.

Les agents doivent veiller à faire respecter le calme et la sécurité du fonctionnement hospitalier, et éviter de nuire au repos et à la tranquillité du patient par des comportements ou des discussions excessives ou déplacées.

FICHE 7.3 (Mise à jour 06-2023) DROIT ET PROTECTION DES AGENTS

LIBERTE D'OPINION ET NON-DISCRIMINATION

La liberté d'opinion est garantie à tous les personnels hospitaliers.

Aucune distinction ne peut être faite entre agents en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur sexe, de leurs origines réelles ou supposées.

Des distinctions peuvent être faites lorsqu'elles reposent sur leurs inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

LIBERTE D'EXPRESSION

La liberté d'expression est garantie aux personnels hospitaliers. Elle s'exerce dans le respect des obligations de neutralité et de réserve s'imposant aux agents du Centre Hospitalier de Perpignan

LIBERTE ET DROIT SYNDICAL

Le droit syndical est garanti aux personnels hospitaliers ; il s'exerce par le biais des organisations syndicales représentatives présentes dans l'établissement.

L'exercice du droit syndical reconnu à chaque agent est garanti par le Directeur ou son représentant, il est exercé dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires qui l'encadrent.

Ce droit s'exerce dans le respect du principe de neutralité du service public et des nécessités de service.

DROIT DE GREVE

Les personnels hospitaliers exercent leur droit de grève dans le respect des lois qui le réglementent.

En cas de grève, l'obligation de permanence des soins et continuité du service public justifie le recours au service minimum défini au sein de l'établissement.

L'assignation par le Directeur des agents indispensables au fonctionnement minimum du service public implique pour ces derniers l'obligation de se conformer à ladite assignation. La participation à un mouvement de grève pendant les heures de travail entraîne une retenue de traitement proportionnelle à la durée de l'arrêt de travail.

EXPRESSION DIRECTE

Les agents du Centre Hospitalier de Perpignan bénéficient du droit d'expression directe et collective sur les conditions d'exercice et d'organisation du travail arrêtées par le Directeur après avis du Comité social d'établissement.

DROIT D'ACCES AU DOSSIER ADMINISTRATIF

Tout agent a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par le Code général de la fonction publique.

Les demandes de communication du dossier administratif doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines.

Il peut consulter sur place ou faire copie des pièces qui l'intéressent.

Cette faculté ne libère pas l'agent de l'obligation de réserve qui doit être la sienne dans l'utilisation ou la diffusion des documents ainsi obtenus.

PROTECTION CONTRE LE HARCELEMENT

La carrière d'un personnel hospitalier ne peut être affectée en raison des agissements qu'il a subi ou refusé de subir de la part de toute personne abusant de son autorité afin d'obtenir des faveurs à caractère sexuel.

L'agent est protégé contre les agissements répétés de harcèlement moral ou physique qui ont pour objet ou effet une dégradation des conditions de travail portant atteinte à ses droits, sa dignité ou susceptible d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de nature à compromettre son avenir professionnel.

PROTECTION CONTRE LES VIOLENCES A L'ENCONTRE DU PERSONNEL

Le Centre Hospitalier de Perpignan protège les agents contre les menaces, violences, voies de faits, injures, diffamations ou outrage dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions.

L'établissement dispose d'une action directe qu'il peut exercer par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

DROIT A LA FORMATION

Le droit à la formation et l'organisation du Centre Hospitalier de Perpignan en la matière sont décrits dans le livret d'accueil des agents.

FICHE 7.4 (Mise à jour 06-2023) OBLIGATIONS DES AGENTS

EXECUTION DES TACHES ET ORDRES REÇUS

Tout agent du Centre Hospitalier de Perpignan, quel que soit son rang ou ses fonctions, doit exécuter les tâches incombant à son emploi et celles qui lui sont confiées par une autorité hiérarchique. Il doit se conformer aux instructions données, sauf si l'ordre est manifestement illégal, de nature à compromettre son intégrité physique ou mentale ou à compromettre gravement l'intérêt public.

Il est responsable de l'exécution des tâches qui lui reviennent et doit en rendre compte à son supérieur hiérarchique.

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'exécuter un travail et en cas d'urgence, l'agent ayant reçu l'ordre de s'y substituer ne peut s'y soustraire.

Il ne peut également se soustraire à un ordre d'exécuter un travail sous le motif que ce travail n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade, sauf à faire échec aux réglementations professionnelles.

RESPECT DES PERSONNELS

Chaque agent doit avoir une attitude courtoise et respectueuse à l'égard des membres de son service, de sa hiérarchie et de tout autre membre du personnel.

INFORMATION DE LA HIERARCHIE

Tout agent doit informer son supérieur, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature constatés lors de son service. Il doit également l'informer des éléments extérieurs à son service qui ont des conséquences sur sa capacité et sur les conditions réglementaires pour occuper ses fonctions.

SECRET PROFESSIONNEL ET OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

Le secret s'impose à tous les personnels de l'établissement et à toutes les personnes intervenant dans le système de santé.

Le secret a un caractère général, absolu et opposable aux tiers. Il couvre tout ce qui a été confié par le malade, mais aussi vu, entendu ou compris par les personnels.

Les sanctions pénales encourues en cas de divulgation d'information, en dehors des dérogations prévues par la réglementation, ne font pas échec à l'application de sanctions disciplinaires.

Les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance dans l'exercice de leur fonction.

Ils ne sont déliés de cette obligation que sur décision expresse du Directeur.

Il est interdit au personnel de donner communication de pièces ou documents de service en dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur.

Réf : Code la santé Publique - art. L. 1110-4 **; Code général de la fonction publique - art. L121-6 et 121-7**

RESPECT DES HORAIRES ET DES ORGANISATIONS DE TRAVAIL

L'organisation du temps de travail au sein de l'établissement est décrite au travers du guide de gestion de temps. L'assiduité et la ponctualité du personnel font parties des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier de Perpignan.

Les horaires sont fixés par service et sur la base d'un planning prévisionnel de travail établi dans le respect des exigences de continuité du service public hospitalier. La surveillance des patients implique le respect des horaires prévus.

Les temps de pause doivent être pris en concertation avec le cadre de santé et l'équipe ; ils ne doivent en aucun cas perturber la continuité du service.

Aucun agent ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification des horaires si les nécessités de service l'imposent.

Toute absence, y compris celle liée aux congés ou à des évènements familiaux, doit faire l'objet d'une autorisation préalable.

Tout retard, empêchement ou départ prématuré de l'agent doit être signalé dans les plus brefs délais à son supérieur hiérarchique.

En cas d'impossibilité pour l'agent de prendre son travail en temps et en heure, il en informe au plus tôt son responsable hiérarchique.

En cas de maladie, l'agent doit faire parvenir dans les 48h au service de gestion des Ressources Humaines un justificatif d'arrêt de travail.

BON USAGE DES BIENS DE L'HOPITAL

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, matériels et effets mis à leur disposition par le CHP.

En cas de détérioration volontaire et de leur propre fait ou d'incurie caractérisée, la Direction se réserve la possibilité d'engager la responsabilité personnelle de l'agent fautif aux fins de remboursement des frais de réparation ou de remplacement.

Il est interdit de prélever à titre personnel quoi que ce soit dans les services ou au sein de l'établissement (nourriture, matériel, équipements, linge, etc.). L'usage à titre personnel des moyens de communication du Centre hospitalier de Perpignan est interdit.

Dans le cadre de la démarche développement durable menée par l'établissement, les personnels doivent veiller à la juste utilisation des locaux et équipements : utilisation raisonnée du chauffage et de la climatisation, limitation des consommations d'énergie, etc.

Respect des dispositions de la charte informatique (cf. fiche 8.3)

OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS, ET OBJETS TROUVES

En aucun cas, les agents ne peuvent conserver des biens, documents et autres valeurs que les patients pourraient leur confier ou qu'ils auraient trouvés dans l'exercice de leurs fonctions. Ils doivent être déposés sans délai selon la procédure en vigueur à la Trésorerie, ou aux services économiques.

INTERDICTION DE RECEVOIR DES GRATIFICATIONS OU DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES

Les agents ne peuvent accepter à titre personnel de pourboire, de rémunération ou toute autre gratification liés à l'exécution de leur service de la part des patients ou de leur famille. Les agents ne peuvent bénéficier à titre personnel d'avantage sous quelque forme que ce soit des entreprises et sociétés assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pour le Centre Hospitalier.

OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou au moyen d'intermédiaires, des intérêts dans une entreprise susceptibles de compromettre leur indépendance. (***Réf :*** **Code général de la fonction publique - art. L. 121-1, L. 121-4, L. 121-5**)

Le conflit d'intérêt potentiel doit être soumis à la Direction par le biais d'une déclaration d'intérêt quand, dans son emploi, l'agent est en relation avec une entreprise qui a des liens financiers ou contractuels avec l'établissement.

Des sanctions disciplinaires et pénales sont susceptibles de s'appliquer en cas de non-respect de cette obligation.

INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LIBERALE LUCRATIVE

Les agents du Centre Hospitalier sont tenus de consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. En aucun cas, un agent relevant du statut de la fonction publique ne peut exercer d'activité privée lucrative à titre professionnel.

Cette interdiction concerne tout agent titulaire, stagiaire à temps plein, ou contractuel à temps plein. Il ne peut être dérogé à cette pratique que dans les conditions prévues et pour

les cas énumérés limitativement par les dispositions législatives et réglementaires sur le cumul des emplois et l'activité libérale des agents hospitaliers.

En cas d'activité complémentaire exercée par l'agent, ce dernier doit déposer au préalable une demande auprès de la Direction afin de veiller à ne pas contrevenir à tout risque d'incompatibilité légale, déontologique ou de conflits d'intérêts.

S'agissant des personnels médicaux, l'activité libérale fait l'objet d'un contrôle par la Commission de l'activité libérale.

INTERDICTION DE FUMER DANS LES LOCAUX

Il est strictement interdit de fumer dans les locaux du CHP.

A l'extérieur des bâtiments les zones où il est interdit de fumer sont indiquées par une signalisation ou font l'objet d'une note de service au personnel.

Concernant le vapotage, les recommandations de la FHF suite au décret n° 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif, sont les suivantes :

-Dans un hall d'hôpital (lieu accueillant du public), il convient de proposer un espace ou une pièce privilégiée pour le vapotage.

-Dans tous les services des établissements de santé et dans les établissements médico- sociaux, il est possible de mettre en place un espace ou une pièce privilégiée pour le vapotage.

-Pour les personnels, il est possible de vapoter dans un bureau individuel, dans la salle de repos, ou dans une chambre de garde individuelle mais pas dans les salles de soins.

-Il est en théorie possible de vapoter à la cafétéria ou au restaurant, tant pour les patients que les personnels. Un espace privilégié pour le vapotage, légèrement à l'écart, peut être envisagé pour éviter toute gêne.

INTERDICTION D'INTRODUIRE DES ARMES OBJETS OU PRODUITS DANGEREUX OU TOXIQUES INTERDITS PAR LA LOI

Il est interdit d'introduire des armes ou objets dangereux dans l'établissement. Tout agent a l'obligation de signaler l'introduction ou la découverte d'armes ou de tout objet dangereux aux fins de remise au service en charge de la sécurité.

FICHE 7.5 (Mise à jour 06-2023) REFERENT DEONTOLOGUE

Réf : Décret n° 2017-519 du 10 avril 2017 relatif au référent déontologue dans la fonction publique. Entrée en vigueur : 13 avril 2017 - Code général de la fonction publique - art. L. 124-2

OBJECTIF

Tout fonctionnaire a le droit de consulter un référent déontologue, chargé de lui apporter tout conseil utile au respect des obligations et des principes déontologiques énoncés aux chapitres I, II, III et IV du Code général de la fonction publique, notamment la prévention des situations de conflits d'intérêts. Cette fonction de conseil s'exerce sans préjudice de la responsabilité et des prérogatives de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

QUI PEUT ETRE DESIGNE COMME REFERENT DEONTOLOGUE ?

Les fonctions de référent déontologue peuvent être exercées par une ou plusieurs personnes appartenant au même établissement. Peuvent également être choisies une ou plusieurs personnes appartenant à un autre établissement, à un établissement public à une autorité administrative indépendante, voire à une autorité publique indépendante avec laquelle l'établissement concerné a conclu une convention. Cette possibilité permet aux agents relevant d'établissements de petite taille, ne disposant pas nécessairement, en interne, des ressources requises, d'accéder, au même titre que des agents de grands établissements, à un conseil déontologique de qualité.

Par décision en date du 28 janvier 2020, un référent déontologue a été désigné pour les six établissements composant le GHT « Aude Pyrénées » (cf. fiche 1.10).

Cette décision a été portée à la connaissance des agents des établissements et a été publiée au recueil des actes administratifs des Préfectures de l'Aude et des Pyrénées-Orientales.

PARTIE 8 : DISPOSITIONS GENERALES

FICHE 8.1 (mise à jour 06-2023) SECURITE GENERALE

FINALITE ET PORTEE DES REGLES

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité incendie) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sureté et à la qualité des prestations d'accueils et de soins que l'hôpital assure à ses usagers.

Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances.

Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Ces règles prennent en compte les besoins des personnes en situation de handicap, usagers ou personnel (***Loi n° 2005-102 du 11/02/2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées***).

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital (***Code de la santé publique ; article L. 6143-7***) le Directeur Général édicte ces règles par voie de notes de services portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service dans le respect des lois, règlements et des principes généraux du droit. Quelle que soit la raison de sa présence au sein du centre hospitalier, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et le cas échéant, obéir aux injonctions des personnes habilitées.

LA SECURITE GÉNÉRALE : ACCES A L'HOPITAL

L'accès du site hospitalier est réservé aux personnes ayant un lien avec les activités et structures situées dans cette enceinte, à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui sont appelés en raison de leur travail.

Le personnel et les usagers doivent se conformer à toutes les décisions institutionnelles nationales ou locales.

Les conditions matérielles de l'accès des diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. Toute personne étrangère aux activités et structures du site hospitalier se verra reconduire à la sortie, avec appel en cas de besoin des autorités de police. Le personnel à l'obligation de porter son badge professionnel, de manière visible, sur les différents sites (intérieurs et extérieurs) du Centre Hospitalier.

Il est formellement interdit de prêter les badges ou clef qui sont sous la responsabilité de chaque ayant droit.

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les

limitations ou interdiction d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Dans le cadre des différentes mesures VIGIPIRATE (Cf. Note de service N°106-2016) :

Les horaires d'accès libre au site et aux bâtiments seront réduits. Cela concerne aussi bien les portails extérieurs que les portes d'entrée des bâtiments. Ces portes seront ouvertes de 06h30 à 20h00 (sauf bien sûr les accès Urgences). Les horaires d'ouverture peuvent être modifiés par note de service. En dehors de ces horaires, ces portes ne pourront être ouvertes qu'avec le badge professionnel.

Il est interdit d'introduire à l'hôpital, alcool, armes, explosif, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi ainsi que des animaux (sauf dérogation particulière pour les chiens-guides aveugles ou mal voyants qui sont autorisés dans les limites fixées par la réglementation et les conditions définies avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales).

Il est strictement interdit de filmer ou de photographier ou de distribuer des tracts sans autorisation préalable.

LA SECURITE GENERALE : LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE

Les usagers du CHP sont tenus de respecter le code de la route qui est applicable sur le CHP. L'ensemble des voies de circulation est classé en « zone 30 » (voies de circulation sur lesquelles la vitesse est limitée à 30 km/heure.)

La signalisation est celle du Code de la route, en particulier, à celle concernant l'interdiction de stationner avec l'information d'enlèvement en cas d'infraction.

L'accès aux différents parkings du CHP est réservé aux véhicules de moins de 2 mètres de hauteur.

Pour le stationnement dans ces parkings, il est recommandé de se garer en marche arrière.

Les agents de sécurité du CHP sont chargés de faire respecter le code de la route sur le site. En cas de non-respect des règles de stationnement, ils sont habilités à coller des étiquettes qui rappellent cette interdiction sur le véhicule et à faire appel à la police pour verbalisation et demande de mise en fourrière.

Est particulièrement surveillé le respect du code de la route sur les voies classées par la Commission de Sécurité Incendie comme « voies utilisables par les engins de secours » ainsi que les places réservées pour les personnes handicapées. Le CHP se réserve le droit de demander aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, sera sans lien avec le service public hospitalier.

En cas de déclenchement des plans d'alerte ou d'urgence (plan blanc) la Direction du CHP assure l'organisation des accès en liaison avec l'ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de ces plans.

Dans le cadre de la prévention des actes terroristes (Cf Note de service N°106-2016), les places de stationnement sous le bâtiment néonatalogie seront supprimées.

CALME AU SEIN DU L'HOPITAL

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site, avec appel en cas de besoin aux autorités de police.

PERSONNELS DE SECURITE GENERALE

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application.

Leurs possibilités d'interventions sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le Code Pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril, légitime défense ou état de nécessité) et par le Code de Procédure Pénale (crime ou délit flagrant).

Ils ne peuvent intervenir dans les services de soins qu'à la demande du Directeur ou des personnes responsables de ces services.

Ils peuvent retenir aux sorties du site hospitalier, durant le temps nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit, pour remise aux autorités de police, et tout patient désorienté ou susceptible visiblement de courir un danger à l'extérieur du site, en attendant sa prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent sans l'accord de l'intéressé procéder ni à l'ouverture d'une armoire ou d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule personnel.

MATERIEL DE SECURITE GENERALE

L'installation de matériel de vidéoprotection, d'anti-intrusion, de contrôle d'accès informatisé doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis au Directeur et aux instances compétentes du site.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et des personnels ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et de la Liberté.

Réf : Loi n°78-17 du 06 janvier 1978 sur l'informatique, les fichiers, et les libertés ; Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée ; Code civil – art. 9 ; Code Pénal - article 226-16 à 226 -24.

L’installation et l’exploitation des matériels de vidéoprotection doivent observer les dispositions de la loi et des textes pour son application.

Réf : Code civil- art. 9 ; Arrêté du 3 août 2007 portant définition des normes techniques des systèmes de vidéosurveillance ; Ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel ; Décret n° 2019-536 du 29 mai 2019 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

FICHE 8.2 (mise à jour 06-2023) SECURITE INCENDIE

LA SECURITE INCENDIE

Le site est assujetti aux règles de sécurité contre les risques incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.

Réf : *Arrêté du 10 décembre 2010 portant approbation complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (Type U).*

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séquences de formations internes relatives à la sécurité incendie (***Arrêté du 10 décembre 2010 portant approbation complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public ; Code du travail : Art. R4141-1 à R4141-4***).

Tout aménagement (modifications de local, portes, revêtement, décoration et gros mobiliers etc...) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction des Travaux et des Services Techniques.

Tout stationnement est strictement interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers au droit des poteaux incendie et des sorties de secours.

L'usage des dispositifs de sécurité incendie (Déclencheur manuel vert ou rouge) est réservé uniquement au déclenchement de l'alarme.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement à savoir :

- La conduite à tenir en cas d'incendie
- Les modalités de mise en sécurité ou d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation
- Les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables
- La vacuité permanente des chemins d'évacuations
- L'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction
- L'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques
- L'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés

INTERDICTION DE FUMER VAPOTAGE

Cf. fiche « conditions de séjour »

FICHE 8.3 (Mise à jour 27-01-2021) CHARTE INFORMATIQUE

CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

CHARTE INFORMATIQUE

ARTICLE 1 : CHAMP D'APPLICATION DE LA CHARTE INFORMATIOUE DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN.

ARTICLE 2 : SECRET PROFESSIONNEL.

ARTICLE 3 : INTEGRITE DES SYSTEMES INFORMATIQUES ET DE TELECOMMUNICATIONS

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ACCES AUX RESSOURCES INFORMATIQUES

ARTICLE 5 : REGLES D'UTILISATION, DE SECURITE ET DE BON USAGE

ARTICLE 6 : ANALYSE ET CONTROLE DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

ARTICLE 7 : PROTECTION DES LOGICIELS

ARTICLE 8 : INTERNET ET MESSAGERIE.

ARTICLE 9 : DROIT DE CONTRÔLE DE L'EMPLOYEUR - FICHIERS INFORMATIQUES SMS ET LES SYSTEMES DE COMMUNICATION.

ARTICLE 10 : SANCTIONS

ARTICLE 11 : RESPONSABILITE DES ADMINISTRATEURS DES SYSTEMES INFORMATIQUES.

ARTICLE 12 : LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES.

ARTICLE 13 : APPLICATION DES DISPOSITIONS

La présente charte a pour objet de définir les règles d'utilisation des moyens informatiques ou de télécommunications au sein du Centre Hospitalier de Perpignan, et de rappeler à chacun des utilisateurs ses responsabilités.

ARTICLE 1 CHAMP D'APPLICATION DE LA CHARTE INFORMATIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Les règles et obligations énoncées ci-après s'appliquent à toute personne autorisée à utiliser les moyens et systèmes informatiques ou de télécommunications du Centre Hospitalier de Perpignan.

Sont également concernées les personnes qui accèdent au réseau du CHP depuis des sites distants ou depuis leur domicile.

- On entendra par systèmes informatiques l'ensemble des serveurs, stations de travail, micro-ordinateurs, périphériques et logiciels situés dans les services du Centre Hospitalier de Perpignan.

- On entendra par Centre Hospitalier de Perpignan, le Centre Hospitalier de Perpignan ainsi que l'ensemble des sites rattachés dépendant administrativement ou informatiquement de ce dernier.

- On entendra par systèmes de télécommunications l'ensemble des téléphones (GSM, DECT, ANTARES), BIP, combinés de radiocommunications, lignes ADSL, SDSL, fibre optique, clés internet utilisées dans ou par les services du Centre Hospitalier de Perpignan.

Le Centre Hospitalier de Perpignan s'est donné les moyens de porter à la connaissance de tous la Charte Informatique ; par conséquent, tout utilisateur est tenu de la connaître et la respecter sous peine de sanctions.

ARTICLE 2 SECRET PROFESSIONNEL

Chaque agent du Centre Hospitalier de Perpignan est astreint au respect des obligations édictées par l'article 26 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Chaque agent est tenu au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal, (notamment l'article 226-13), le code de la Santé Publique (notamment l'article L 1110-4), le code de Déontologie Médicale (notamment l'article 4), le code de Déontologie des Sages-Femmes (notamment l'article R .4127-303) et le décret de compétence des Infirmiers (notamment l'article 1).

Chaque agent doit faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

ARTICLE 3 INTEGRITE DES SYSTEMES INFORMATIQUES ET DE TELECOMMUNICATIONS

L'utilisation des ressources informatiques et l'usage des services Internet ainsi que du réseau pour y accéder ne sont autorisés que dans le cadre exclusif de l'activité professionnelle des personnels et des travaux des usagers liés aux activités du CHP. Il en est de même concernant l'usage des systèmes de télécommunications.

Sauf autorisation préalable délivrée par le Centre Hospitalier de Perpignan, ces moyens ne peuvent être employés en vue d'une utilisation ne relevant pas des missions du Centre Hospitalier de Perpignan ou des missions confiées aux utilisateurs.

La Direction des Systèmes d'information et de l'Organisation du Centre Hospitalier de Perpignan est garante de l'intégrité et de la conformité des moyens et systèmes informatiques et de télécommunications avec l'appui de ses prestataires.

ARTICLE 4 CONDITIONS D'ACCES AUX RESSOURCES INFORMATIQUES

Les utilisateurs du système d'informations (moyens informatiques et de télécommunications) du Centre Hospitalier de Perpignan se voient attribuer un code d'accès unique et personnel composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Ils sont responsables de l'usage qui est fait de leur code d'accès et ne doivent en aucun cas le divulguer à un tiers sous peine d'engagement de leur responsabilité individuelle.

Selon leurs fonctions, les utilisateurs du système d'information du Centre Hospitalier de Perpignan se voient attribuer une Carte Professionnelle de Santé (CPS), Carte de Professionnel en Formation (CPF), Carte de Directeur d'Etablissement non professionnel de santé (CDE) ou Carte de Personnel Autorisé (CPA). Cette dernière est inscrite dans la loi (article L.1110-4 du code de la santé publique) comme un outil obligatoire imposé pour l'accès aux données de santé à caractère personnel, notamment dans le cadre du partage de l'information médicale. La carte professionnelle de santé constitue un instrument essentiel du dispositif de sécurité des systèmes d'information de santé en sécurisant les échanges et le partage des données médicales personnelles afin d' en protéger la confidentialité.

Ces moyens d'accès ont un caractère personnel, confidentiel et incessible. L'utilisateur s'engage à ne pas en divulguer le contenu à un tiers, salarié ou non du Centre Hospitalier de Perpignan, même pour des raisons professionnelles. Pour répondre à des nécessités de service, en cas de difficultés, l'utilisateur fait appel à la Direction des Systèmes d'information et de l'Organisation.

En cas de divulgation de son code d'accès ou de sa carte professionnelle nominative, l'agent sera passible entre autres de sanctions disciplinaires telles que prévues par les textes, et notamment par l'article 29 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et le chapitre 7 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

En cas de perte de son code accès ou de sa carte de professionnel de santé ou lorsque que l'agent estime qu'un tiers a pu en prendre connaissance, il en avertira sans délai la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation par téléphone, puis adressera une confirmation écrite.

Ces codes d'accès sont temporaires et sont retirés si les fonctions de l'utilisateur ne le justifient plus.

Toute autorisation prend fin lors de la cessation de l'activité professionnelle qui l'a justifiée.

Chaque utilisateur est responsable de l'utilisation qui est faite de son code d'accès, en particulier :

- Il prendra soin de choisir un mot de passe ne correspondant ni à un mot, ni à un nom propre d'aucune langue que ce soit, ni à une date,

- Il ne communiquera pas son mot de passe à une tierce personne, la non-confidentialité de ses accès engageant sa responsabilité,

- Il préviendra la Direction des Systèmes d'Informations et de l'Organisation du Centre Hospitalier de Perpignan si un code d'accès ne lui permet plus de se connecter, s'il soupçonne que son compte a été usurpé.

- D'une façon plus générale, toute personne constatant une usurpation d'identité ou la violation de son code d'accès est tenu de prévenir la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation par téléphone, puis de lui adresser un rapport écrit.

ARTICLE 5 REGLES D'UTILISATION, DE SECURITE ET DE BON USAGE.

Tout utilisateur est responsable de l'usage des ressources informatiques et télécoms auquel il a accès. L'utilisation de ces ressources doit être rationnelle et loyale, afin d'éviter leur saturation ou leur détournement à des fins personnelles.

Il veillera à éviter une saturation des ressources de stockage qui lui sont allouées sur les serveurs notamment en y faisant figurer uniquement les fichiers strictement professionnels.

En cas d'utilisation illicite ou abusive, les droits d'accès pourront être suspendus temporairement ou définitivement.

En outre, le non-respect de la Charte Informatique du Centre Hospitalier de Perpignan pourra, selon le cas, donner lieu à des poursuites pénales et/ou des sanctions disciplinaires telles que définies par les textes en vigueur.

Chaque utilisateur s'engage à respecter les règles de la déontologie informatique et notamment à ne pas effectuer intentionnellement des opérations qui pourraient avoir pour conséquences :

- De masquer sa véritable identité ou d'usurper l'identité d'autrui,

- De s'approprier le code d'accès d'un autre utilisateur à son insu,

- De lire ou de copier des fichiers d'un autre utilisateur à son insu,

- D'altérer, de modifier des données ou d'accéder à des informations appartenant à d'autres utilisateurs du réseau du Centre Hospitalier de Perpignan sans leur autorisation,

- De porter atteinte à l'intégrité d'un autre utilisateur ou à sa sensibilité, notamment par l'intermédiaire de messages, textes ou images provocants ; les messages de nature diffamatoire, discriminatoire, pornographique, politique, d'incitation à la violence raciale ou à la haine sont interdits par la loi et ne doivent pas être répercutés sur le réseau du Centre Hospitalier de Perpignan sous peine de sanctions,
- D'intercepter des messages privés entre utilisateurs (articles 226-1 à 226-16 et 226-22 du Code Pénal),

- De porter atteinte à la confidentialité médicale et au secret professionnel; les

messages non cryptés à caractère nominatif et médical sont interdits (articles 226-16 à 226-24 du Code Pénal et Loi du 06/01/1986),

- D'interrompre ou de perturber le fonctionnement normal du réseau ou d'un des systèmes connectés au réseau,
- De modifier ou détruire des informations sur un des systèmes,
- D'utiliser ou développer des programmes mettant sciemment en cause l'intégrité des systèmes informatiques,
- De se connecter ou d'essayer de se connecter sur un site Internet ou une application sans y être autorisé
- D'utiliser les ressources informatiques et téléphoniques à leur disposition à des fins non professionnelles.

ARTICLE 6 ANALYSE ET CONTROLE DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

Pour des nécessités de maintenance et de gestion technique, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles ainsi que les échanges via le réseau sont régulièrement analysés et contrôlés, par la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation, dans le respect de la règlementation en vigueur.

ARTICLE 7 PROTECTION DES LOGICIELS

L'installation de logiciels non qualifiés par la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation (DSIO) peut engendrer des dysfonctionnements dans la bonne exécution des logiciels du Centre Hospitalier.

L'utilisateur ne devra en aucun cas :

- Installer des logiciels sans autorisation de la DSIO,
- Faire une copie de tout logiciel sans l'autorisation écrite de la DSIO, seules les copies de sauvegarde peuvent faire exception à la règle, conformément à l'article L 122-6 du Code de la Propriété Intellectuelle.
- Contourner les restrictions d'utilisation d'un logiciel,
- Contrevenir aux lois sur la propriété intellectuelle, littéraire et artistique.
- Utiliser un périphérique de stockage amovible sans l'autorisation préalable de la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation (DSIO).

Toute anomalie constatée doit faire l'objet d'une information écrite auprès de la DSIO dans les plus brefs délais.

ARTICLE 8 INTERNET ET MESSAGERIE

La messagerie et l'accès à l'Internet sont des outils à usage professionnel.

Pour l'utilisation de la messagerie, chaque utilisateur autorisé se verra attribuer une adresse électronique unique et personnelle. Le Centre Hospitalier de Perpignan diffuse ces coordonnées dans l'annuaire de l'établissement ou tout autre document à caractère professionnel. Pour les documents à usage externe, l'accord du titulaire de l'adresse sera recherché.

L'accès à Internet est soumis à l'acceptation sans réserves des règles de la présente Charte Informatique du Centre Hospitalier de Perpignan.

La DSIO fixe les conditions et limites de l'utilisation d'Internet par la mise en place de dispositifs de filtrages de sites non autorisés. La DSIO fixe également des limites dictées par l'exigence de sécurité de l'organisme, telles que l'interdiction de télécharger des logiciels, l'interdiction d'accéder à une boîte aux lettres personnelle par Internet (risque de virus) ...etc.
De manière générale, l'utilisation d'Internet doit rester raisonnable et ne doit pas affecter la sécurité du système d'informations hospitalier (SIH) ni la productivité du Centre Hospitalier de Perpignan.

L'utilisateur prend connaissance par la présente charte des dispositifs de traçabilité de son activité Internet au sein du Centre Hospitalier de Perpignan.

ARTICLE 9 DROIT DE CONTROLE DE L'EMPLOYEUR - FICHIERS INFORMATIQUES – SMS ET LES SYSTEMES DE COMMUNICATION

La jurisprudence en matière de droit de contrôle de l'employeur sur les fichiers informatiques, dans ses évolutions récentes, encadre l'utilisation des systèmes d'information dans le domaine professionnel.

☞ En 2008, un arrêt généralise le droit d'accès de l'employeur sur l'historique de navigation de chaque salarié et lui confère le pouvoir de rechercher si le salarié a effectivement fait une utilisation raisonnable de la connexion mise à sa disposition : Cour Cass - Chbre Soc - 9.07.08
« Entreprise martin »

« attendu que les connexions établies par un salarié sur des sites internet pendant son temps de travail grâce à l'outil informatique mis à sa disposition par son employeur pour l'exécution de son travail sont présumées avoir un caractère professionnel de sorte que l'employeur peut les rechercher aux fins de les identifier, hors de sa présence... »

☞ En 2012, les prérogatives de l'employeur sont confirmées : Cour Cass - Chbre Soc - 10.05.12
« Soc Nouvelle communication tél »

« attendu que M. X a été licencié pour faute grave pour avoir fait une utilisation détournée de son ordinateur professionnel en enregistrant des photos à caractère pornographiques et des vidéos de salariés prises contre leur volonté...

... les fichiers créés par le salarié à l'aide de l'outil informatique mis à sa disposition par l'employeur pour les besoins de son travail sont présumés avoir un caractère professionnel, en sorte que l'employeur est en droit de les ouvrir hors de la présence de l'intéressé, sauf si le salarié les identifie comme étant personnels ».

☞ Le 10 février 2015, la chambre commerciale de la Cour de cassation a énoncé que « les messages écrits (« short message service » ou SMS) envoyés ou reçus par le salarié au moyen

du téléphone mis à sa disposition par l'employeur pour les besoins de son travail sont présumés avoir un caractère professionnel, en sorte que l'employeur est en droit de les consulter en dehors de la présence de l'intéressé, sauf s'ils sont identifiés comme étant personnels ».

De même, tout message envoyé ou reçu depuis votre messagerie professionnelle est supposé avoir un caractère professionnel, sauf s'il est clairement identifié comme étant personnel (par exemple, avec l'indication "Personnel" ou "Privé" en objet) ou classé dans un répertoire "Personnel".

Ainsi, un message identifié comme personnel est considéré comme une correspondance privée et le CHP doit en respecter le secret.

Par contre il peut lire vos messages professionnels.

Cette protection n'existe plus si une enquête judiciaire est en cours ou si le CHP a obtenu une décision d'un juge l'autorisant à accéder à ces messages. Il peut ainsi demander au juge de faire appel à un huissier qui pourra prendre connaissance de l'intégralité de vos messages.

ARTICLE 10 SANCTIONS

L'utilisateur qui contreviendrait aux règles précédemment définies s'expose au retrait de son compte informatique ainsi qu'aux poursuites disciplinaires et pénales prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur (notamment article 226-13, 323-1 à 232-7 du Code Pénal, article 29 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et article 7 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.).

ARTICLE 11 RESPONSABILITE DES ADMINISTRATEURS DES SYSTEMES INFORMATIQUES

Les administrateurs des systèmes informatiques du Centre Hospitalier de Perpignan sont les personnes qui gèrent les machines connèctées au réseau du Centre Hospitalier de Perpignan ainsi que les serveurs sur lesquels sont installés les différents services mis à la disposition des utilisateurs.

Les administrateurs ont la charge de la bonne qualité du service fourni aux utilisateurs dans la limite des moyens alloués. Ils ont le droit d'entreprendre toute démarche nécessaire au bon fonctionnement des moyens informatiques du Centre Hospitalier de Perpignan.

Les administrateurs ont le devoir d'informer, en routine comme en situation d'urgence, les utilisateurs de toute intervention nécessaire, susceptible de perturber ou d'interrompre l'utilisation habituelle des moyens informatiques.

Les administrateurs ont l'obligation de préserver et de respecter la confidentialité des informations qu'ils sont amenés à connaître ou avoir à leur connaissance dans le cadre de leur activité sous peine de sanctions.

ARTICLE 12 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi N° 78-17 du 6 JANVIER 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne a le droit de se faire communiquer les informations nominatives la concernant.

Le droit d'accès et de rectification s'exerce, par demande écrite, auprès du délégué à la protection des données de l'établissement à l'adresse suivante : 20 avenue du Languedoc 66000 Perpignan ou par courriel : dpo@ch-perpignan.fr

ARTICLE 13 APPLICATION DES DISPOSITIONS

Le Directeur du système d'information est chargé de veiller à l'application des dispositions précédentes.