

REGLEMENT INTERIEUR DU GROUPE HOSPITALIER SAINTES-SAINT-JEAN-D'ANGELY

Arrêté le 10 novembre 2025



WWW.GH-SAINTESANGELY.FR

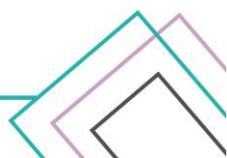
Préambule.....	11
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	12
Titre I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	13
Chapitre 1 Organisation administrative.....	13
Section 1 Gouvernance.....	13
Article 1 : Le directeur.....	13
Article 2 : Le directoire.....	13
Article 3 : Compétences partagées entre le directeur et le directoire.....	14
Article 4 : Le conseil de surveillance	14
Article 5 : La commission médicale d'établissement.....	16
Article 6 : Le bureau de la CME.....	17
Article 7 : Compétences propres du président de la CME.....	18
Section 2 : Instances représentatives	18
Article 8 : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	18
Article 9 : Comité social d'établissement	19
Article 10 : Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de Travail	19
Article 11 : Commissions administratives paritaires Locales	19
Article 12 : Commission des usagers CDU	20
Article 13 : Commission d'activité libérale	21
Section 3 : Instances relatives à la qualité et la sécurité des soins.....	21
Article 14 : Le conseil de bloc	21
Article 15 : Le comité de lutte contre les infections nosocomiales et du risque infectieux	22
Article 16 : Comité de lutte contre la douleur	22
Article 17 : Commission Bientraitance	22
Article 18 : Commission du Médicament et des dispositifs Médicaux Stériles	22
Article 19 : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins	23
Article 20 : Commission des Consultations et des Admissions Non Programmées	23
Article 21 : comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.....	23
Article 22 : Comité de Pilotage de l'identitovigilance et cellule d'Identito-Vigilance	24
Article 23 : Comité des médicaments anti-infectieux (COMAI).....	24
Article 24 : Groupe PPEC (Prévention, Plaie, Escarre et Cicatrisation)	24
Article 25 : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition	24
Article 26 : Comité de Pilotage Qualité-Gestion des risques-Vigilances	25
Article 27 : Commission locale des fluides médicaux	25
Section 4 : Autres instances	26
Article 28 : Les conseils de vie sociale	26



Article 29: Groupe de réflexion éthique	26
Article 30 : Commission développement durable	26
Article 31 : Commission Formation – Activité – Recherche	27
Article 32 : Commission des équipements biomédicaux	27
Section 5 : Les référents au sein de l'établissement.....	27
Article 33 : Le référent laïcité :	27
Article 34 : Le référent égalité	27
Article 35 : Le référent radicalisation.....	27
Article 36 : Le référent Protection du Patrimoine Informationnel	28
Article 37 : Le référent handicap	28
Article 38 : Le référent déontologue	28
Chapitre 2 L'organisation des soins	29
Section 1 Principes régissant l'organisation des soins	29
Article 39 : Permanence des soins	29
Article 40 : Coordination des soins	29
Section 2 Les professionnels	29
Article 41 : Nomination et missions des responsables de services.....	29
Article 42 : Nomination et affectation des praticiens hospitaliers	29
Article 43 : Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur	30
Article 44 : Sages-femmes	30
Article 45 : Internes	30
Article 46 : Etudiants hospitaliers	30
Chapitre 3 L'organisation en pôle.....	31
Section 1 Le chef de pôle	31
Article 47 : Nomination du chef de pôle.....	31
Article 48 : Les missions du chef de pôle	31
Section 2 Le directeur référent de pôle	32
Article 49 : La fonction de directeur référent	32
Section 3 Le cadre supérieur de pôle.....	32
Article 50 : La désignation du cadre supérieur de pôle	32
Article 51 : Missions propres du cadre supérieur de pôle.....	32
Section 4 Dispositions générales relatives à l'organisation interne des pôles	32
Article 52 : Le contrat de pôle	32
Article 53 : Le projet de pôle	33
Article 54 : Les bureaux de pôle.....	33
Article 55 : Conseil de pôle	33



Titre II	DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET AUX USAGERS	34
Chapitre 1	Droits des usagers lors de l'admission	34
Section 1	Droit à l'information	34
	Article 56 : Information médicale	34
	Article 57 : Information de la famille et des proches	34
	Article 58 : Information du médecin traitant	34
Section 2	Droits relatifs au consentement	35
	Article 59 : Consentement aux soins	35
	Article 60 : Refus de soins	35
	Article 61 : Cas particulier du refus de soin chez le patient mineur	35
	Article 62 : La personne de confiance	36
	Article 63 : Directives anticipées	36
Section 3	Droits relatifs au dossier médical	37
	Article 64 : Accès au dossier médical	37
	Article 65 : Conservation du dossier médical	37
	Article 66 : Gestion des données personnelles	37
Section 4	Droits divers du patient hospitalisé	38
	Article 67 : Laïcité et libre exercice du culte	38
	Article 68 : Droit au secret, discréction et confidentialité	38
	Article 69 : Liberté de déplacement	38
	Article 70 : Droits civiques	39
	Article 71 : Prise de vue et utilisation de l'image de la personne	39
	Article 72 : Service social	39
Chapitre 2	Conditions générales d'admission	40
Section 1	Modalités d'accueil des patients	40
	Article 73 : Principes généraux d'accueil du patient	40
	Article 74 : Choix de l'activité libérale	40
	Article 75 : Pièces à fournir	40
	Article 76 : Horaires d'ouvertures des bureaux des admissions	41
	Article 77 : Le livret d'accueil des patients	41
	Article 78 : Inventaire à l'admission	41
Section 2	Modalités d'admission des patients majeurs	41
	Article 79 : Conditions générales d'admission	41
	Article 80 : L'admission aux urgences	42
	Article 81 : Le transfert d'un patient après admission	42
	Article 82 : L'admission d'un patient suite à un transfert	42



Article 83 : L'admission en cas d'afflux massifs de patients	42
Section 3 Dispositions spécifiques relatives à l'admission des mineurs.....	43
Article 84 : Cadre général de l'admission patient mineur.....	43
Article 85 : Admission sans accord de l'autorité parental	43
Article 86 : Admission du mineur relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	43
Article 87 : Information du mineur	43
Article 88 : La scolarisation du mineur après admission.....	43
Section 4 Dispositions spécifiques à l'admission de certains patients	44
Article 89 : L'admission d'une personne victime de violences conjugales.....	44
Article 90 : L'admission pour accouchement sous X	44
Article 91 : L'admission pour IVG.....	44
Article 92 : Clause de conscience des professionnels de santé	44
Article 93 : IVG à la demande d'une mineure	44
Article 94 : L'admission des militaires.....	45
Article 95 : L'admission des bénéficiaires d'une pension militaire.....	45
Article 96 : L'admission des patients toxicomanes	45
Article 97 : L'admission du majeur protégé sous tutelle	45
Article 98 : L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice...	46
Section 5 L'admission des personnes détenues et gardées à vue.....	46
Article 99: Consultation et hospitalisation des détenus	46
Article 100 : Incidents en cours d'hospitalisation	46
Article 101 : Mesures de surveillance et de garde des détenus	46
Article 102 : Les auditions par les autorités de police	46
Section 6 L'admission des personnes en soins psychiatriques.....	46
Articles 103 : L'admission du patient en soins psychiatriques libres.....	46
Article 104 : L'admission du patient majeur en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet	47
Article 105 : L'admission du patient à la demande d'un tiers (SPDT)	47
Article 106 : L'admission d'un patient en cas de péril imminent (SPRI).....	47
Article 107 : L'admission du patient mineur en soins psychiatriques sans consentement	47
Article 108 : Informations données au patient admis en soins psychiatriques sans consentement	48
Article 109 : Saisine obligatoire du juge des libertés et de la détention.....	48
Article 110 : Saisine facultative du juge et contrôle des mesures de soins, d'isolement et de contention	48
Article 111 : L'autorisation de sortie du patient en soins sans consentement.....	48
Article 112 : La sortie du patient à l'insu du service en soins psychiatriques.....	48



Chapitre 3	Conditions de séjour des patients.....	49
Section 1	Règles générales de bienséance	49
	Article 113 : Respect entre usagers.....	49
	Article 114 : Respect des locaux et des objets à disposition.....	49
	Article 115 : Affichage dans les locaux ouverts au public	49
	Article 116 : Hygiène.....	50
Section 2	Biens des patients	50
	Article 117 : Dépôt de sommes d'argent, de moyens de règlement et d'objets de valeur.....	50
	Article 118: Biens conservés par le patient	50
	Article 119 : Restitution des sommes d'argent, titres et objet de valeur	50
	Article 120 : Effets personnels des patients.....	51
Section 3	Le régime d'hospitalisation	51
	Article 121 : Choix du lieu et du régime d'hospitalisation	51
	Article 122 : Hospitalisation à domicile	51
	Article 123 : Consultations externes	51
	Article 124 : Organisation de l'activité libérale des praticiens hospitaliers	52
Section 4	Prestations de services pour le patient.....	52
	Article 125 : Le repas.....	52
	Article 126 : La télévision	53
	Article 127 : Le téléphone	53
	Article 128 : Le courrier.....	53
Section 5	Règles applicables aux personnes extérieures	53
	Article 129: Modalités d'exercice du droit de visite.....	53
	Article 130 : Présence des proches et accompagnements des patients pendant le séjour à l'hôpital	54
	Article 131 : Associations, bénévoles	54
Section 6	Frais de séjour	54
	Article 132 : Hospitalisations.....	54
	Article 133 : Tarifs des consultations externes	54
	Article 134: Chambre particulière.....	55
	Article 135 : Prestations fournies aux accompagnants.....	55
Chapitre 4	La sortie du patient	55
Section unique	55
	Article 136 : Modalités de la sortie	55
	Article 137 : Sortie contre avis médical	55
	Article 138 : Sortie à l'insu du service	56



Article 139 : Sortie disciplinaire	56
Article 140: Permission de sortie en cours de séjour	56
Article 141 : Sortie du mineur en fin d'hospitalisation	57
Article 142 : Questionnaire de sortie	57
Chapitre 5 Dispositions particulières relatives aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD)	57
Article 143 : Libre choix de la personne	57
Article 144 : Modalités de l'admission et d'accueil du patient en USLD.....	57
Article 145 : frais de séjour.....	58
Article 146 : relations avec les familles	58
Article 147: domicile du patient	58
Chapitre 6 Dispositions relatives aux naissances et aux décès	58
Section 1 Les naissances	58
Article 148 : déclaration de naissance – cas général	58
Article 149 : déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale	58
Section 2 Les décès	58
Article 150 : attitude à suivre à l'approche du décès	59
Article 151 : annonce du décès.....	59
Article 152 : Formalités entourant le décès.....	59
Article 153: Indices de mort violente ou suspecte	60
Article 154 : Objets abandonnés ou déposés par le défunt	60
Article 155 : Dépôt des corps à la chambre mortuaire	60
Article 156 : Transport sans mise en bière en chambre funéraire.....	60
Article 157 : Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille	61
Article 158 : Transport après mise en bière.....	61
Article 159 : opérations funéraires	61
Article 160 : Liberté de choix des opérateurs funéraires.....	62
Article 161 : liberté des funérailles et dispositions testamentaires	62
Article 162 : Don du corps	62
Chapitre 7 Gestion des relations avec les usagers et qualité de la prise en charge	63
Section 1 Les relations avec les usagers	63
Article 163: Recueil de la satisfaction des patients	63
Article 164 : Réclamation auprès du directeur	63
Article 165 : La Commission des usagers	64
Article 166: Voies de recours des usagers	64
Section 2 La qualité de la prise en charge	65
Article 167 : Organisation de la sécurité et de la qualité des soins délivrés aux usagers	65



Article 168 : Définition de la démarche de certification	65
Article 169 : Organisation de la démarche de certification	65
Titre III DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....	67
Chapitre 1 Conditions de travail	67
Section unique	67
Article 170 : Temps de travail.....	67
Article 171 : Sorties pendant les horaires de travail	67
Article 172 : Usage du matériel	67
Article 173 : usage des locaux.....	67
Chapitre 2 Obligations du personnel	67
Section 1 Les principes fondamentaux liés au respect du patient	67
Article 174 : accueil des patients et de leur famille	67
Article 175 : Identification des personnels	68
Article 176 : Respect de la liberté de conscience des patients et des visiteurs	68
Article 177 : Secret professionnel	68
Article 178 : Prise de vue et utilisation de l'image	68
Article 179: Information sur l'identité des personnels	69
Section 2 Les principes de bonne conduite professionnelle	69
Article 180 : Obligation d'exercice personnel des fonctions.....	69
Article 181 : Obligation d'exercice exclusif des fonctions et interdiction d'exercer une activité privée lucrative	69
Article 182 : Responsabilité relative aux biens détenus ou déposés par les hospitalisés	70
Article 183 : Obligation de probité et de désintéressement.....	70
Article 184 : Obligation de neutralité.....	70
Article 185 : Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces.....	70
Article 186 : Devoir de réserve	70
Article 187 : Tenue vestimentaire.....	71
Article 188 : Exécution des ordres reçus	71
Article 189 : Information du supérieur hiérarchique.....	71
Article 190 : Information concernant les événements indésirables	72
Article 191 : Témoignage en justice ou auprès des forces de l'ordre	72
Article 192: Données à caractère personnel.....	72
Article 193 : Utilisation des moyens informatiques du groupe hospitalier.....	72
Article 194 : Le Délégué à la Protection des Données	72
Article 195 : Tabac et cigarette électronique.....	73
Article 196: Alcool et substances illicites	73



Article 197 : Moyens de communication personnels et réseaux sociaux	73
Article 198 : Respect de l'identité visuelle	73
Article 199 : Respect de la politique d'affichage.....	74
Article 200 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité	74
Chapitre 3 Les droits et garanties du personnel.....	74
Section 1 Liberté d'expression.....	74
Article 201 : Droit de Grève.....	74
Article 202 : Droits Syndicaux.....	74
Article 203 : Liberté d'opinion	75
Section 2 Droits relatifs aux conditions de travail	75
Article 204 : Droit à la protection fonctionnelle par l'établissement	75
Article 205: Protection contre le harcèlement moral et sexuel	75
Article 206 : Le droit de retrait	76
Section 3 Droits divers	76
Article 207: Égalité de traitement.....	76
Article 208 : Droit d'accès au dossier administratif.....	76
Article 209 : Droit relatif à l'utilisation des données personnelles de l'agent.....	77
Article 210 : Droit à la formation professionnelle.....	77
Section 4 Services à la disposition des personnels de l'établissement.....	77
Article 211: Restauration sur place	77
Article 212 : Blanchisserie	77
Article 213 : Vestiaires	77
Article 214: Santé au travail	78
Article 215 : Internat.....	78
Articles 216 : Crèches.....	78
Titre IV DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE ET AU STATIONNEMENT	78
Chapitre 1 Les règles de sécurité générale	78
Section 1 Dispositions générales relative à a sécurité.....	78
Article 217 : Nature et opposabilité des règles de sécurité	78
Article 218 : Pouvoir de police du directeur général.....	78
Article 219 : Vigipirate	79
Article 220: Matériels de sécurité générale.....	79
Article 221 : Rapports avec les forces de l'ordre et la justice	79
Article 222 : Objets et produits interdits.....	79
Section 2 La gestion des actes de violence au sein de l'hôpital	79
Article 223: Respect du calme et de la tranquillité au sein de l'hôpital.....	79



Article 224: Atteintes aux biens de l'établissement.....	80
Chapitre 2 La sécurité de fonctionnement.....	80
Section unique	80
Article 225: Sécurité incendie.....	80
Article 226 : Astreinte technique	80
Une astreinte technique est organisée sur les sites de Saintes et de Saint-Jean-d'Angély afin d'assurer, en permanence, la prise en charge des interventions techniques d'urgence nécessaires au maintien de la sécurité et du bon fonctionnement des installations.	80
Le Directeur général met en œuvre les moyens appropriés pour garantir l'effectivité de ce dispositif, en désignant les intervenants compétents selon l'organisation propre à chaque site..	80
Article 227 : Formation et respect des consignes de sécurité	80
Chapitre 3 Les règles de circulation et de stationnement à l'intérieur de l'établissement	81
Article 228: Accès à l'hôpital	81
Article 229 : Circulation.....	81
Article 230: Stationnement	81
Titre V DISPOSITIONS FINALES.....	81
Article 231 : Approbation du règlement intérieur	81
Article 232 : Mise à disposition du règlement intérieur	82
Article 233 : Mise à jour du règlement intérieur.....	82



Préambule

Le présent règlement, prévu à l'article R1112-77 du code de la santé publique, définit les règles de fonctionnement du groupe hospitalier de Saintes - Saint-Jean-d'Angély, notamment sur le plan de l'organisation administrative et médicale. Il a également pour objectif de faire connaître les droits et obligations de chacun des usagers et personnels de l'hôpital.

Le règlement intérieur dispose d'une portée générale sur l'ensemble de l'établissement et de ses sites. Il ne fait pas obstacle à l'application des règlements de fonctionnement spécifiques établis, notamment, au sein des structures d'accueil, de prise en charge et d'hébergement des personnes âgées et dépendantes qui font partie du groupe hospitalier.

Le présent règlement a été arrêté par le directeur après concertation avec le directoire et après avis de la CME, CSIRMT, du conseil de surveillance et du comité social d'établissement.

Il est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, du personnel et de toute personne qui en formule la demande auprès de la direction générale.



PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le groupe hospitalier Saintes - Saint-Jean-d'Angély est un établissement public de santé, composé de plusieurs sites géographiquement distincts sur le territoire Sud et Est de la Charente-Maritime :

- le site de Saintes ;
- le site de Saint-Jean-d'Angély;
- l'EHPAD/USLD « Aquitania » ;
- la maison d'accueil « Les résidences de Brumenard » ;
- la maison d'accueil « Henriette Favier » ;
- l'EHPAD de Saint-Jean-d'Angély ;
- l'Institut de Formation des Métiers de la Santé.

D'une capacité de 1 300 lits et places, l'établissement compte plus de 3 000 agents au service de la population.

Le groupe hospitalier Saintes - Saint-Jean-d'Angély est également l'établissement support du groupement hospitalier Sud Charente-Maritime, composé de cinq autres établissements sanitaires :

- le centre hospitalier de Boscannant ;
- le centre hospitalier de Jonzac ;
- le centre hospitalier de Royan ;
- l'établissement public départemental « Les deux Monts » ;
- le GCS Urgences du Pays Royannais ;



Chapitre 1 Organisation administrative

Section 1 Gouvernance

Article 1 : 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.

Il est également compétent pour toutes affaires autres que celles établies en concertation avec le directoire et celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance.

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.

Il propose également au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.

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.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de Charente-Maritime Sud exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique.

Article 2 : Le directoire

Le directoire, présidé par le directeur, approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Cette instance de dialogue éclaire en amont les décisions du président du directoire.

Conformément aux dispositions du Code de santé publique, le directoire est saisi, par son président pour concertation préalable sur des sujets relatifs à la stratégie de l'établissement, aux affaires financières, au patrimoine et aux coopérations ainsi qu'à des questions touchant à l'organisation interne de l'établissement, aux ressources humaines, à l'organisation du travail ainsi qu'à la politique de la qualité et de la sécurité des soins.

Le Directoire se réunit au moins huit fois par an. Il est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, et odontologique.

Il comporte neuf membres :

- le Directeur de l'établissement ;
- le président de la CME, vice-président.
- le président de la CSIRMT ;
- un membre du personnel non médical nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CSIRMT. En cas de désaccord, le directeur peut nommer ce membre après avis du président de la CSIRMT selon les conditions définies par l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique ;
- des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME.



Un directoire élargi a également été institué par le directeur général sur avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire. Ce directoire est composé des membres de droit et des membres nommés auxquels s'ajoutent sept membres associés dont cinq chefs de pôle et deux coordinateurs médicaux. Au même titre 14 conseillers techniques peuvent assister aux séances du directoire.

Les séances du directoire et directoire élargi ne sont pas publiques.

Les délibérations sont conservées dans un registre spécial confié à la garde du directeur.

Les membres et personnes siégeant avec voix consultative sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et présentées comme telles par le président.

Article 3 : Compétences partagées entre le directeur et le directoire

Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, après concertation avec le directoire, le directeur:

- conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement (CME) et en lien avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, 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 CME et de la CSIRMT en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ;
- arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- arrête l'organisation interne de l'établissement et signe conjointement avec la CME les contrats de pôle d'activité ;
- conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- conclut les délégations de service public ;
- arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- a défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- présente à l'Agence Régionale de Santé le plan de redressement ;
- 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 ;
- soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale ;
- définit, après avis du président de la CME, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation.

Article 4 : Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance est la principale instance de contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il se prononce sur l'orientation stratégique de l'établissement et 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 de l'établissement présenté par le directeur ;



- Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 du Code de la santé publique ;
- Le plan pluriannuel d'investissement.

Le conseil de surveillance donne également son avis sur :

- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- la charte de la gouvernance conclue entre le directeur et le Président de la CME ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 du CSP ;
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Enfin 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.

Le conseil de surveillance est composé de 15 membres divisés au sein de trois collèges afin d'assurer une représentativité optimale. On y trouve les représentants des collectivités territoriales, les représentants des personnels de l'établissement et les personnalités qualifiées.

Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

Le conseil de surveillance est composé comme suit :

1° Cinq représentants des collectivités territoriales, désignés en leur sein par les organes, parmi lesquels figurent le maire de la Ville de Saintes et le président du conseil départemental de Charente-Maritime ;

2° Cinq représentants du personnel médical et non médical du groupe hospitalier de Saintes – Saint-Jean-d'Angély, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), les autres membres étant désignés à parité respectivement par la CME et par les organisations syndicales les plus représentatives ;

3° Cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux sont 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, sont désignées par préfet de Charente-Maritime.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1° et au 3°. La durée de mandat de chaque membre est de 5 ans ou lorsque les fonctions du membre pour lesquelles il a été désigné arrivent à terme.

Les membres ayant voix consultatives :

- Le sénateur élu dans la circonscription de Saintes ;
- Le député élu du canton dans la circonscription de Saintes ;
- Le maire de la commune de Saint-Jean-d'Angély, lorsqu'il ne fait pas partie du collège des représentants des collectivités locales ;
- Le vice-président du directoire du groupe hospitalier de Saintes – Saint-Jean-d'Angély ;
- Le directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein du groupe hospitalier de Saintes – Saint-Jean-d'Angély,



- Le directeur de la CPAM de Charente Maritime ;
- Le représentant des familles des personnes accueillies.

Article 5 : La commission médicale d'établissement

La commission médicale d'établissement (CME) élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement hospitalier. 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.

Dans le cadre de la fusion des établissements de Saintes et Saint-Jean-d'Angély opérée le 1^{er} janvier 2024, un comité consultatif local est implantée à Saint-Jean-d'Angély. Piloté par le vice- président angérien, il regroupe les membres élus de la CME du site, élargi éventuellement à l'ensemble des praticiens. Son rôle est consultatif et traite les problèmes organisationnels du site en lien avec le PCME et le directeur du site.

En application des dispositions de l'article R6144-1 du CSP, les attributions générales de la commission médicale d'établissement (CME) sont les suivantes :

- Les projets de délibérations mentionnées à l'article L. 6143-1 du CSP ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement ;
- L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales;
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

La CME est informée sur les matières suivantes :

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

La CME peut faire au président du directoire des propositions sur les matières suivantes :

- Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de



celui-ci ;

- Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence avec la politique territoriale du groupement hospitalier de territoire ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- Les orientations stratégiques du groupement hospitalier de territoire en matière d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

Membres avec voix délibérative :

- Collège 1 : l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
- Collège 2 : les représentants élus des chefs de service et des responsables des structures internes ou unités fonctionnelles ;
- Collège 3 : des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- Collège 4 : des représentants élus des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- Collège 5 : des représentants élus des sages-femmes ;
- Collège 6 : 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.

Membres avec voix consultative :

- Le président du directoire ou son représentant
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Le praticien responsable de l'information médicale
- Le représentant du comité social d'établissement, élu en son sein
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

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 (notamment, les représentants des Groupements de Coopération Sanitaire ou des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé). Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

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

De plus amples informations relatives au fonctionnement de l'instance sont consultables dans son propre règlement intérieur.

Article 6 : Le bureau de la CME

Le président de la CME se réunit périodiquement avec les chefs de pôle. Cette rencontre a pour fonction d'échanger sur les difficultés et les avancées rencontrées au sein des pôles et les actions à envisager sur la base des suivis d'activité et des contrats, des recettes et des dépenses.



Le bureau de CME peut être élargi au chef de service sur proposition du PCME.

Article 7 : Compétences propres du président de la CME

Le président de la commission médicale d'établissement (PCME) est le vice-président du directoire. Il est également membre à titre consultatif du conseil de surveillance de l'établissement.

Il coordonne, en lien étroit avec le directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Il coordonne également, conjointement avec le directeur, la politique médicale de l'établissement.

Le PCME est relayé par deux vices présidents. Le premier exerçant majoritairement son activité sur le site de Saintes, le second l'exerçant majoritairement sur le site de Saint-Jean-d'Angély.

Le vice-président saintais assure l'intérim de la présidence de la CME en cas d'absence temporaire ou de vacance de poste.

Le Président présente annuellement à la commission médicale d'établissement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.

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.

Conjointement avec le directeur de l'établissement et après concertation avec le directoire, le PCME :

- définit la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques ;
- signe les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques mentionnés à l'article L. 6146-1 ;

Conjointement avec le directeur de l'établissement :

- procède à la nomination et met fin aux fonctions des chefs pôles d'activité clinique et médico- technique;
- décide de la nomination des responsables des structures internes.

Une charte de gouvernance de la commission médicale d'établissement est signée avec le directeur de l'établissement, elle prévoit notamment :

1° Les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;

2° Pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles ;

3° Les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions.

Section 2 : Instances représentatives

Article 8 : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

La CSIRMT est une instance représentative des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au sein de l'établissement. Son rôle principal est consultatif.

Elle rend son avis, notamment, sur :

- L'organisation générale des soins et l'accompagnement des patients,
- Le projet de soins infirmiers de rééducation,



- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins,
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers,
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique,
- La politique de développement professionnel continu.

Présidée par le directeur des soins, cette commission est constituée de personnels paramédicaux élus, dont chaque catégorie a au moins un représentant.

Ainsi, la CSIRMT est composée de représentants élus répartis en trois collèges :

- 1) collège des cadres de santé
- 2) collège des personnels infirmiers de rééducation et médico-techniques
- 3) collège des aides-soignants

Le directeur des soins chargé de l'institut de formation aux métiers de la santé, un représentant de la CME, un élève aide-soignant désigné par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'Institut de formation aux métiers de la santé sont invités permanents. A l'initiative ou avec l'accord du président, des personnes qualifiées peuvent être invitées à participer aux travaux de la commission.

Article 9 : Comité social d'établissement

Le comité social d'établissement est issu de la fusion entre le comité technique d'établissement (CTE) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Ce comité est compétent pour examiner les questions collectives et les conditions de travail.

Le CSE est compétent sur les attributions précisées par voie réglementaire et notamment celles précisées aux articles 35 à 62 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Le CSE de l'établissement est composé de quinze représentants du personnel titulaires et quinze suppléants, élus au scrutin de liste pour un mandat d'une durée de quatre ans.

Le CSE est présidé par le directeur général ou son représentant.

Il se réunit *a minima* une fois par trimestre en séance ordinaire. Il peut se réunir en séance extraordinaire sur initiative et convocation de son président, ou dans un délai maximum d'un mois sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Les séances du CSE ne sont pas publiques et les membres sont tenus à l'obligation de discréetion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils peuvent avoir connaissance à l'occasion de leurs travaux.

Le CSE s'est doté d'un règlement intérieur valablement adopté en séance.

Article 10 : Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de Travail

La F3SCT est une composante du CSE chargé d'examiner les questions relatives à l'hygiène, aux conditions de travail et à la sécurité. Ses missions sont plus amplement détaillées au sein du règlement intérieur du CSE susmentionné.

Chaque organisation syndicale siégeant au comité social d'établissement désigne au sein de la formation spécialisée un nombre de représentants titulaires égal au nombre de sièges qu'elle détient dans le CSE parmi les représentants titulaires et suppléants.

Article 11 : Commissions administratives paritaires Locales

Le groupe hospitalier Saintes-Saint-Jean-d'Angély est doté de CAPL, prévues aux articles R. 261-13 et suivants du code général de la fonction publique. Elles donnent des avis préalables à la prise de certaines décisions individuelles



concernant les fonctionnaires hospitaliers et les stagiaires (en matière de stage, de licenciement, de congés, de discipline et de carrière). Il s'agit d'avis simples que le directeur général n'est pas obligé de suivre mais lorsqu'il prend une décision différente, il doit informer la CAP dans un délai d'un mois des motifs qui l'ont conduit à ne pas suivre cet avis. Les CAPL sont installées à la suite d'élections de représentants du personnel qui ont lieu tous les 4 ans. A noter que les commissions consultatives paritaires sont constituées pour les contractuels au niveau départemental.

Article 12 : Commission des usagers CDU

La commission des usagers offre, à toute personne qui s'estime victime d'un préjudice lors de l'hospitalisation ou du fait de l'activité de l'établissement, la possibilité de l'assister de l'orienter et de lui indiquer les voies de recours à sa disposition. Elle est, par ailleurs, destinataire de toutes les plaintes et réclamations adressées par les usagers à la direction et veille au respect des objectifs et actions définis dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité du groupe hospitalier.

Elle doit également être consultée pour formuler des propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge et être informée sur l'ensemble des plaintes et réclamations.

La Commission des Usagers est présidée par un représentant des usagers, des médiateurs ou un représentant légal de l'établissement élu parmi l'ensemble des membres de la commission. Il est élu pour un mandat de 3 ans renouvelable deux fois.

La Commission comprend des membres obligatoires, des membres complémentaires et des membres avec voix consultatives et se compose comme suit :

- **Membres obligatoires**

- Le représentant légal de l'établissement, ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- Un médiateur médecin et son suppléant, désignés par le directeur de l'établissement ;
- Un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le directeur de l'établissement ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé.

- **Membres complémentaires**

- Le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant
- Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- Un représentant du personnel et son suppléant, désigné par les membres du comité social d'établissement.

- **Membres avec voix consultative**

- Le responsable qualité et gestion des risques
- Le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises, à l'exception des recours gracieux ou juridictionnels.

Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Il est transmis à l'Agence Régionale de Santé et aux différentes instances de l'établissement.

Toutes les informations supplémentaires relatives au fonctionnement de l'instance sont consultables dans son propre règlement intérieur.



Article 13 : Commission d'activité libérale

La commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats signés par les praticiens.

La commission de l'activité libérale de l'établissement peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou d'un organisme obligatoire d'assurance maladie, le président du conseil départemental de l'ordre des médecins, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le directeur de l'établissement.

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

La commission saisit le directeur de l'établissement et le président de la CME dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses des contrats d'activité libérale signés par les praticiens.

Elle informe le président du conseil départemental de l'ordre des médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

La commission peut soumettre aux autorités toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. Elle peut saisir la commission régionale de l'activité libérale.

La commission définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement.

Au moins une fois par an, la commission établit un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein d'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.

Le rapport est communiqué, pour information, à la CME, au conseil de surveillance, à la commission des usagers, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'ARS.

L'instance est appelée à siéger au moins une fois par an. Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article R.6154-12 du CSP.

Section 3 : Instances relatives à la qualité et la sécurité des soins

Article 14 : Le conseil de bloc

La mission principale de ce conseil est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire et de la rendre efficiente. Plus spécifiquement le conseil de bloc doit permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique.

Le conseil de bloc est présidé par le cadre supérieur de santé du pôle chirurgie.

Il comprend au minimum :

- un chirurgien intervenant au niveau du bloc opératoire et un médecin anesthésiste réanimateur ;
- le cadre supérieur de santé du pôle chirurgie ;
- la sage-femme coordinatrice ;
- le cadre de santé infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, s'il existe ;



- le responsable du CLIN ou son représentant qui y participe en tant que de besoin.

Les modalités de désignation des membres sont précisées au sein du règlement intérieur propre à l'instance.

Article 15 : Le comité de lutte contre les infections nosocomiales et du risque infectieux

Le CLINris organise la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Pour y parvenir le Comité dispose d'attributions variées :

- Il valide chaque année le programme pluriannuel de lutte contre les infections nosocomiales proposé par l'EOHH (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) dans la gestion *a priori* et *a posteriori* du risque infectieux ;
- Il décline les actions coordonnées par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ;
- Il suit les actions de prévention mises en œuvre et définit les actions correctives et axes d'amélioration si besoin ;
- Il élabore des protocoles de soins, vérifie leur application et intervient dans la formation du personnel sur les règles d'hygiène.

Présidé par un membre du corps médical, il est composé de médecins, de pharmaciens et de personnels paramédicaux et administratifs.

Le CLIN se réunit au moins trois fois par an avec un rôle de coordination de l'action des professionnels de santé.

Article 16 : Comité de lutte contre la douleur

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) définit au sein de l'établissement une politique cohérente en matière de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Il veille aussi à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine.

Ce comité permet d'affirmer à l'attention des malades et des familles l'engagement de tout l'hôpital dans la lutte contre la douleur. Il permet également à l'établissement de définir son propre plan d'action contre la douleur.

Pour parvenir à des aboutissements concrets, ses missions sont les suivantes :

- définir et proposer les orientations les mieux adaptées pour améliorer la prise en charge de la douleur ;
- coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toutes les actions visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur ;
- aider à la formation continue des personnels soignants ;
- assurer un rôle d'observatoire afin de susciter le développement de plans d'assurance qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

Le CLUD est composé de représentants des personnels médicaux et paramédicaux. Il est présidé par un médecin élu en son sein.

Article 17 : Commission Bientraitance

Dans la continuité des dynamiques impulsées par les deux centres hospitaliers, la gouvernance du groupe hospitalier promeut la bientraitance auprès de tous les professionnels et au sein de tous les collectifs de travail et installe une commission bientraitance transversale aux instances de la CME, de la CSIRMT et des deux CDU. La commission est composée, sur la base du volontariat, de professionnels médicaux et non médicaux de tous services ainsi que de représentants des usagers pour tous les sites du groupe hospitalier.

Article 18 : Commission du Médicament et des dispositifs Médicaux Stériles

La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) définit la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles (DMS) dont l'usage est recommandé dans les établissements de soins.

Elle a un rôle fondamental dans les domaines de la qualité des soins et de l'efficience économique, dans un souci d'optimisation des ressources mises à la disposition des services de soins.



Elle est également chargée de suivre le volet relatif aux produits de santé du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.

La COMEDIMS joue un rôle également consultatif et donne des avis par rapport à :

- L'élaboration des priorités thérapeutiques pour élaborer une politique cohérente du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans l'établissement.
- L'élaboration du livret du médicament et des dispositifs médicaux stériles.
- L'évaluation du respect du bon usage des produits pharmaceutiques
- L'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

Article 19 : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins

La Commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) a pour mission d'assurer l'organisation de la permanence des soins (gardes sur place et astreintes) et de proposer à la CME toute modification. Elle assure également une mission de contrôle de cette activité.

Pour y parvenir La commission d'organisation de la permanence des soins est chargée de :

- définir annuellement avec le directeur, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins,
- proposer un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes qui sera arrêté par le directeur de l'établissement après avis de la CME en concertation avec le directoire.
- donner son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins,
- donner son avis sur les conventions de coopération définissant les secteurs de garde communs à plusieurs établissements,
- établir un bilan annuel qu'elle adresse au directeur et au président de la CME.

La CME organise, à l'issue de chaque semestre d'internat, le service de garde des internes après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins.

Article 20 : Commission des Consultations et des Admissions Non Programmées

La commission des consultations et des admissions non programmées a pour mission l'optimisation des flux non programmés en améliorant les parcours depuis les urgences et en intégrant cette activité à l'organisation générale de l'établissement. Elle détermine les procédures à mettre en œuvre en cas de tensions sur les flux, fixe les capacités à maintenir disponibles et valide les fermetures temporaires de lits. Elle veille à l'évaluation et au suivi quotidien des capacités d'accueil en temps réel et à la cohérence des filières spécifiques

Elle comprend notamment le directeur, le président de la CME, les chefs de services concernés, le directeur des soins, le cadre infirmier des urgences et un représentant du service social.

Article 21 : comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

Le Comité de sécurité transfusionnelle et hémovigilance (CSTH) contribue à l'amélioration de la sécurité des patients transfusés et veille à la mise en œuvre des règles d'hémovigilance.

Le CSTH est notamment chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement. Il s'assure auprès des services responsables de la présence dans le dossier médical mentionné des documents relatifs aux actes transfusionnels et, le cas échéant, de la copie de la fiche d'incident transfusionnel.

Il est saisi de toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'établissement de transfusion sanguine et de l'établissement, et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance.

Il se tient informé des conditions de fonctionnement des dépôts de sang. Il est averti des incidents transfusionnels inattendus ou indésirables et conçoit toute mesure destinée à y remédier.



Article 22 : Comité de Pilotage de l'identitovigilance et cellule d'Identito-Vigilance

Le COPILIV est l'instance décisionnaire du GHT chargée de :

- participer à la définition de la politique d'identitovigilance et de formation des acteurs dans ce domaine ;
- arrêter l'organisation à mettre en œuvre (structuration des instances, missions qui leur sont confiées) ;
- définir les moyens humains, techniques et financiers à attribuer pour le fonctionnement optimal de cette organisation ;
- valider le plan annuel ou pluriannuel d'actions à conduire ;
- effectuer un suivi des actions et de leurs résultats en s'appuyant sur des indicateurs pertinents ;
- décider des actions correctives à mettre en œuvre ;
- communiquer sur la politique et ses résultats.

La C.I.V. (Cellule d'IdentitoVigilance) est l'instance opérationnelle qui met en œuvre la politique d'identification définie par le COPILIV. Elle gère les problèmes d'identitovigilance du quotidien en participant à la veille et au traitement immédiat des événements indésirables, en interface avec le circuit de signalement des événements indésirables et de la gestion des risques. Elle valide les procédures d'identitovigilance et en assure leur diffusion par des actions de sensibilisation ou de formation.

Article 23 : Comité des médicaments anti-infectieux (COMAI)

Le COMAI a pour missions de promouvoir et coordonner le bon usage des anti-infectieux au sein de l'établissement, établir la liste des anti-infectieux critiques, élaborer les référentiels de prescriptions des anti-infectieux, organiser la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de prescription d'anti-infectieux.

Il est composé d'infectiologues, microbiologistes, réanimateurs, hygiénistes, pharmaciens et qualiticiens de l'établissement.

Article 24 : Groupe PPEC (Prévention, Plaie, Escarre et Cicatrisation)

Le Groupe PPEC est une équipe pluridisciplinaire sensibilisée et/ou formée à la prise en charge de patients. Elle est composée d'une équipe de référents représentative de toutes les unités de soins et d'hébergement du Groupe hospitalier de Saintes-Saint Jean d'Angély.

La démarche du PPEC s'inscrit dans un domaine d'expertise, la prévention des escarres et la cicatrisation de toutes les plaies chroniques. Avec pour objectif d'uniformiser les différentes pratiques de prévention et de traitement des plaies afin d'en améliorer la prise en charge.

Article 25 : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

Le Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) a pour mission de conseiller en matière de qualité et sécurité de l'alimentation et de la nutrition des patients et personnels accueillis au GH.

Il participe notamment à la politique d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et de la qualité de la prestation alimentation-nutrition. Le CLAN, par l'expertise de ses membres en matière d'alimentation-nutrition, constitue un comité consultatif d'appui auprès de la CME et du directeur d'établissement.

Pour parvenir à réaliser ses missions le CLAN :

- Participe au bilan et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.



- Définit les actions prioritaires à mener en matière d'alimentation et de nutrition.
- Prépare le programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition. Il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.
- Définit son plan de formation continue auprès des personnels médicaux, paramédicaux et non-médicaux en cohérence avec les actions à mener dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- Évalue les actions entreprises en matière d'alimentation et nutrition et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

Article 26 : Comité de Pilotage Qualité-Gestion des risques-Vigilances

Le comité de pilotage qualité est chargé de piloter la démarche qualité-gestion des risques, la coordination des vigilances, d'assurer un suivi et une évaluation du PAQSS (intégrant les plans d'actions du CQ) ainsi qu'un suivi de sa déclinaison opérationnelle dans les pôles et secteurs d'activité.

Il se réunit au minimum tous les trimestres. L'ordre du jour et les dossiers sont préparés par la direction de la qualité, qui en assure également l'animation.

Ce comité est composé :

- du directeur
- du directeur de site, le cas échéant
- du président de la CME
- de la vice-présidente de la CME, coordonnateur de la GDR associés aux soins
- de la coordonnatrice générale des soins
- de la directrice qualité / GDR
- des chefs de pôle et cadres supérieurs de pôle
- des vigilants
- des pilotes de thématiques
- de membres du service qualité
- du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Article 27 : Commission locale des fluides médicaux

La commission locale des fluides médicaux est l'instance opérationnelle qui veille à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse dans le domaine des gaz médicaux pour réduire les événements jugés évitables chez les patients.

Cette commission est consultée dès la conception des installations et lors des modifications, au cours des travaux et à la réception finale. Ses missions sont d'effectuer : l'analyse des risques, l'évaluation de la conformité des matériels et des installations aux normes, la vérification de la nature des gaz, mais aussi de garantir la sécurité des approvisionnements lors des ruptures de la chaîne.

Cette commission est multidisciplinaire, composée des professionnels les plus concernés par le domaine. Elle est composée du :

- représentant de la direction,
- responsable technique chargé de l'entretien des installations et du matériel (services techniques et biomédical),
- pharmacien responsable de la pharmacie à usage intérieur (PUI),
- médecin anesthésiste responsable ou référent de bloc,
- médecin praticien responsable de l'unité de soins concernée (en cas de travaux).

La commission se réunit au moins une fois par an et autant que nécessaire.



Section 4 : Autres instances

Article 28 : Les conseils de vie sociale

Chaque EPHAD, foyer ou maison d'accueil du groupe hospitalier dispose d'un conseil de vie sociale en son sein.

Le conseil de vie sociale est un lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement dans lequel est accueilli l'usager. Il est également un lieu d'écoute très important, ayant notamment pour vocation de favoriser la participation des usagers.

Le conseil de la vie sociale (CVS) est une instance consultative et est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour, du projet d'établissement, et du projet de soins.

Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'EHPAD, du foyer ou de la maison d'accueil.

Leurs modalités de fonctionnement sont détaillées dans chacun des règlements intérieurs des conseils de vie sociale qui sont consultables sur le site internet de l'établissement.

Cette instance se réunit trois fois par an. Elle est composée de :

- 4 représentants des résidents ;
- 1 représentant des professionnels employés par le service ;
- 1 représentant de la direction ;
- 3 représentants des familles et proches aidants des résidents ;
- du médecin coordonnateur ;
- 1 représentant des membres de l'équipe médicale ;
- 1 représentant de l'équipe soignante.

Article 29: Groupe de réflexion éthique

Le Groupe de réflexion éthique, sous-commission de la CME, a mission de promouvoir la culture éthique au sein de l'établissement, d'identifier les problèmes éthiques rencontrés, de favoriser la réflexion sur le caractère éthique de toute action dans un contexte de soins ou hors soins de façon à garantir, notamment, le respect de la dignité humaine.

Article 30 : Commission développement durable

La commission développement durable est une sous-commission de la CME qui vise à sensibiliser le personnel et les usagers sur les enjeux du développement durable et de proposer des mesures à prendre dans ce sens au sein de l'établissement.

Elle a notamment pour fonction de promouvoir et de veiller :

- Au bilan Carbone de l'établissement,
- A la gestion des déchets et leurs réductions,
- A la politique d'achat responsable,
- A une consommation et une gestion soucieuse des ressources et des énergies,
- A l'écologie numérique,
- A l'optimisation de la mobilité,
- A un environnement de travail sain, bienveillant et de soutien,
- A l'égalité des chances et à l'accès à la formation.

La commission aura également une mission d'évaluation puisqu'elle mettra en place une surveillance de l'évolution via l'indicateur de développement durable pour les établissements de santé et le bilan carbone de l'A.D.E.M.E. et les autres indicateurs internes qu'elle aura jugé utiles.



Article 31 : Commission Formation – Activité – Recherche

La commission FAR est une sous-commission de la CME.

Elle permet de faire le bilan des actions formations réalisées sur l'année N-1, de se prononcer sur le plan de formation de l'année à venir. Elle participe également à la définition de la politique d'attractivité et de fidélisation médicale de l'établissement. Elle pilote la dynamique de recherche clinique de l'établissement et évalue les projets de recherches menés annuellement.

Article 32 : Commission des équipements biomédicaux

Les équipements biomédicaux font partie des ressources matérielles stratégiques permettant au groupe hospitalier Saintes Saint Jean d'Angély de répondre aux besoins de santé de la population. La CEB est une sous-commission de la commission médicale d'établissement (CME) qui participe activement aux choix stratégiques de l'établissement en matière de politique d'investissement biomédical.

Section 5 : Les référents au sein de l'établissement

Article 33 : Le référent laïcité :

Au sein du groupe hospitalier de Saintes – Saint-Jean-d'Angély, le référent laïcité est désigné par le directeur de chaque établissement et doit bénéficier d'une formation adaptée à ses missions et à son profil.

Ses missions sont d'assurer :

- le conseil aux chefs de service et aux agents publics pour la mise en œuvre du principe de laïcité, notamment par l'analyse et la réponse aux sollicitations de ces derniers portant sur des situations individuelles ou sur des questions d'ordre général ;
- la sensibilisation des agents publics au principe de laïcité et la diffusion, au sein de l'Administration concernée, de l'information au sujet de ce principe ;
- l'organisation, à son niveau et le cas échéant en coordination avec d'autres référents laïcité, de la journée de la laïcité le 9 décembre de chaque année.

Article 34 : Le référent égalité

Le référent égalité joue un rôle essentiel dans le déploiement de la politique d'égalité professionnelle, notamment pour la faire vivre au quotidien, au plus près des agents, et réaliser des retours d'expérience utiles en étant un point d'entrée de cette politique.

Il est notamment chargé de :

- L'information des agents sur la politique d'égalité professionnelle menée par leur administration ;
- La réalisation d'actions de sensibilisation des agents à l'égalité professionnelle ;
- Le suivi des formations portant sur l'égalité professionnelle organisées à l'attention des agents ;
- Le conseil aux agents et aux services s'agissant des sujets liés à l'égalité professionnelle ;
- La participation à l'état des lieux et au diagnostic de la politique d'égalité professionnelle et au suivi de la mise en œuvre des actions menées par leur administration.

Article 35 : Le référent radicalisation

Dans le cadre de la politique nationale de prévention de la radicalisation, il a été créé, au sein du groupe hospitalier de Saintes et Saint-Jean-d'Angély, un référent radicalisation.



Ce référent mène des actions à destination du personnel permettant d'éviter l'engagement dans un processus évoluant vers la radicalisation. La prévention de la radicalisation comprend un axe de sensibilisation, de formation des acteurs (professionnels et bénévoles), notamment en matière de détection et repérage des signaux faibles.

Les missions de ce référent sont de :

- Prévenir la radicalisation ;
- Comprendre et anticiper l'évolution de la radicalisation ;
- Evaluer les pratiques en matière de prévention de radicalisation ;
- Sensibiliser et former les personnels à la détection et repérage des signaux indiquant une potentielle radicalisation ;
- Faciliter l'accompagnement des victimes et de leurs proches.

Article 36 : Le référent Protection du Patrimoine Informationnel

Le Référent Protection du Patrimoine Informationnel (RPPI) veille à la sécurité et à la bonne gestion des données et systèmes numériques de l'établissement. Il exerce un rôle de conseil, d'assistance, de formation, d'information, d'alerte et de suivi auprès des services.

Il sensibilise les agents aux enjeux de la sécurité de l'information et participe à la prévention des risques liés à l'usage du numérique.

Il peut, dans le cadre de ses missions, intervenir directement sur tout ou partie des systèmes d'information, en lien avec les services compétents.

Article 37 : Le référent handicap

Le référent handicap est un interlocuteur dédié, chargé d'accompagner les agents en situation de handicap tout au long de leur parcours professionnel. À ce titre, il joue un rôle de coordination et de soutien dans la mise en œuvre des actions menées par l'établissement en matière d'accueil, d'insertion, d'adaptation des postes de travail et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

Il assure la liaison entre l'agent, la direction, le service de santé au travail, la direction des ressources humaines et les éventuels partenaires externes.

Les agents peuvent solliciter le référent handicap en toute confidentialité pour toute question relative à leur situation de handicap, à leurs besoins d'aménagement ou à leur maintien dans l'emploi.

Article 38 : Le référent déontologue

Le référent déontologue est chargé d'apporter, à la demande de l'agent, des conseils utiles au respect des obligations déontologiques propres au service public hospitalier.

L'échange avec le référent déontologue est confidentiel. Les modalités de saisine du référent déontologue sont disponibles auprès de la direction des ressources humaines.



Chapitre 2 L'organisation des soins

Section 1 Principes régissant l'organisation des soins

Article 39 : Permanence des soins

La permanence des soins a pour objet d'assurer, pendant chaque nuit entre 18h30 et 8h30 ainsi que le samedi après-midi et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence.

Article 40 : Coordination des soins

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient. Le directeur des soins est responsable de la coordination des soins, en veillant à l'optimisation de l'organisation et de la communication entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients.

Section 2 Les professionnels

Article 41 : Nomination et missions des responsables de services

Les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le Directeur général sur proposition du Président de la Commission médicale d'établissement après avis du chef de pôle, selon des modalités fixées par le règlement intérieur du pôle.

Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

Les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique assurent la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont ils ont la charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du Directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Article 42 : Nomination et affectation des praticiens hospitaliers

La nomination des praticiens hospitaliers au sein du groupe hospitalier est prononcée, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur proposition du directeur général, après proposition par le chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure concernée et avis du président de la commission médicale d'établissement.

L'affectation est prononcée par le directeur général sur le poste vacant du pôle d'activité, sur proposition du chef de pôle ou s'il y a lieu, du responsable de la structure interne concernée et après avis du président de la commission médicale d'établissement.



Article 43 : Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien qui est assisté, en tant que de besoin, par un ou plusieurs pharmaciens dont il définit par écrit les attributions.

Les pharmaciens de la PUI exercent personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie qui exercent leurs fonctions sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien.

D'autres catégories de personnel peuvent être affectées à la PUI pour y effectuer sous la responsabilité du pharmacien des tâches particulières : cadres infirmiers, aides-soignants, techniciens de laboratoire, agents administratifs. Sur autorisation, la PUI accueille des internes en pharmacie et des étudiants hospitaliers en pharmacie.

L'établissement compte une pharmacie à usage intérieur, répartie sur deux sites : Un sur le site de Saint Jean d'Angély et un autre sur le site de Saintes.

Article 44 : Sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie-obstétrique dont ils relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leurs compétences.

Article 45 : Internes

Les internes en médecine, odontologie et pharmacie sont accueillis en stage au sein des services agréés de l'établissement dans le cadre de leur troisième cycle d'études médicales. Ils consacrent la totalité de leur temps à leur formation médicale, odontologique ou pharmaceutique en stage et hors stage. Durant le stage, l'interne est sous la responsabilité du Chef de service. Un tableau de service nominatif précise l'organisation du temps de travail que l'interne doit accomplir au titre de sa formation en stage et hors stage, ainsi qu'au service de gardes et astreintes défini dans l'établissement.

Article 46 : Etudiants hospitaliers

Les étudiants en formation au sein du Groupe hospitalier Saintes Saint Jean d'Angély participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de leur cadre, chef de service, ou maître de stage, selon leur spécialité et niveau de formation.

Ils exercent leurs fonctions dans le respect des règles déontologiques et éthiques de la profession, qu'il s'agisse des fonctions médicales ou paramédicales. Les étudiants sont chargés de la tenue des observations et de certains actes de pratique courante, en fonction de leur niveau de compétence. Ils peuvent également être associés aux services de garde, en fonction des besoins de l'établissement. Les étudiants de l'Institut de Formation des Métiers de la Santé sont tenus de se conformer au règlement intérieur de l'établissement ainsi qu'aux obligations spécifiques liées à leur statut d'étudiant. Ainsi, ils doivent respecter les obligations de présence fixées par leur programme de formation.



Chapitre 3 L'organisation en pôle

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME.

Section 1 Le chef de pôle

Article 47 : Nomination du chef de pôle

Le directeur nomme les chefs de pôle. Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, il nomme les chefs de pôle sur proposition du président de la commission médicale d'établissement.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie, pharmacie et les praticiens contractuels.

La durée du mandat est fixée à quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Sur proposition de président de CME et en cas de vacance des fonctions de chef de pôle, le directeur général de l'établissement peut désigner un praticien répondant aux conditions légales requises pour exercer provisoirement ces fonctions.

Article 48 : Les missions du chef de pôle

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.

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 structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

En synthèse, le chef de pôle :

- Met en œuvre le projet d'établissement et le CPOM dans le pôle ;
- Propose l'organisation des structures médicales dans le projet de pôle ;
- Elabore le projet de pôle qui devra être un projet médico-soignant ;
- Négocie et conclue le contrat de pôle avec le directeur général ;
- Décline le contrat à l'intérieur du pôle au sein des structures internes ;
- Associe les acteurs du pôle et les faire participer à la dynamique de projet ;
- Organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Pour accomplir ses missions, le chef de pôle est responsable, en lien avec les directions fonctionnelles concernées et l'encadrement du pôle de :

- La gestion du tableau des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- La gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- La définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ;
- La proposition au directeur général de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;
- L'affectation des personnels au sein du pôle ;
- L'organisation de la continuité des soins, notamment de la présence médicale et pharmaceutique ;
- La participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique



hospitalière et au plan du développement continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.

Par ailleurs, une délégation peut être donnée au Chef de pôle pour :

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

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, un intérressement peut être proposé au chef de pôle.

Section 2 Le directeur référent de pôle

Article 49 : La fonction de directeur référent

Le Chef de pôle est assisté par un « Directeur référent » désigné par le Directeur général pour le représenter dans le pôle. Il a une mission générale de management et de pilotage du pôle. Par son positionnement, il est le relais privilégié entre le pôle et l'ensemble des interlocuteurs internes à l'hôpital.

Section 3 Le cadre supérieur de pôle

Article 50 : La désignation du cadre supérieur de pôle

Le cadre supérieur de pôle est nommé par le directeur général sur proposition du coordinateur général des soins et après information du chef de pôle. Il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets de pôle et assure la responsabilité de la gestion des équipes non médicales du pôle. Enfin, il définit avec le chef de pôle la répartition des moyens alloués en fonction de l'activité et veille à optimiser les organisations ainsi que la qualité des soins dispensés aux malades.

Article 51 : Missions propres du cadre supérieur de pôle

Dans le cadre de la préparation du contrat de pôle, il participe à l'élaboration du projet médico-soignant, le met en œuvre et l'évalue avec l'équipe cadres dans le respect du projet d'établissement ;

- Il assure l'animation et le management de l'équipe cadres ;
- Il développe la logique de pôle et favorise le décloisonnement en cohérence avec les priorités du groupe hospitalier ;
- Il élabore le plan de formation du personnel non médical, établit les priorités et répartit l'enveloppe formation du pôle ;
- Il est le relais de la politique du groupe hospitalier et participe aux activités institutionnelles de l'établissement.

Section 4 Dispositions générales relatives à l'organisation interne des pôles

Article 52 : Le contrat de pôle

La démarche de contractualisation interne entre le directeur et le ou les chefs de pôle est un outil de responsabilisation des pôles, et de concertation entre la direction et les chefs de pôle, notamment dans la phase de préparation du contrat.

Le directeur signe le contrat de pôle avec le chef ou les chefs de pôle après concertation du directoire et avis du président de la commission médicale d'établissement. La signature du contrat doit être précédée d'une phase de dialogue entre le directeur et ses équipes et entre le chef de pôle et ses équipes.



Il est signé pour une période de 4 ans et peut faire l'objet d'avenants pendant la période de validité du contrat. Il est discuté au moins une fois par an lors d'une réunion de dialogue de gestion entre la direction et le pôle.

Le contrat de pôle décline les orientations stratégiques du projet d'établissement et définit les objectifs notamment en matière de politique et de qualité des soins. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs ainsi que les moyens alloués.

Le contrat de pôle prévoit un intéressement collectif basé sur l'atteinte d'objectifs fixés en matière d'activité et performance organisationnelle ainsi que de qualité des soins. Ces objectifs se déclinent en indicateurs qui diffèrent selon qu'il s'agisse de pôles cliniques ou de pôles médico-techniques, et qui sont pondérés de coefficients définis selon la politique incitative de l'établissement.

Article 53 : Le projet de pôle

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle mais également en lien étroit avec le projet médical et le projet d'établissement.

Les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Les crédits d'investissement font l'objet d'un suivi individualisé porté à la connaissance du bureau de pôle.

Article 54 : Les bureaux de pôle

Les bureaux de pôle sont des lieux de débat et de réflexion. Les chefs de pôle ont choisi d'en faire un espace de consultations et d'échanges informels.

Cette dynamique permet de favoriser la vision globale des différents dossiers, qu'ils soient spécifiques à une spécialité médicale ou transversaux pour le pôle.

En fonction des thématiques abordées, d'autres partenaires institutionnels peuvent y être conviés pour leur expertise ou implications.

Article 55 : Conseil de pôle

Le Conseil de pôle prend la forme d'une réunion semestrielle ou annuelle à laquelle sont conviés l'ensemble les professionnels impliqués dans l'organisation du pôle.



Titre II DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET AUX USAGERS

Chapitre 1 Droits des usagers lors de l'admission

Section 1 Droit à l'information

Article 56 : Information médicale

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, 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 prises 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.

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

Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

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

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Article 57 : Information de la famille et des proches

Dans chaque service, les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances. 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 au patient, sauf opposition de ce dernier.

Lorsqu'un patient est transféré dans une autre unité de l'établissement, il appartient à l'unité à l'origine du transfert d'en informer la famille.

Article 58 : Information du médecin traitant

A la fin du séjour, une lettre de liaison comprenant les éléments nécessaires à la continuité des soins du patient est remise au médecin traitant, ou, le cas échéant, au médecin qui a adressé le patient. Cette même lettre de liaison est également adressée au patient.

Cette lettre de liaison comprend l'identification du patient ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé, le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie et ceux arrêtés pendant le séjour, l'annonce ou l'attente des résultats d'examens et les suites à donner y compris d'ordre médico-social.



Section 2 Droits relatifs au consentement

Article 59 : Consentement aux soins

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

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, 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 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 ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté ou à participer à la décision.

Le médecin tient compte de son avis et le prend en considération dans toute la mesure du possible, en l'appréhendant notamment en fonction de sa faculté de discernement ou de son âge et de son degré de maturité.

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 informé de la nécessité de respecter les droits des malades.

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

Article 60 : Refus de soins

Toute personne a le droit de refuser un soin ou de 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. Une proposition alternative de soins est recherchée au préalable, dans toute la mesure du possible.

Le cas échéant, la sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, il en est fait mention dans son dossier médical, à la fois par le médecin responsable de sa prise en charge et par un autre membre du personnel paramédical.

Le médecin en informe immédiatement le directeur du groupe hospitalier ou son représentant.

Article 61 : Cas particulier du refus de soin chez le patient mineur

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale.

Si le mineur s'oppose aux soins proposés le médecin doit s'efforcer de le convaincre de leur nécessité. Lorsqu'un mineur persiste dans son refus, l'admission peut néanmoins être prononcée, sur avis médical, à la demande des titulaires de l'autorité parentale.



En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

En cas de maltraitance ou de refus obstiné de soins, par la personne titulaire de l'autorité parentale, face à un enfant blessé ou malade, le médecin peut saisir le procureur de la République d'un signalement. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Article 62 : La personne de confiance

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au malade majeur de désigner par écrit une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

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

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

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

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Article 63 : Directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa 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'acte médicaux.

Ces directives anticipées informent sur les souhaits des personnes relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Les directives anticipées sont intégrées informatiquement au dossier médical du patient.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.



Section 3 Droits relatifs au dossier médical

Article 64 : Accès au dossier médical

L'accès au dossier médical est réservé :

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

Le patient peut accéder à son dossier médical directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne.

Si un mineur accepte que ses parents accèdent au dossier médical, il peut exiger que cet accès n'ait lieu que par l'intermédiaire d'un médecin.

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

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

Au sein du groupe hospitalier, la direction des relations avec les usagers, qualité et gestion des risques réceptionne la demande de consultation du dossier médical.

Toute demande reçue directement par un service doit être transmise à la direction des relations avec les usagers, qualité et gestion des risques qui mettra en œuvre la procédure adaptée à chaque type de demande.

Article 65 : Conservation du dossier médical

Les dossiers patients sont conservés au sein du groupe hospitalier sous la responsabilité du service des archives. La durée de conservation des pièces du dossier médical est de 20 ans.

- Lorsque le patient est mineur, le dossier doit être conservé jusqu'au 28ème anniversaire du patient minimum. Lorsque le délai des 20 années s'achève avant le 28ème anniversaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date ;
- Lorsque le patient est décédé de moins de 10 ans après son dernier passage, le dossier doit être conservé pendant seulement une période de 10 ans à compter du décès.

Les dossiers de transfusions sanguines sont conservés 30 ans. Le registre spécial des médicaments dérivés du sang est conservé quant à lui 40 ans.

Le point de départ du délai de conservation du dossier médical est le jour de sortie de la dernière hospitalisation du patient dans l'établissement.

Article 66 : Gestion des données personnelles

A l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein de l'établissement, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet, dans leur majorité, de traitements informatiques.



L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement, de la confidentialité et de la conservation de ces informations.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le malade, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique.

L'utilisation et le contrôle des moyens informatiques du groupe hospitalier est régie par la charte utilisateur validée par les instances représentatives du personnel.

Celle-ci est signée par l'ensemble des personnes nouvellement recrutées.

Section 4 Droits divers du patient hospitalisé

Article 67 : Laïcité et libre exercice du culte

L'établissement garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies, et met à leur disposition des moyens pour assurer librement l'exercice de leur culte (lieu de recueillement, aumônerie, nourriture, rites funéraires...).

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte, ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches.

Le principe de la liberté religieuse doit être concilié avec le principe de laïcité applicable à l'hôpital et ne doit pas faire obstacle à la bonne organisation du service.

Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

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

Article 68 : Droit au secret, discrétion et confidentialité

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

Les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement. Ils peuvent refuser toute visite.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic et évolution de la maladie, ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie.

Les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par le cadre ou un infirmier de l'unité aux membres proches de la famille, sauf si le malade s'y oppose expressément.

Article 69 : Liberté de déplacement

Afin de tenir compte de l'état de santé de la personne hospitalisée et pour des raisons d'hygiène et de sécurité, les patients hospitalisés ont la liberté de circuler dans l'établissement, sous réserve qu'ils en demandent l'autorisation préalablement à un membre du personnel soignant, et à condition que leurs déplacements ne fassent pas obstruction à l'administration des soins ni ne constituent une gêne pour le fonctionnement des services.

Pendant le service de nuit, les malades doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.



Article 70 : Droits civiques

La liberté d'expression, d'association et de réunion sont garantis aux patients, dans les formes compatibles avec le bon fonctionnement de l'établissement et le principe de neutralité du service public.

En application des dispositions du code électoral, les patients hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein de l'hôpital leur droit de vote par procuration.

Article 71 : Prise de vue et utilisation de l'image de la personne

Toute personne ou son représentant légal doit préalablement à la captation ou à la diffusion de son image donner son consentement explicite. Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du représentant légal, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion.

Ce droit à l'image est applicable à l'ensemble des personnes présentes dans l'établissement, y compris les patients, les visiteurs, ainsi que les personnels, quel que soit leur statut ou leur fonction, qui ne peuvent être photographiés ou filmés sans leur consentement préalable.

Le cas échéant, les personnes devant obtenir ce consentement sont invitées à contacter la Direction de la communication pour retirer un document type d'autorisation de droit à l'image.

Le stockage d'images, notamment lorsqu'il s'agit de la prise d'image de la personne à finalité médicale, doit respecter la législation en vigueur. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la CNIL.

Article 72 : Service social

Le Service Social est à la disposition des hospitalisés et de leur famille pour les accompagner pendant leur séjour à l'hôpital. Il apporte écoute, conseil, information et orientation.

Les assistants socio-éducatifs accompagnent les hospitalisés dans différents domaines : familial, logement, professionnel, financier, administratif, juridique... L'équipe peut rencontrer les patients et/ou leur entourage dans le service de soins ou directement à leur bureau.

Le Service Social intervient sur l'information des droits :

- La couverture sociale ;
- Les droits liés à la maladie ;
- Les prestations familiales ;
- La protection juridique des mineurs et des majeurs.

Enfin, ce service assure l'organisation de la sortie d'hospitalisation :

- Mise en place d'aide à domicile et évaluation des possibilités de financement ;
- Information et orientation vers des structures d'accueil.



Chapitre 2 Conditions générales d'admission

Section 1 Modalités d'accueil des patients

Article 73 : Principes généraux d'accueil du patient

Le groupe hospitalier Saintes- Saint-Jean-d'Angély accueille toutes les personnes ayant besoin d'actes de soins ou de prévention, sans distinction d'origine, de sexe, de condition sociale et familiale, d'opinions politiques, de religion, sans préjuger de leur handicap.

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge, et le praticien qui la prend en charge. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève le patient, dans les limites imposées par les situations d'urgence, par l'organisation du service, par les moyens humains présents, et par les disponibilités en lits de l'établissement.

Article 74 : Choix de l'activité libérale

A leur demande, les patients peuvent être pris en charge par des médecins ayant passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale, dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

En cas d'hospitalisation, ce choix doit être formulé par le malade lui-même ou par son accompagnant, par écrit et dès son entrée à l'hôpital, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix. Dans tous les cas, le malade doit recevoir préalablement à sa prise en charge et par écrit, toutes les indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de son choix, notamment sur les honoraires fixés par entente directe entre le malade et le praticien, la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie.

La prise en charge médicale peut dans ce cas s'effectuer dans les services où elle s'exerce en secteur public.

Le délai de rendez-vous dans le secteur public, ne saurait justifier qu'on impose au patient une prise en charge en secteur privé.

Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

En principe lorsque le patient a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public, il en va de même dans le sens inverse. Toutefois, le directeur peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du malade.

Article 75 : Pièces à fournir

L'admission au sein du groupe hospitalier, hors les cas d'urgences, ne peut se faire sans certaines pièces justificatives dont :

- La convocation du médecin de l'hôpital
- Une pièce d'identité (CNI, passeport, titre de séjour en cours de validité)
- Le livret de famille ou extrait d'acte de naissance pour les mineurs
- La carte vitale à jour ou une attestation de droits ouverts à la Complémentaire Santé Solidaire ou à l'Aide Médicale d'État, la carte européenne d'assurance maladie
- La carte de mutuelle en cours de validité
- Une attestation d'assurance pour les usagers de nationalité étrangère
- Le volet de déclaration délivré par l'employeur en cas d'accident du travail



- Un justificatif de domicile, le cas échéant.

Article 76 : Horaires d'ouvertures des bureaux des admissions

L'admission peut être effectuée dans le hall principal des sites de Saintes et de Saint Jean d'Angély aux guichets d'admission : Sur le site de Saintes de 8h à 18h30 et sur le site de Saint-Jean-d'Angély de 8h à 18h du lundi au vendredi hors jours fériés. Les usagers sont tenus de se présenter 30 minutes avant l'heure prévue du rendez-vous munis de leurs documents d'admission.

Pour les spécialités suivantes : SMR, radiothérapie, psychiatrie, pédopsychiatrie, l'admission doit être faite directement auprès du secrétariat concerné du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Pour les admissions en urgence 24h/24 (y compris pour les urgences gynécologiques, obstétricales et pédiatriques) l'admission doit être faite directement à l'accueil des urgences.

Article 77: Le livret d'accueil des patients

Le livret d'accueil est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du groupe hospitalier. Il contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital.

Un questionnaire de satisfaction est joint à ce livret d'accueil. Il est mis à jour régulièrement et peut être complété par les carnets de bord spécifiques à certains services ou secteurs d'activités. Ce livret d'accueil est mis à la disposition des consultants externes, sur demande. Il est également disponible sur le site Internet de l'établissement.

Article 78 : Inventaire à l'admission

Lors de chaque hospitalisation, programmée ou non, un inventaire des biens du patient est dressé dans l'unité de soins d'accueil, puis est signé sans délai par un agent du GH habilité à le faire et par un accompagnant ou, à défaut, par un témoin. L'inventaire est ensuite consigné dans le dossier informatisé du patient.

Les valeurs (moyens de paiement) et objets de valeur (bijoux hors fantaisie) détenus par le patient sont remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur l'inventaire des dépôts de valeur et placés dans le coffre de la régie. Le reçu du dépôt est remis au patient ou au dépositaire. Les autres objets ou effets personnels du patient (téléphone portable, PC, clefs, pièces d'identité, etc...) demeurent sous sa responsabilité. A la demande du patient, ils peuvent être mis en sécurité, dans un sac scellé, dans le service.

Dès que son état le permet, le patient est invité à venir muni de sa pièce d'identité récupérer son dépôt auprès du régisseur.

Une plaquette dédiée aux objets de valeur et effets personnels est mise à la disposition des patients.

Section 2 Modalités d'admission des patients majeurs

Article 79 : Conditions générales d'admission

L'admission est prononcée par le Directeur Général ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

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

Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mention de l'affection qui motive l'admission.



Il doit être accompagné d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier, donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour la continuité des soins.

Article 80 : L'admission aux urgences

Si l'état d'un malade nécessite des soins urgents, le directeur général ou son représentant, prononce son admission, même en l'absence de tout document d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre ou, à défaut, par un infirmier de l'unité, que le patient ait été conduit au sein de l'établissement par le SAMU, les pompiers, les forces de l'ordre ou tout autre moyen. Il incombe au personnel de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles. Cette obligation d'information doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation. Le même devoir de diligence pour l'information des familles est assuré en cas de transfert, d'aggravation de l'état de santé ou de décès du patient.

Article 81 : Le transfert d'un patient après admission

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que :

- l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement,
- ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas,
- ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le patient et pour le bon fonctionnement du service hospitalier,

Le directeur ou son représentant prennent toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, après que le patient ait reçu les premiers secours.

En dehors des cas d'urgence, le consentement du patient est recueilli avant tout transfert provisoire ou définitif.

Article 82 : L'admission d'un patient suite à un transfert

Un malade adressé par un médecin d'un autre établissement de santé, public ou privé, dans lequel a débuté une prise en charge, peut être admis au sein du groupe hospitalier Saintes-Saint-Jean-d'Angély par transfert inter-établissements.

L'accord au transfert sollicité est donné par un médecin senior du groupe hospitalier, sur le fondement d'une demande émanant d'un médecin senior de l'établissement demandeur.

Les transferts inter-établissements de patients relevant d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement font l'objet de dispositions particulières, détaillées dans une procédure spécifique.

Article 83 : L'admission en cas d'afflux massifs de patients

En cas d'afflux massif de patients et si un patient ne peut être identifié immédiatement, l'admission peut se faire à titre provisoire et de manière anonyme, en utilisant un numéro provisoire.

L'identité des personnes admises dans le cadre d'un plan d'afflux massif de patients peut être transmise à la préfecture et au Procureur de la République.

Il est fait application du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.



Section 3 Dispositions spécifiques relatives à l'admission des mineurs

Article 84 : Cadre général de l'admission patient mineur

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale, ou de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de cet établissement ou à celle du gardien.

Article 85 : Admission sans accord de l'autorité parentale

Dans certaines circonstances, l'admission du mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur peut décider seul :

- s'il est émancipé et qu'il possède la capacité d'exercice de ses droits ;
- lorsque ses liens familiaux sont rompus et qu'il bénéficie à ce titre de la CMU à titre personnel ;
- en cas d'urgence des soins dans ce cas, les formalités d'admission passent après l'obligation de soins, sous réservé de régulariser la situation le plus rapidement possible ;
- lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé ;
- lorsqu'il souhaite subir une IVG.

Article 86 : Admission du mineur relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale.

Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Article 87 : Information du mineur

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information sous réserve des dispositions du présent règlement intérieur relatives à la confidentialité des soins.

Dans tous les cas, les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Article 88 : La scolarisation du mineur après admission

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent.



Section 4 Dispositions spécifiques à l'admission de certains patients

Article 89 : L'admission d'une personne victime de violences conjugales

L'UDVIE accueille les victimes de violences conjugales, afin de leur offrir une prise en charge pluridisciplinaire. La victime peut bénéficier d'une consultation médicale avec un médecin urgentiste qui établira un certificat médical détaillant les blessures, le retentissement psychologique et l'Incapacité Totale de Travail (ITT) consécutive aux violences. L'ITT, définie dans le cadre pénal, représente la durée pendant laquelle la victime éprouve une gêne dans sa vie quotidienne, et non un simple arrêt de travail. Elle est utilisée pour aider la justice à qualifier l'infraction pénale.

La victime peut également rencontrer le psychologue de l'unité ainsi qu'une assistante sociale pour un accompagnement dans ses démarches administratives et sociales.

Article 90 : L'admission pour accouchement sous X

Lorsque, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, une femme enceinte demande le bénéfice du secret de l'admission (accouchement sous X), dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du Code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.

Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du conseil national pour l'accès aux origines personnelles.

Article 91 : L'admission pour IVG

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, soit 16 semaines d'aménorrhée.

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

Article 92 : Clause de conscience des professionnels de santé

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.

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

Article 93 : IVG à la demande d'une mineure

Si la patiente 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 patiente 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.

Article 94 : L'admission des militaires

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente. Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

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

Article 95 : L'admission des bénéficiaires d'une pension militaire

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

Article 96 : L'admission des patients toxicomanes

Les patients toxicomanes peuvent se présenter pour suivre une cure de désintoxication ou être astreints à une cure de désintoxication par les autorités sanitaires ou judiciaires.

Les toxicomanes qui se présentent spontanément peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

En cas d'interruption de la cure de désintoxication prescrite par l'autorité sanitaire, le groupe hospitalier en informe immédiatement cette autorité, qui prévient le Procureur de la République.

Dans le cas d'une cure de désintoxication prescrite par l'autorité judiciaire (injonction judiciaire), le médecin responsable informe celle-ci de son déroulement et de ses résultats.

L'Etat prend en charge les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale liés à la cure de désintoxication.

Article 97 : L'admission du majeur protégé sous tutelle

L'admission est prononcée à la demande de son tuteur.

Toutefois la personne intéressée est en droit d'être associée à la décision d'une manière adaptée à son discernement. Dès lors, le consentement à l'hospitalisation du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté, le cas échéant avec l'assistance du tuteur.

Si la personne intéressée n'est pas apte à exprimer sa volonté, le tuteur donne son autorisation en tenant compte de la volonté de la personne sous tutelle.

Toutes les informations médicales doivent être transmises non seulement à la personne intéressée mais également au tuteur dès l'admission et tout au long du parcours de soins.

En cas d'urgence, le médecin peut passer outre l'avis du tuteur (ou en cas d'absence de réponse de celui-ci) pour admettre le majeur protégé en urgence.

Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.



En cas de refus de soin, le médecin lui délivre les soins indispensables si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé.

Article 98 : L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice

L'admission est prononcée à la demande du majeur protégé. En effet, aucune autorisation du curateur ou du mandataire spécial, ni aucune autorisation du juge du contentieux et de la protection ne sont requis.

S'agissant d'une personne sous curatelle, il est toutefois conseillé avec son accord de la recevoir en présence du curateur pour mieux informer le majeur protégé de sa situation et pour éclairer le médecin de la portée du consentement donné par ce patient. Le curateur pourra être destinataire de l'information médicale uniquement avec l'accord de la personne sous curatelle.

Section 5 L'admission des personnes détenues et gardées à vue

Article 99: Consultation et hospitalisation des détenus

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître, sont admis dans une chambre sécurisée où la surveillance par les services de police peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

Article 100 : Incidents en cours d'hospitalisation

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du code de procédure pénale.

Article 101 : Mesures de surveillance et de garde des détenus

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité de police et du préfet.

Article 102 : Les auditions par les autorités de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient peut être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement. En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit. Cet avis est immédiatement transmis au directeur général du groupe hospitalier ou de son représentant.

Section 6 L'admission des personnes en soins psychiatriques

Articles 103 : L'admission du patient en soins psychiatriques libres

Il est rappelé que l'admission en soins libres de psychiatrie obéit à un régime juridique similaire à celui des hospitalisations conventionnelles de droit commun, dans d'autres disciplines médicales ou chirurgicales de l'établissement. Le patient y est libre d'aller et venir, son consentement doit être recherché. Par conséquent, les dispositions du présent règlement intérieur en matière d'autorisations de sortie, de refus de soins ou de sortie définitive s'appliquent entièrement.



Article 104 : L'admission du patient majeur en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet

L'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet peut être prononcée pour les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le préfet prononce, au vu d'un certificat médical établi par tout médecin hormis les psychiatres de l'établissement d'accueil, un arrêté décidant de l'admission d'une personne en soins psychiatriques. Après l'admission, le préfet autorise la forme de prise en charge de la personne malade (hospitalisation complète ou programme de soins) proposée par le psychiatre. Dans l'attente de cette décision, le patient reste sous hospitalisation complète.

Article 105 : L'admission du patient à la demande d'un tiers (SPDT)

La demande d'admission du patient en soins psychiatriques peut être présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieur à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans son intérêt à l'exclusion du personnel soignant de l'établissement d'accueil.

Lorsqu'il remplit ces conditions, le tuteur ou le curateur de la personne malade peut formuler cette demande de soins.

Cette demande d'admission doit être accompagnée de deux certificats médicaux attestant des troubles mentaux de la personne concernée et devant dater de moins de 15 jours.

Le premier certificat médical est établi par un médecin n'exerçant pas au sein du groupe hospitalier.

Le second certificat peut être établi par un psychiatre de l'établissement.

Les certificats médicaux doivent démontrer que l'état mental de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète.

Article 106 : L'admission d'un patient en cas de péril imminent (SPRI)

Lorsqu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne et qu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers, le directeur peut prononcer l'admission en soins psychiatriques sans consentement sur le fondement d'un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas au sein du GH.

Ce certificat constate l'état mental de la personne et le péril imminent pour sa santé en l'absence de soins psychiatriques. Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures, sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui a fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé(e) ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Article 107 : L'admission du patient mineur en soins psychiatriques sans consentement

La décision d'admission en soins psychiatriques libre ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

En application de l'article 375-9 du Code Civil, le juge aux affaires familiales peut ordonner l'hospitalisation d'un mineur en soins sans consentement après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.

La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

Les patients mineurs âgés de moins de 16 ans doivent être admis dans un service de psychiatrie infanto-juvénile. Au-delà de 16 ans, les patients mineurs ne peuvent être hospitalisés uniquement à titre exceptionnel dans un service de psychiatrie adulte. Un mineur ne peut pas partager sa chambre avec un adulte.



Article 108 : Informations données au patient admis en soins psychiatriques sans consentement

Dès leur admission, les patients sont informés le plus rapidement possible de la décision d'admission en soins psychiatriques sous contrainte et, le cas échéant de chaque décision prononçant le maintien des soins. Ils sont également informés de leur situation juridique et de leurs droits, des voies de recours et des garanties qui leur sont offertes. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée en raison de ses troubles mentaux doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Article 109 : Saisine obligatoire du juge des libertés et de la détention

Le juge des libertés et de la détention (JLD) est saisi de manière obligatoire dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement. Cette saisine intervient au plus tard au huitième jour suivant la décision d'admission afin qu'il se prononce avant l'expiration d'un délai de douze jours d'hospitalisation complète. En cas de prolongation de la mesure au-delà de six mois, le juge doit également être saisi au moins quinze jours avant la date d'échéance. La saisine est assurée par le directeur de l'établissement pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers, et par le représentant de l'État pour les hospitalisations sans consentement sur décision du préfet. Le point de départ de ces délais est la date de la décision d'admission en soins sans consentement.

Article 110 : Saisine facultative du juge et contrôle des mesures de soins, d'isolement et de contention

Le JLD peut être saisi à tout moment afin de statuer sur la levée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement, quelle qu'en soit la forme. La saisine peut être effectuée par la personne faisant l'objet des soins, son représentant légal, son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, un parent ou toute personne agissant dans son intérêt, ainsi que par le procureur de la République. Le juge peut également se saisir d'office. Il peut être saisi aux mêmes fins pour toute mesure d'isolement ou de contention, et statue alors dans les délais prévus à l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine.

Article 111 : L'autorisation de sortie du patient en soins sans consentement

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les patients admis dans le cadre d'une admission psychiatrique sans consentement en hospitalisation complète pour troubles mentaux peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée :

- sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Elles sont, dans ce cas, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée pendant toute la durée de la sortie ;
- sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

La sortie est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement.

Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur ou son représentant informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

Article 112 : La sortie du patient à l'insu du service en soins psychiatriques

Dès que le soignant constate que le patient n'est plus dans le service, (ou n'est pas revenu dans les temps d'une permission de sortie) il déclenche la procédure fugue sans délais et immédiatement et concomitamment avertit le cadre de santé (du service ou de garde).

Pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques libres :

Une fois la fugue constatée, l'équipe de psychiatrie et les équipes de sécurité effectuent la recherche du patient dans l'enceinte du GH, et en informent le directeur de pôle ou de garde, ainsi que le psychiatre de garde.



La famille du patient et/ou son représentant légal sont immédiatement avisés ;

Si dans la demi-heure qui suit le constat de la fugue, le patient n'a pas réintégré l'établissement les forces de l'ordre sont alertés par le directeur général ou son représentant.

Pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement ou détenus :

Une fois la fugue constatée, l'équipe de psychiatrie et les équipes de sécurité effectuent la recherche du patient dans l'enceinte du groupe hospitalier, et en informent le directeur de pôle ou de garde, ainsi que le psychiatre de garde.

En cas de dangerosité du patient, le psychiatre de garde doit sans délai rédiger le certificat de fugue mentionnant cette dangerosité et établir le cas échéant un certificat sur la base de son dossier médical que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public.

La famille du patient et/ou son représentant légal sont immédiatement avisés, ainsi que le ou les tiers identifiés à l'origine de la mesure de contrainte, le cas échéant.

Les forces de l'ordres et la Préfecture sont immédiatement alertés, ainsi que l'ARS si le patient revêt une dangerosité particulière, ainsi que l'administration pénitentiaire, si la fugue concerne un détenu, par le directeur général ou son représentant.

Chapitre 3 Conditions de séjour des patients

Section 1 Règles générales de bienséance

Article 113 : Respect entre usagers

Durant leur séjour au sein du groupe hospitalier, les patients, leurs familles ou visiteurs, doivent veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres patients ou le fonctionnement du service.

Dans le respect des dispositions législatives et règlementaires en vigueur, le directeur du GH peut prendre des mesures restrictives ou préventives en vue de faire cesser les troubles occasionnés par certains usagers.

Article 114 : Respect des locaux et des objets à disposition

Les patients, leurs familles ou visiteurs, doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient ou d'un ou plusieurs visiteurs. En cas de faits graves et caractérisés, le groupe hospitalier se réserve le droit d'engager, des poursuites judiciaires.

Article 115 : Affichage dans les locaux ouverts au public

L'affichage destiné aux usagers de l'établissement a pour objet de diffuser des informations utiles à leur prise en charge, leur orientation ou leur sécurité. Il peut également porter sur des messages de sensibilisation ou de prévention en lien avec la santé publique.

Cet affichage est exclusivement mis en place par l'établissement ou validé par celui-ci. Toute pose d'affichage non autorisée, sur quelque support ou lieu que ce soit, est strictement interdite.

Les usagers sont invités à respecter les supports d'affichage mis à disposition. Toute dégradation volontaire pourra donner lieu à des poursuites ou à des mesures appropriées en fonction de la gravité des faits.



Article 116 : Hygiène

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

Section 2 Biens des patients

Article 117 : Dépôt de sommes d'argent, de moyens de règlement et d'objets de valeur

Toute personne admise au sein de l'établissement est informée, oralement et par écrit, dès son admission, de la possibilité de déposer certains de ses objets et valeurs pendant son séjour. Le patient est toutefois invité à n'apporter au sein du Groupe hospitalier que les objets strictement utiles à son séjour. 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.

Tout patient voulant déposer un objet dont la détention durant l'hospitalisation n'est pas justifiée peut se voir opposer un refus.

Un inventaire des biens déposés est requis et doit être réalisé contradictoirement :

- Les valeurs (sommes d'argent, titres et valeurs, moyens de règlement, objets de valeurs) sont déposées dans le coffre de la régie ;
- Les « autres objets » ou effets personnels (téléphone portable, PC, clefs, pièces d'identité, ect...) qui ne sont pas conservés par le patient sont mis en sécurité, dans un sac scellé, dans le service.

Le patient hospitalisé est informé verbalement ainsi que par le livret d'accueil des règles applicables dans les établissements de santé en matière de responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un bien lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation et lui remet une fiche d'information.

Article 118: Biens conservés par le patient

Le patient est libre de refuser le dépôt de ses biens et valeurs.

Ce refus doit être tracé de façon contradictoire par écrit sur la fiche d'inventaire mentionné dans son dossier. Le GH n'est pas responsable du vol, de la perte, ou de la détérioration des biens conservés par le patient. Ils restent sous sa seule responsabilité.

Article 119 : Restitution des sommes d'argent, titres et objet de valeur

Lorsque la procédure de dépôt a été engagée, les valeurs et objets de valeur sont restitués au patient, à la fin de son séjour ou au cours du séjour (sachant que les restitutions partielles de sommes d'argent sont proscrites), sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité. Une mention de la remise est portée sur la fiche d'inventaire.

Le retrait auprès du régisseur peut être effectué par le patient lui-même, par son représentant légal, par un tiers mandaté par le patient ou par ses héritiers ou légataires ou ayants droit en cas de décès. Par ailleurs, pour se voir reconnaître la qualité d'héritier, les ayants droit devront détenir un certificat d'hérité délivré en mairie ou acte notarié établi par un notaire; livret de famille attestant la filiation directe avec la personne décédée ; ou encore une fiche d'état civil attestant la filiation directe avec la personne décédée. Les modalités pratiques de dépôt et restitution des valeurs sur les deux sites sont précisés dans un document à disposition du patient.



Lorsqu'il existe plusieurs héritiers, l'un deux peut se porter fort pour l'ensemble, en prenant l'engagement d'utiliser l'attestation qui lui est délivrée par les autres héritiers pour effectuer l'ensemble des démarches en leur nom et dans le respect de leurs droits.

Dans le cas exceptionnel où le patient ne pourrait se déplacer le régisseur se déplacera dans sa chambre pour lui restituer le dépôt. Cette procédure doit demeurer exceptionnelle.

Le dépôt est systématiquement transféré à la trésorerie hospitalière dans les cas suivants :

- En cas de sortie du patient (si le dépôt n'a pas été restitué),
- En cas de décès du patient,
- Sur Saintes : au-delà de 30 jours d'hospitalisation et pour tout dépôt numéraire supérieur à 500 €
- Sur Saint-Jean-d'Angély : pour tout dépôt numéraire supérieur à 1 000 €

Article 120 : Effets personnels des patients

Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein du GH du linge personnel et un nécessaire de toilette. Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Sauf dans les unités de soins de longue durée (USLD), son entretien n'incombe pas au GH.

En cas de nécessité, le groupe hospitalier met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

Section 3 Le régime d'hospitalisation

Article 121 : Choix du lieu et du régime d'hospitalisation

Au sein du groupe hospitalier Saintes Saint-Jean-d'Angély, il existe un régime commun d'hospitalisation et un régime particulier.

Le régime commun d'hospitalisation est le régime de droit. Il est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle.

Le malade bénéficiant d'une chambre particulière (régime particulier), doit au moment de son admission, donner son consentement et signer un engagement de payer les frais qui y sont liés.

Article 122 : Hospitalisation à domicile

Alternativement à une hospitalisation complète, les patients peuvent être admis dans un service d'hospitalisation à domicile.

Ces services interviennent dans une aire géographique donnée, pour des pathologies prédéterminées justifiant des soins continus et coordonnés.

Les patients admis dans le cadre d'une hospitalisation à domicile sont soumis aux règles fixées dans le présent règlement intérieur en tenant compte des particularités de leur régime d'hospitalisation.

Article 123 : Consultations externes

Le groupe hospitalier dispose de services de consultation et de soin pour les patients externes. La liste et la localisation de ces services est disponible sur le site internet de l'établissement.

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.



Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations.

Article 124 : Organisation de l'activité libérale des praticiens hospitaliers

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les médecins hospitaliers exerçant à temps plein au groupe hospitalier et qui en font la demande, peuvent être autorisés dans certaines limites et conditions, à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins d'hospitalisation ou d'actes médico-techniques.

Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement. Ce contrat, d'une durée de cinq ans, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) avec son avis ainsi que ceux du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement. Le directeur général de l'ARS approuve ce contrat. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Toutefois, peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

L'activité libérale s'exerce exclusivement au sein du groupe hospitalier ou, dans le cas d'une activité partagée entre plusieurs établissements, dans l'établissement où le praticien exerce la majorité de son activité publique, à la triple condition que :

- le praticien exerce personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle est astreint le praticien ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Une Commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des stipulations des contrats des médecins, notamment sur les modalités de perception de la redevance.

Les honoraires sont perçus par l'intermédiaire de l'administration hospitalière ou directement par le praticien.

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique, ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Dans le contrat d'exercice libéral, il est prévu une clause engageant le praticien hospitalier, en cas de départ temporaire ou définitif (sauf cas de la retraite), à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à 6 mois et au maximum égale à 24 mois, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte. Le non-respect de cette clause engendre des sanctions financières.

Section 4 Prestations de services pour le patient

Article 125 : Le repas

Les menus qui sont proposés aux personnes hospitalisées sont élaborés par une équipe pluridisciplinaire de professionnels (cuisiniers, diététiciennes, et personnels soignants). Ils combinent goût et exigences nutritionnelles. La production en liaison froide est assurée par les cuisiniers de l'hôpital sur les deux sites de Saintes et Saint-Jean-d'Angély et sont conditionnés en barquettes hermétiques scellées pour garantir la qualité et la sécurité alimentaire. Lorsqu'un



traitement ou l'état de santé d'un malade impose le respect d'une prescription alimentaire spécifique (diabétiques, allégés, sans sel, etc.), ou des textures adaptées (hachées, mixées, etc.), des menus spécifiques sont servis sous contrôle diététique.

Article 126 : La télévision

Le groupe hospitalier met à la disposition des patients des téléviseurs ainsi qu'une connexion wifi. Cette mise à disposition se fait à titre onéreux. Les patients désirant regarder la télévision et avoir accès à internet dans leur chambre doivent en faire la demande. Les frais de location du poste de télévision et de la borne Wifi leur sont facturables.

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients.

Article 127 : Le téléphone

Les hospitalisés peuvent recevoir et émettre des appels téléphoniques depuis leurs chambres dans la mesure où ils ne gênent pas le fonctionnement des services.

Article 128 : Le courrier

Le courrier est distribué tous les jours (du lundi au vendredi) par le service des vaguesmestres de l'établissement et le relevé a lieu quotidiennement.

Les vaguesmestres sont à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales et notamment pour le transport du courrier préalablement affranchi au tarif en vigueur.

Section 5 Règles applicables aux personnes extérieures

Article 129: Modalités d'exercice du droit de visite

Par principe, les visites aux patients sont autorisées tous les jours.

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur, avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Lorsque l'état du patient le justifie, ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de quinze ans, la présence d'un accompagnant peut-être autorisée hors des heures de visite.

Un repas payant peut-être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leur repas à l'extérieur et sous réserve des moyens d'accueil du service.

Les patients ont la possibilité de demander au cadre soignant du service de prendre les mesures nécessaires pour interdire l'accès aux personnes qu'ils désignent.

Le droit et les horaires des visites peuvent être restreint par le chef de service, ou par le Directeur Général ou son représentant :

- pour des motifs liés à l'état de santé des patients ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police, notamment les patients détenus ;
- Pour des motifs liés à la situation sanitaire (crise sanitaire, plan blanc, plan relatif à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ...) ;



Article 130 : Présence des proches et accompagnements des patients pendant le séjour à l'hôpital

Le groupe hospitalier privilégie la présence des proches des personnes malades pendant leur séjour dans ses services ; en particulier, il facilite l'accompagnement des patients dans des situations particulières telles que l'hospitalisation d'un nouveau-né, d'un enfant ou la fin de vie d'un malade. Il favorise également l'accompagnement des patients en situation de handicap et/ou perte d'autonomie en admettant la présence d'un proche aidant ainsi que l'accessibilité à l'établissement des chiens guides ou d'assistance.

Par ailleurs, un repas peut être servi à toute personne rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'elle est dans l'impossibilité de prendre son repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service concerné. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le directeur général.

Article 131 : Associations, bénévoles

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des malades, à leur demande ou avec leur accord, au sein des sites hospitaliers.

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec le Groupe hospitalier une convention définissant les droits et obligations réciproques.

Section 6 Frais de séjour

Article 132 : Hospitalisations

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au groupe hospitalier par le patient ou par un tiers payeur.

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement, sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée, d'une provision calculée notamment, sur la base de la durée estimée du séjour.

Sauf dans les mêmes cas d'urgence, un devis doit être établi pour les patients non assurés sociaux 100% payants dont les malades étrangers non-résidents. A défaut d'un document attestant certifiant d'une prise en charge par leur pays d'origine, et qui doit être acceptée par le GH avant la prise en charge du patient, le versement d'une provision (avance), calculée notamment, sur la base de la durée estimée du séjour sera demandé au patient.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie hospitalière engage les poursuites réglementaires de recouvrement des créances, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Article 133 : Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur. Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par le Directeur GH.

Tout patient ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à la Sécurité Sociale ou à un autre organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité du tarif des soins externes auprès de l'hôpital. Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient acquitte uniquement le ticket modérateur.



Il peut être exonéré totalement du paiement de ce ticket modérateur en fonction de sa situation personnelle ou si celui-ci est pris en charge par un organisme tiers ayant passé une convention à cet effet avec le Groupe hospitalier Saintes Saint-Jean-d'Angély.

Les patients devant s'acquitter de l'intégralité des frais de soins externes ou du paiement du seul ticket modérateur sont amenés à payer ces sommes en régie préalablement ou à l'issue de la consultation et/ou des actes effectués.

Le service social de l'hôpital assiste les personnes démunies pour leur faciliter l'accès aux consultations notamment pour l'obtention d'une couverture sociale.

Article 134: Chambre particulière

Les patients peuvent demander à être admis dans une chambre particulière qui entraîne un coût supplémentaire. Ces chambres particulières ne peuvent être attribuées qu'après avoir pris en considération les priorités médicales au sein du service.

Article 135 : Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les malades hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement par le Directeur.

Chapitre 4 La sortie du patient

Section unique

Article 136 : Modalités de la sortie

La sortie donne lieu à l'édition d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation, celui-ci doit être récupéré au service des admissions. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation. Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Le praticien qui a adressé le patient au groupe hospitalier en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'hôpital en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Néanmoins, un exemplaire papier doit être systématiquement remis au patient, y compris à la sortie du service des urgences.

Article 137 : Sortie contre avis médical

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le groupe hospitalier Saintes Saint Jean d'Angély.

Par exception, cet article n'est pas applicable aux patients suivants :

- Les patients mineurs,



- Les patients admis en soins sans consentement,
- Les patients sous mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle ...),
- Les patients gardés à vue ou faisant l'objet d'une audition judiciaire,
- Les patients détenus.

Le patient doit alors signer une décharge consignant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Article 138 : Sortie à l'insu du service

Lorsqu'un patient quitte le groupe hospitalier sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, puis du groupe hospitalier et, enfin, aux abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige, le directeur ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Dans tous les cas, un courrier est adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des risques consécutifs à cette sortie. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient.

Article 139 : Sortie disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut, être prononcée par le directeur Général ou son représentant, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale. Dans ces circonstances et afin d'assurer la continuité des soins, une proposition alternative de soins est faite au patient.

Article 140: Permission de sortie en cours de séjour

Tout patient hospitalisé pour une certaine durée peut bénéficier durant son séjour à l'hôpital de permissions de sortie dont les finalités et la durée varient en fonction du régime d'hospitalisation.

Le patient bénéficie de permission de sortie de durée comprise entre 24 et 48 heures. L'autorisation est donnée par le Directeur sur avis médical conforme.

Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés au sein de l'unité de soins. Lorsqu'un patient ne rentre pas dans les délais impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la mesure où une place est disponible.

Les permissions de sortie peuvent également être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation, dans les mêmes conditions : Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale.

La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement). Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties.



Article 141 : Sortie du mineur en fin d'hospitalisation

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur.

Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale doit(vent) venir le chercher. En cas de refus ou d'impossibilité de se déplacer, une autorisation expresse doit être obtenue pour déterminer les modalités du retour (seul ou accompagné par une tierce personne). A défaut dans cette situation ou en cas de difficultés autres, le directeur général ou son représentant peut suspendre la sortie et/ou saisir le Procureur de la République.

Lorsque le patient mineur a été hospitalisé et que, à sa demande confirmée, le ou les détenteurs de l'autorité parentale n'ont pas été prévenus de la présence du mineur et des soins dispensés, il est confié à sa sortie à la personne majeure qu'il a choisie pour l'accompagner.

Article 142 : Questionnaire de sortie

Un questionnaire de sortie, remis avec le livret d'accueil permet au patient, un de ses proches ou à son représentant légal de faire part de ses observations sur le déroulement de son séjour.

Le directeur communique périodiquement, en CDU puis au conseil de surveillance, à la CME, et à la CSIRMT, les résultats de l'exploitation des questionnaires de sortie.

Les questionnaires sont conservés 1 an et peuvent être consultés par le directeur général de l'ARS.

Chapitre 5 Dispositions particulières relatives aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

L'ensemble des dispositions relatives aux patients sont également applicables aux patients admis dans les unités de soins de longue durée mais les besoins particuliers de ces patients rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour. De plus des dispositions plus spécifiques sont inscrites au sein du livret d'accueil de l'USLD Aquitania.

Article 143 : Libre choix de la personne

La personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord.

Préalablement à son admission, le patient doit être pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- Les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance ;
- Les montants des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge par les organismes de protection sociale et les collectivités départementale.

Article 144 : Modalités de l'admission et d'accueil du patient en USLD

Le groupe hospitalier remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte de la personne hospitalisée ainsi que la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et un contrat de séjour.

Le contrat de séjour a pour objet de déterminer les objectifs, la nature de la prise en charge du résident et de fixer les prestations offertes ainsi que leurs coûts.

L'accueil du patient est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. L'établissement veille à ce que le patient reçoive lors de son séjour toute l'aide qui lui est nécessaire pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.



Article 145 : frais de séjour

L'établissement est soumis aux règles du Code de l'action sociale et des familles relatives aux USLD et EHPAD rattachés à un établissement public de santé et à celles de la comptabilité publique hospitalière.

Il est partiellement habilité à recevoir des résidents admis à l'aide sociale pour lesquels les tarifs afférents à l'hébergement sont arrêtés par le Président du Conseil Départemental. Concernant les résidents non admis à l'aide sociale, les tarifs sont arrêtés par le directeur général du groupe hospitalier.

Article 146 : relations avec les familles

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein de l'établissement doit être encouragée et facilitée. Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien du patient : présence la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas, permission de sortie.

Article 147: domicile du patient

La chambre des patients est considérée comme leur domicile. Les patients sont tenus de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat est remise à l'établissement. Le résident peut apporter des petits éléments de mobilier dans les limites de l'espace restant à sa disposition dans la chambre et des nécessités de service.

Chapitre 6 Dispositions relatives aux naissances et aux décès

Section 1 Les naissances

Article 148 : déclaration de naissance – cas général

Les naissances ayant lieu au sein du groupe hospitalier sont déclarées par le père ou à défaut du père par les médecins, sages-femmes ou tout autre professionnel ayant assisté à l'accouchement. Cette déclaration est effectuée, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement.

Article 149 : déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès.

L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse. La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du groupe hospitalier.

Section 2 Les décès

Le règlement intérieur de la Chambre mortuaire du Groupe hospitalier détaille plus amplement le fonctionnement de cette dernière ainsi que les procédures applicables en cas de décès



Article 150 : attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du groupe hospitalier dûment habilité.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discréction souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein de l'établissement y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le groupe hospitalier d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation.

Article 151 : annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin sauf exceptions prévues par la réglementation nationale. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens (*en tenant compte notamment de la personne à prévenir inscrit dans le dossier du patient, le cas échéant, ou de la personne de confiance*).

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil départemental ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Article 152 : Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le personnel soignant (infirmiers ou aides-soignants):

- procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables, selon mode opératoire spécifique du RI de la chambre mortuaire;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient, selon les modalités prévues à l'article du RI « Objets abandonnés ou déposés par le Défunt » ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

Le décès doit être constaté par un médecin (ou autre professionnel de santé habilité par une réglementation particulière) qui doit remplir :

- une fiche d'identification destinée à la direction du groupe hospitalier comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « Le décès paraît réel et constant » ;
- un « certificat de décès », établi sur un document officiel, qui est remis à la famille (ou à son mandataire) en vue d'accomplir les formalités de déclaration du décès auprès de la mairie.

L'agent du bureau de l'état civil du groupe hospitalier doit annoter pour sa part :

- le registre des décès du groupe hospitalier;
- le registre de suivi des corps ;



- à la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune (à noter qu'il est possible que l'enregistrement se fasse informatiquement, avec la procédure de transmission du certificat de décès par voie dématérialisée).

Si le patient décédé était porteur d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile et renfermant des radioéléments, le médecin ayant constaté le décès et rempli le certificat de décès atteste du retrait de cette prothèse par ses soins ou, en cas d'absence de retrait, mentionne sa présence sur le certificat de décès.

En cas d'absence de retrait, un thanatopracteur peut procéder à ce retrait dans un second temps, si le médecin constatant le décès ne l'a pas réalisé lui-même.

Article 153: Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur Général ou son représentant, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire. Le lieu de la constation et le corps doivent être autant que possible laissés en l'état jusqu'à l'arrivée des forces de l'ordre afin de ne pas nuire à l'enquête.

Article 154 : Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes au minimum via l'application Crossway. Les vêtements et objets usuels sont remis à la famille. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement versés dans la caisse du comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droits.

Lorsque les personnes décédées au sein du groupe hospitalier y ont été traitées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit à l'établissement. Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets.

Article 155 : Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens du défunt, le corps peut être déposé à la chambre mortuaire. En toute circonstance, la présentation du corps doit se dérouler dans un lieu spécialement préparé et conforme aux exigences de discréption et de recueillement. Les agents concernés du site prennent en compte, si possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits exprimés au sujet des pratiques religieuses lors de la présentation du corps ou de la mise en bière. Un espace dédié permet la réalisation de soins rituels par une personne extérieure. Le séjour dans la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée à l'hôpital ne donne pas lieu à facturation pendant les trois premiers jours. Au-delà, un tarif fixé annuellement par le directeur de l'établissement est perçu pour chaque jour supplémentaire.

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public.

Article 156 : Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

En outre, le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé, et après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.



Article 157 : Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Le transport est subordonné à une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération de transport, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

Ce transport doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- à la mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- à l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un médecin du groupe hospitalier Saintes-Saint-Jean-d'Angély ; ;
- à l'accord écrit du Directeur Général du groupe hospitalier ou de son représentant ;
- à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel.

Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le directeur du GH de son opposition. Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire du Groupe hospitalier Saintes-Saint-Jean-d'Angély.

Article 158 : Transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par une entreprise agréée. Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

Les opérations de transports avant et après mise en bière, ont lieux pendant les heures d'ouverture et se terminent avant les heures de fermeture de la chambre mortuaire.

Article 159 : opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le groupe hospitalier tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres.

La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Dans le cas d'un patient qui n'aurait pas souscrit de contrat-obsèques ou sans proche connu au moment de son décès susceptible de pourvoir à l'organisation des opérations funéraires, l'hôpital applique la procédure relative à la gestion des corps non-réclamés. Ainsi, le Groupe hospitalier fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. A défaut, l'établissement applique les dispositions concernant les indigents en lien avec les services municipaux. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.



Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

Article 160 : Liberté de choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein de l'établissement.

Il est également strictement interdit aux agents, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

Article 161 : liberté des funérailles et dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée. Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du groupe hospitalier afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens de l'établissement au profit d'une structure médicale de leur choix ou au fonds de mécénat du groupe hospitalier.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents de l'établissement ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées en EHPAD. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie.

En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal judiciaire, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

Article 162 : Don du corps

Le don du corps (qui diffère du don d'organes à visée thérapeutique) ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès. Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

Les frais de transport du corps, du GH vers l'établissement d'enseignement, est à la charge de ce dernier. Il assure également, à ses frais, l'inhumation ou la crémation du corps.

L'établissement d'enseignement peut toujours refuser le don d'un corps s'il n'en a pas l'utilisation. Il revient alors à la famille de prendre en charge les funérailles. Celle-ci en est informée par les agents de la chambre mortuaire du GH.

Un corps ayant fait l'objet d'une procédure médico-judiciaire ne peut faire l'objet d'un don à la science.



Chapitre 7 Gestion des relations avec les usagers et qualité de la prise en charge

Section 1 Les relations avec les usagers

Article 163: Recueil de la satisfaction des patients

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des soins et de l'accueil, le groupe hospitalier met en œuvre un dispositif structuré de recueil de la satisfaction des usagers.

À ce titre, des questionnaires de satisfaction sont remis aux patients à l'issue de leur séjour :

- un questionnaire papier est proposé dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique ;
- un questionnaire spécifique, adapté à la nature des prises en charge, est mis à disposition dans les autres services.

En complément, les patients peuvent être invités à remplir un questionnaire de satisfaction en ligne, notamment dans le cadre de la démarche nationale portée par la Haute Autorité de Santé (questionnaire e-Satis). Ce questionnaire est adressé par voie électronique, sous réserve que le patient ait expressément consenti à la communication de son adresse électronique lors de son admission ou de son séjour.

La participation à ces enquêtes est facultative, mais vivement encouragée. Les réponses, anonymisées, font l'objet d'une exploitation confidentielle par la direction qualité, afin de contribuer à l'amélioration des prestations et à la satisfaction globale des usagers.

Article 164 : Réclamation auprès du directeur

Indépendamment de la faculté qui leur est offerte de s'exprimer dans le questionnaire de sortie, le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au Directeur général de leurs observations et s'il y a lieu de leurs réclamations ou plaintes.

Le Directeur général accueille réception des demandes et réclamations présentées par écrit, en donnant possibilité à toute personne ne pouvant s'exprimer à l'écrit, de le faire oralement.

Le Directeur général fournit les explications sollicitées et répond aux demandes formulées à partir des éléments recueillis auprès des personnes et services concernés.

En outre, l'usager a la faculté de faire une demande de rencontre du médecin médiateur qui est désigné par le chef d'établissement.

Le médiateur saisi rencontre l'usager dans les plus brefs délais. Il adresse le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants au président de la commission des usagers.

Le médiateur transmet alors sans délai son compte-rendu au patient et aux membres de la commission des usagers.

Si les patients estiment dommageable à leur égard la prise en charge de l'hôpital, ils peuvent saisir d'une demande d'indemnisation soit le directeur général, soit la commission de conciliation et d'indemnisation, soit la juridiction compétente.

Le directeur général, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu en toute hypothèse de faire connaître les voies de recours ouvertes.



Article 165 : La Commission des usagers

La CDU reçoit des informations concernant :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparée par la CME ainsi que les avis, voeux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves survenus au cours des 12 mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- Une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins ;
- Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

A partir notamment de ces informations, la commission :

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

La commission peut proposer un projet des usagers. Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement. Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

Article 166: Voies de recours des usagers

Les victimes d'un préjudice matériel, moral ou corporel imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins disposent de trois voies de recours :



- La demande amiable formulée auprès de l'établissement de santé : La réclamation est adressée directement à la Direction des relations avec les usagers qui traitera le sinistre en collaboration avec l'assureur en responsabilité civile ;
- La saisine de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux (CCI) : Cette dernière est une instance indépendante permettant de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux ;
- Le recours auprès du Tribunal Administratif : celui-ci peut ordonner une expertise qui permettra de trancher le contentieux de manière définitive en se prononçant sur l'indemnisation de l'usager et sur la responsabilité de l'établissement de santé.

Section 2 La qualité de la prise en charge

Article 167 : Organisation de la sécurité et de la qualité des soins délivrés aux usagers

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constitue une priorité et un axe majeur de l'action de l'établissement. Elle passe par la mise en œuvre d'une politique transversale qui concerne tous les acteurs de l'établissement et toutes les catégories professionnelles.

Par ailleurs, le groupe hospitalier Saintes- Saint-Jean-d'Angély garantit, au sein de ses structures, la mise en œuvre de l'ensemble des dispositifs de sécurité sanitaire, notamment liés aux vigilances sanitaires définies dans le cadre du Code de la santé publique. En particulier, il organise les processus permettant à tout professionnel hospitalier ayant connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif ou équipement médical, d'une infection nosocomiale, d'alerter immédiatement le correspondant local assurant, au sein de l'établissement, la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

Enfin, le groupe hospitalier met en place l'évaluation des pratiques professionnelles notamment prévue dans le cadre de la démarche de certification engagée auprès des organismes nationaux compétents. Dans le même temps, il permet aux praticiens de ses services d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances et leurs savoirs dans la discipline médicale, odontologique ou pharmaceutique dans laquelle ils exercent.

La CME, conjointement avec la direction de la qualité, impulse et contribue à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Article 168 : Définition de la démarche de certification

La procédure de certification donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Elle vise à poser une appréciation indépendante sur la qualité de l'établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Article 169 : Organisation de la démarche de certification

Le déroulement de la procédure de certification s'appuie sur une organisation institutionnelle interne et sur la composition d'équipes pluridisciplinaires au sein de l'établissement.

Le comité de pilotage qualité contribue à entretenir la dynamique de la démarche et la Cellule opérationnelle décline sur le terrain les orientations de ce dernier.

Le comité de pilotage qualité :

- Valide les objectifs à atteindre et les moyens à mobiliser,



- Valide et priorise les propositions d'actions des équipes,
- Crée des groupes de travail transversaux constitués en fonction des actions prioritaires qu'il a validé.

La Direction Qualité :

- Suit l'état d'avancement des démarches et les synthétise à destination du comité de pilotage,
- Coordonne les groupes d'auto-évaluation sur les référentiels de la haute autorité de santé,
- Assiste, les groupes de travail transversaux définis par le comité de pilotage de la qualité et les équipes d'auto-évaluation,
- Soumet au comité de pilotage qualité toutes les suggestions permettant de satisfaire aux exigences de l'HAS.



Titre III DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

Chapitre 1 Conditions de travail

Section unique

Article 170 : Temps de travail

L'organisation horaire est propre à chaque service.

Tout retard doit être justifié auprès de l'autorité hiérarchique. Les retards réitérés non justifiés peuvent entraîner une sanction.

Toute absence doit être justifiée dans les plus brefs délais, sauf cas de force majeure.

L'absence pour maladie ou accident devra, sauf cas de force majeure, être justifiée dans un délai de 48 heures par l'envoi d'un certificat médical indiquant la durée probable de l'absence.

Tout congé pour maladie d'un agent peut faire l'objet d'une contre-visite médicale à laquelle l'agent doit se soumettre.

Article 171 : Sorties pendant les horaires de travail

Les agents ne peuvent quitter leur lieu de travail pendant les heures de service sauf autorisation expresse de l'autorité hiérarchique.

Article 172 : Usage du matériel

Tout membre du personnel est tenu de conserver en bon état le matériel qui lui est confié en vue de l'exécution de son travail ; il ne doit pas utiliser ce matériel à d'autres fins, et notamment à des fins personnelles, sans autorisation.

Il est interdit d'emporter tout objet ou document appartenant à l'établissement sans autorisation.

Les véhicules de service ne peuvent être conduits que par les agents autorisés et titulaires des permis et qualifications requis, précédemment muni d'un ordre de mission.

Article 173 : usage des locaux

Les locaux non ouverts au public sont réservés exclusivement aux activités professionnelles des agents. Il ne doit pas y être fait de travail personnel.

Il est interdit de faire circuler, sans autorisation des supérieurs hiérarchiques, des listes de souscription ou de collecte.

Le vestiaire de chaque agent est privé et ne peut être ouvert à son insu sauf en cas de force majeure ou sur décision des autorités judiciaires.

Chapitre 2 Obligations du personnel

Section 1 Les principes fondamentaux liés au respect du patient

Article 174 : accueil des patients et de leur famille

A tout niveau de responsabilité et à tout instant, le personnel s'efforce d'assurer aux patients dont il a la charge, le maximum de confort physique et moral.



En toutes circonstances, les personnels doivent adopter une attitude respectueuse à l'égard du patient et de ses proches.

Sauf opposition expresse consignée dans son dossier médical, les familles, les proches et les personnes de confiance de la personne malade, doivent être accueillis et informés avec tact et ménagement en toutes circonstances.

Article 175 : Identification des personnels

Afin d'être facilement identifiables, les personnels sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur carte professionnelle précisant notamment leur nom, leur prénom et leur qualité. Toutefois, lorsque des motifs liés à la sécurité des personnes le justifient, certains agents, notamment les soignants, peuvent être autorisés à porter un badge ne comportant que leur prénom afin de préserver leur anonymat.

Article 176 : Respect de la liberté de conscience des patients et des visiteurs

Les paroles, actions ou inactions de l'agent public doivent être dictées uniquement par l'intérêt du service public et non par des convictions personnelles politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. Il en résulte qu'aucune forme de prosélytisme, de propagande ou de pression ne doit être exercée sur les patients ou leur famille. Ces derniers doivent notamment être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical.

Aussi, tout agent, étudiant ou stagiaire intervenant au sein de l'établissement est également soumis à une obligation de neutralité. Il lui est donc interdit de porter des signes religieux durant son activité.

Article 177 : Secret professionnel

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

Institué dans l'intérêt des patients, le secret professionnel est un principe fondamental, applicable à tout professionnel de santé et toute personne intervenant pour le compte de l'établissement. Le secret couvre tout ce qui est porté à leur connaissance dans le cadre de leur mission, c'est- à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il peut y être dérogé uniquement dans les cas de révélation strictement prévus par la loi. La violation du secret professionnel est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

En cas de non-révélation d'actes dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toutes mesures utiles pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Néanmoins un professionnel peut, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger avec un ou plusieurs professionnels des informations relatives à une même personne, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Certains professionnels de santé peuvent également avoir accès au dossier d'un patient, dans le cadre des gardes médicales, ou pour les professionnels relevant d'équipes transversales telles que les urgences, les anesthésistes et les plateaux techniques (imagerie, blocs opératoires, explorations fonctionnelles).

Cet accès étendu vise à prendre en charge dans les meilleures conditions possibles un patient, dans l'intérêt de la sauvegarde de son état de santé.

Article 178 : Prise de vue et utilisation de l'image

Tout personnel qui, dans l'exercice de ses fonctions, est amené à réaliser, utiliser ou conserver des images d'un patient,



d'un visiteur ou d'un professionnel de l'établissement doit préalablement obtenir le consentement écrit de la personne concernée. Il s'engage également à respecter la législation en vigueur en matière de droit à l'image, telle que rappelée à l'article 70.

Article 179: Information sur l'identité des personnels

Il convient que tout agent respecte le principe d'identification établi dans un souci de facilitation des relations avec les patients comme des relations interprofessionnelles.

Ainsi, les agents doivent décliner leur identité professionnelle lorsqu'ils reçoivent ou émettent une conversation téléphonique.

Section 2 Les principes de bonne conduite professionnelle

A) Obligations statutaires

Article 180 : Obligation d'exercice personnel des fonctions

Tout personnel, quel que soit son rang, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il en résulte que l'agent nommé sur un poste à l'occasion de son recrutement ou lors d'un changement d'affectation doit y assumer ses fonctions.

A défaut, toute absence non signalée ou non justifiée sera considérée comme une absence irrégulière. Elle entraînera une retenue sur salaire et peut à terme justifier une radiation des cadres pour abandon de poste.

Article 181 : Obligation d'exercice exclusif des fonctions et interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Le code général de la fonction publique impose aux personnels de l'hôpital de consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées.

Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il est interdit à l'agent public :

1° De créer ou de reprendre une entreprise immatriculée au registre du commerce et des sociétés ou au registre national des entreprises en tant qu'entreprise du secteur des métiers et de l'artisanat ou affiliée au régime prévu à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale ;

2° De participer aux organes de direction de sociétés ou d'associations à but lucratif ;

3° De donner des consultations, de procéder à des expertises ou de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ne relevant pas du secteur concurrentiel ;

4° De prendre ou de détenir, directement ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre son indépendance ;

5° De cumuler un emploi permanent à temps complet avec un ou plusieurs autres emplois permanents à temps complet sauf dérogation prévue par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps.

Les exceptions au non cumul sont listées aux articles L. 123-2 et suivants du Code général de la Fonction publique. Une autorisation de cumul d'activités devra, le cas échéant, être sollicitée auprès de l'Administration. Elle doit s'exercer en dehors des heures ou obligations de service.



Les agents occupant un emploi permanent à temps non complet ou incomplet pour laquelle la durée du travail est inférieure ou égale à 70% (pour les non médicaux) et de 90% pour les médecins de la durée légale ou réglementaire du travail, peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative dans les conditions compatibles avec leurs obligations de service et sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service public sur simple déclaration.

Article 182 : Responsabilité relative aux biens détenus ou déposés par les hospitalisés

Aucun agent de l'établissement ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort. Il convient de respecter le protocole rédigé à cet effet.

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

Lorsqu'un agent trouve un objet abandonné dans l'enceinte du GH par un patient à l'issue de son séjour dans l'établissement, il doit le remettre au trésorier suivant la même procédure que lorsqu'il recueille les biens d'une personne hors d'état de manifester sa volonté.

Article 183 : Obligation de probité et de désintéressement

Les personnels de l'établissement ne peuvent prendre par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec l'hôpital qui soient de nature à compromettre leur indépendance.

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une entreprise en relation avec l'hôpital, ils doivent en informer le directeur général pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, et d'autant plus s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de l'entreprise.

Sont applicables dans ce domaine, des sanctions non seulement disciplinaires mais également pénales.

Article 184 : Obligation de neutralité

Dans l'exercice de ses fonctions, le personnel est tenu à l'obligation de neutralité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses de quelque manière que ce soit y compris par des signes extérieurs notamment vestimentaires. Il appartient au chef de service de veiller au respect de ce principe dans son service.

Article 185 : Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Le fait, pour tout membre du personnel de recevoir, exiger ou ordonner de recevoir une somme qu'elle sait ne pas être due ou de détourner tout objet qui lui a été remis en raison de ses fonctions, est strictement prohibé et peut être passible de poursuites et de sanctions pénales.

Article 186 : Devoir de réserve

Tout membre du personnel doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Dans l'exécution de leur service, les agents doivent s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers et les autres agents.

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers.

Le devoir de réserve ne concerne pas le contenu des opinions mais leur mode d'expression. Le droit de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.



Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public par les usagers.

Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de service.

Article 187 : Tenue vestimentaire

Une tenue appropriée est exigée de l'ensemble du personnel. Elle doit être compatible avec les principes de neutralité et de laïcité du service public, ainsi qu'avec les règles d'hygiène.

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services de soins de l'établissement doivent porter la tenue vestimentaire fournie par l'hôpital, lorsqu'elle est mise à leur disposition. Le port de cette tenue est obligatoire pendant toute la durée de leur service.

Des moyens de protection collective et/ou individuelle adaptés aux risques sont mis à la disposition du personnel afin de préserver leur santé et de garantir leur sécurité. Les équipements de protection individuelle doivent être utilisés conformément aux recommandations du fabricant et aux consignes de sécurité en vigueur.

Tout agent qui ne porte pas les équipements de protection individuelle mis à sa disposition engage sa responsabilité et s'expose à des sanctions disciplinaires. En cas de défaut ou de dysfonctionnement constaté sur un équipement de protection individuelle, l'agent concerné doit en informer sa hiérarchie sans délai.

Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur du groupement hospitalier en dehors des horaires de service, à l'exception des agents de la sécurité. Le port des tenues de bloc opératoire est strictement réservé à cet usage et est interdit en dehors des unités concernées.

Les agents sont tenus de faire nettoyer leur tenue de travail par le service de blanchisserie, en utilisant le circuit interne de collecte du linge sale.

B) Obligation envers les supérieurs hiérarchiques

Article 188 : Exécution des ordres reçus

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

Le refus d'obéissance constitue une faute professionnelle.

Ainsi, l'agent doit se-conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

De même, sous réserve des règles applicables aux professions réglementées, en cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent, ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail, ne peut s'y soustraire en invoquant le motif que cette tâche n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Enfin, lorsque l'agent a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, il peut alors faire valoir son droit de retrait.

Article 189 : Information du supérieur hiérarchique

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a eu connaissance à l'occasion de son service ou qui pourrait impacter l'exercice de ses fonctions (ex : le retrait de permis pour un ambulancier).



Article 190 : Information concernant les événements indésirables

Tout agent qui constate un événement indésirable qui a causé ou aurait pu induire des conséquences pour un patient, un personnel ou un bien de l'établissement doit en informer la direction générale et son supérieur hiérarchique direct.

La transmission à la direction générale s'effectue au moyen d'une fiche de signalement des événements indésirables, disponible sur le portail intranet de l'établissement. L'agent peut remplir seul cette fiche ou se faire aider par le personnel d'encadrement.

Article 191 : Témoignage en justice ou auprès des forces de l'ordre

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des forces de l'ordre sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le directeur et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

C) Obligations générales

Article 192: Données à caractère personnel

Les données personnelles confiées au groupe hospitalier Saintes-Saint-Jean-d'Angély lors des venues des patients en consultation ou hospitalisation sont enregistrées et conservées dans son système d'information. Ce dernier gère également les données personnelles de ses salariés à des fins de gestion administrative de leur activité professionnelle et de leur carrière. L'établissement est le garant de la confidentialité de ces données personnelles.

Article 193 : Utilisation des moyens informatiques du groupe hospitalier

L'utilisation des moyens informatiques du Groupe hospitalier mis à disposition d'un agent public dans le cadre de la relation de travail est limitée au strict cadre et aux seuls besoins de l'activité professionnelle et ne peut comporter que subsidiairement des informations relevant de l'intimité de la vie privée dans les conditions précisées par le règlement.

Sont strictement prohibées les utilisations contraires aux lois et règlements en vigueur et notamment celles qui ont pour objet ou pour effet la diffusion d'idéologies politiques ou qui sont de nature à porter atteinte aux bonnes mœurs, à la dignité, à l'honneur ou à la vie privée des personnes.

La direction exerce une surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable et dans le respect de la loi.

Article 194 : Le Délégué à la Protection des Données

Dans le cadre de l'application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le groupe hospitalier a mis en place un délégué à la protection des données, désigné par le directeur général.

Le délégué agit d'une manière indépendante et bénéficie d'une protection suffisante dans l'exercice de ses missions. Le délégué à la protection des données est principalement chargé :

- d'informer et de conseiller le responsable de traitement des données informatiques, ainsi que les agents ;
- de contrôler le respect de la réglementation en vigueur relative à la protection des données ;
- de contrôler et vérifier les analyses d'impact relative à la protection des données ;
- de coopérer avec l'autorité de contrôle, la CNIL, et d'être le point de contact de celle-ci.
- Sensibiliser à la culture informatique et libertés.

En cas de difficulté dans l'exercice des droits concernant la collecte, conservation et transmission de leurs données personnelles, les patients peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données du GH en contactant le secrétariat de la direction générale.

Le patient dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).



Article 195 : Tabac et cigarette électronique

Conformément à la législation, il est strictement interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts du Groupe hospitalier, qu'il s'agisse des locaux dédiés à l'accueil et aux soins des patients ou aux activités techniques et administratives.

Les mêmes restrictions s'appliquent à l'usage de la cigarette électronique ou vapoteuse.

Les agents qui quittent momentanément le service afin de pouvoir fumer à l'extérieur de l'hôpital doivent veiller à ne pas s'absenter au-delà des temps de pause réglementairement prévus.

Il est également interdit de fumer à proximité des entrées des bâtiments, des fenêtres, des produits dangereux et inflammables.

Des équipements spécifiques, tels que les espaces aménagés et dotés de signalétique apparente, sont mis à la disposition des fumeurs dans le but d'assurer un environnement sain et sécurisé pour l'ensemble du personnel et des usagers. Il est impératif que les fumeurs respectent rigoureusement la propreté de ces lieux, en veillant à ne pas jeter leurs mégots de cigarette au sol ou dans les poubelles ordinaires, mais exclusivement dans les collecteurs de mégots « Eco Mégots » mis à leur disposition à cet effet.

Article 196: Alcool et substances illicites

L'introduction et la consommation, dans les locaux de l'établissement, de boissons alcoolisées sont interdites sauf en cas d'évènements institutionnels ou de manifestations festives ponctuelles validés par la Direction.

En cas de non-respect de cette règle, une procédure disciplinaire peut être engagée. Des contrôles d'alcoolémie peuvent être effectués afin de prévenir ou de faire cesser une situation dangereuse, sur des postes définis au préalable par le médecin du travail (article R4228-21 du code du travail).

L'introduction et la consommation de substances psychoactives (cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) interdites par la loi sont strictement interdites au sein de l'Institution (article L628 du code de la santé publique pour la consommation privée de produits stupéfiants, par exemple). A défaut, elles peuvent donner lieu à un engagement de la procédure disciplinaires et à un signalement à la justice, conformément à l'article 40 du code de procédure pénale

Article 197 : Moyens de communication personnels et réseaux sociaux

L'utilisation du téléphone portable à des fins personnelles est autorisée, à condition qu'elle reste modérée et ne compromette ni la continuité du service ni la sécurité des soins. Elle s'effectue pendant les temps de pause. Toute utilisation excessive ou inappropriée est susceptible de faire l'objet de sanctions disciplinaires.

L'utilisation des réseaux sociaux dans un cadre privé, quel que soit l'outil, engage la responsabilité de l'agent dès lors que celui-ci mentionne sa qualité ou son lien avec l'établissement. L'agent s'abstient de tout comportement en ligne portant atteinte à l'image de l'établissement. Sont notamment interdits :

- les propos dénigrants à l'égard de l'établissement ou des collègues ;
- les prises de position publiques sur des sujets sensibles ;
- la publication de données, d'images ou de vidéos relatives aux patients ou prises dans les locaux de l'établissement, y compris lorsqu'elles sont anonymisées, dès lors qu'elles sont susceptibles de porter atteinte au secret professionnel.

Article 198 : Respect de l'identité visuelle

Le groupe hospitalier Saintes Saint Jean d'Angély est doté d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité, notamment exprimée par son logo et sa charte graphique, ainsi que par les logos des différentes entités qui le composent.



Les personnels veillent en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent.

Article 199 : Respect de la politique d'affichage

L'affichage destiné au personnel est régi par une politique interne définie par l'établissement, laquelle précise les lieux, supports et modalités autorisés pour la diffusion d'informations par les agents, les services ou les représentants du personnel.

Tout affichage effectué en dehors de ce cadre, notamment en des lieux non autorisés ou sans validation préalable, est considéré comme un affichage sauvage et est strictement interdit.

La dégradation volontaire des supports d'affichage ou d'un affichage en place pourra également faire l'objet de sanctions disciplinaires.

Article 200 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les agents ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du groupe hospitalier et de ses usagers. Ils doivent participer régulièrement aux formations sécurité incendie et aux exercices d'évacuation. Ils sont tenus d'appliquer sans délai les consignes données par les personnels de sécurité, sous peine de sanction et / ou poursuite.

Les agents ont notamment l'obligation de respecter les mesures barrières imposées afin de lutter contre la propagation des virus.

En tout état de cause, ils doivent se conformer à toute directive imposée par le directeur général, ou son représentant, en matière d'hygiène.

Chapitre 3 Les droits et garanties du personnel

Section 1 Liberté d'expression

Article 201 : Droit de Grève

Le droit de grève est un droit reconnu à l'ensemble du personnel, fonctionnaires et agents non titulaires. Il s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent avec l'obligation d'assurer la continuité du service public.

Ainsi, un service minimum est établi et limité aux seuls services dont le fonctionnement est indispensable à la sécurité des malades et des installations. Ce service minimum organisé par le cadre supérieur doit notamment correspondre aux effectifs d'un dimanche ou d'un jour férié.

En application de la règle du service fait, la participation à un mouvement de grève donne lieu à une retenue sur traitement.

Article 202 : Droits Syndicaux

Le droit syndical est garanti à l'ensemble du personnel de l'établissement qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.



Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Les représentants syndicaux du personnel du groupe hospitalier bénéficient d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable.

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

Article 203 : Liberté d'opinion

Les agents de l'établissement sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Cette liberté est garantie dans le cadre des lois, règlements et règles statutaires qui la réglementent.

La liberté d'opinion est garantie dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discréetion professionnelle qui incombe à tout agent public.

Section 2 Droits relatifs aux conditions de travail

Article 204 : Droit à la protection fonctionnelle par l'établissement

Le Groupe hospitalier protège l'ensemble de son personnel contre les menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime lors de l'exercice de leurs fonctions (y compris sur les réseaux sociaux).

Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables, la protection fonctionnelle peut être accordée au fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) ou ancien fonctionnaire, et à l'agent contractuel ou ancien agent contractuel employé par l'établissement.

En outre, l'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est poursuivi en justice par un tiers pour une faute de service commise dans l'exercice de ses fonctions (à condition qu'il n'ait commis aucune faute personnelle).

Le groupe hospitalier doit lui apporter une assistance juridique et, le cas échéant, couvrir les condamnations civiles prononcées contre lui. La protection fonctionnelle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat mis à sa disposition pour le représenter et faire valoir ses droits en justice.

Un dispositif de prise en charge des agents victime de violence est en parallèle organisé au sein du groupe hospitalier: les agents peuvent bénéficier, en formulant la demande auprès de la direction des ressources humaines, d'un accompagnement psychologique pris en charge par le groupe hospitalier.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par l'agent par écrit et transmise auprès de sa hiérarchie laquelle la transmettra à la direction compétente.

Article 205: Protection contre le harcèlement moral et sexuel

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer, des propos ou comportements ayant pour objet ou pour effet de dégrader ses conditions de travail, de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre son avenir professionnel.

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Aucun membre du personnel, même de manière non répétée, ne doit subir de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.



Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Le groupe hospitalier assure la protection fonctionnelle de ses agents qui seraient victimes de harcèlement moral et sexuel notamment avec la cellule Prévention des risques professionnels qui se tient à disposition du personnel pour tout signalement.

Par ailleurs, si l'agent souhaite signaler une situation de harcèlement ou discrimination, il peut également être accompagné par le médecin du travail, la psychologue du travail, l'assistante sociale, en complément de la cellule.

Article 206 : Le droit de retrait

L'agent dispose du droit de se retirer d'une situation de travail, dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. L'agent alerte alors immédiatement sa hiérarchie oralement ou par écrit, il dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou du lieu de travail, ce qui ne signifie pas nécessairement l'arrêt de tout travail effectif.

Il reste néanmoins à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour constater la réalité de cette situation de danger et prend les dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger. L'agent ne peut quitter l'établissement sans autorisation préalable.

Section 3 Droits divers

Article 207: Égalité de traitement

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

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

Le groupe hospitalier garantit aux différents sexes et genres une égalité totale au niveau du recrutement, de l'avancement de carrière et de la rémunération.

Article 208 : Droit d'accès au dossier administratif

Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées dans son dossier détenu par la direction des ressources Humaines. Ce dossier peut être consulté par l'agent à sa demande.

Une copie des pièces du dossier peut être remise à l'agent qui en fait la demande.



Il est le seul dossier opposable à l'agent. Les documents détenus au niveau des pôles ne peuvent comporter que des informations intéressant la gestion quotidienne

En application du RGPD, l'agent doit également, s'il en fait la demande, avoir accès aux informations suivantes :

- les modalités de traitements des données personnelles,
- les coordonnées du responsable de traitement des données ou du délégué à la protection des données,
- la catégorie des données concernées;
- la durée de conservation des données personnelles,
- le destinataire des données.

L'employeur doit rappeler les droits de l'agent sur ses données personnelles et les modalités d'exercice de ce droit.

Article 209 : Droit relatif à l'utilisation des données personnelles de l'agent

L'agent dispose du droit de :

- demander à l'administration du GH l'accès aux données à caractère personnel le concernant, la rectification, l'effacement et/ou la limitation du traitement de données personnelles ;
- d'opposition au traitement de données personnelles pour des motifs légitimes, ainsi que d'un droit d'opposition à ce que les données soient utilisées à des fins de prospection ;
- demander la portabilité de données dans la mesure où cela est applicable ;
- retirer son consentement à tout moment lorsque le traitement des données repose sur son consentement ;
- définir des directives générales et particulières définissant la manière dont il entend que soient exercés, après son décès, ces droits ;
- la possibilité de transférer les données à un tiers.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de ses données, l'agent peut contacter le délégué à la protection des données (DPD).

Article 210 : Droit à la formation professionnelle

Les personnels peuvent accéder à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion.

Le groupe hospitalier Saintes- Saint-Jean-d'Angély élabore chaque année un plan de formation pour ses agents, en vue notamment de maintenir, de parfaire ou d'adapter leurs compétences aux missions exercées après avis du comité social d'établissement.

Section 4 Services à la disposition des personnels de l'établissement

Article 211: Restauration sur place

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas au sein de l'établissement. Plusieurs sites de restauration sont prévus à cet effet sur les différents sites du GH. Les frais des repas payés auprès des différents points de restauration sont directement déduits du traitement.

Article 212 : Blanchisserie

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont assurés par la blanchisserie de l'établissement

Article 213 : Vestiaires

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail qui peut y déposer ses effets et objets personnels.



Chaque casier est numéroté et identifié de la manière suivante : nom/prénom/fonction/service. L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures raisonnables pour assurer la sécurité des lieux de dépôt et se dégage de toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

Article 214: Santé au travail

Un service de santé au travail chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail) est organisé dans l'établissement.

Tout agent public de l'établissement bénéficie d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé en tenant compte de la nature du poste et de la catégorie de l'agent.

Article 215 : Internat

Les internes du groupe hospitalier sont logés et nourris à l'internat dans la limite des places disponibles. Conformément au statut de l'interne, les internes non logés ou non nourris ont droit à une compensation. L'internat fait partie intégrante du groupe hospitalier, les espaces collectifs sont soumis au présent règlement intérieur et notamment aux règles relatives à la sécurité.

Articles 216 : Crèches

Deux crèches à proximité des sites respectifs de Saintes et de Saint-Jean-d'Angély, font l'objet d'une convention avec le groupe hospitalier. Des places limitées sont ainsi réservées aux enfants du personnel du GH. Un formulaire peut être remis par le secrétariat des ressources humaines.

Titre IV DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE ET AU STATIONNEMENT

Chapitre 1 Les règles de sécurité générale

Section 1 Dispositions générales relative à la sécurité

Article 217 : Nature et opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour objectif de garantir la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes, des biens et du patrimoine hospitalier, dans le respect du principe de proportionnalité. Elles visent à prévenir tout risque, quel qu'il soit, pouvant compromettre la continuité, la sûreté et la qualité des prestations de soins.

Toute personne présente à l'hôpital doit respecter ces règles de sécurité, suivre les indications données et se conformer aux injonctions du Directeur ou de ses représentants, dans le respect des libertés individuelles.

Article 218 : Pouvoir de police du directeur général

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur Général édicte les règles de sécurité par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service hospitalier, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements.

Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Les personnels sont tenus de se conformer aux indications qui lui sont données à cet effet.

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements



et proportionnées à la gravité de la situation.

Article 219 : Vigipirate

Le Directeur général est responsable de la déclinaison au sein du GH de la posture Vigipirate. Il l'exécute par voie de prescriptions générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service hospitalier, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements.

Ces mesures sont destinées à développer une culture de la sécurité, déployer un système de niveaux qui renforce la capacité de réponse du GH en application du volet santé du plan Vigipirate et à mettre en œuvre des mesures renforçant l'action gouvernementale dans la lutte contre le terrorisme et la radicalisation.

Article 220: Matériels de sécurité générale

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit permettre de faire respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéo surveillance doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application.

Article 221 : Rapports avec les forces de l'ordre et la justice

Le directeur général informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte. D'une manière générale, il s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité sont préservés.

Le groupe hospitalier vise également à travailler dans une démarche de coopération accrue avec l'ensemble des acteurs institutionnels : La Police, la Gendarmerie, la Justice et la Préfecture, afin d'assurer la sécurité des patients, usagers, résidents et personnels de l'établissement.

Un protocole Hôpital Police Justice a été institué à cet effet.

Article 222 : Objets et produits interdits

Il est interdit d'introduire à l'hôpital armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation par le Directeur général ou son représentant, au titre de son pouvoir de police, des objets ou produits en cause le temps du séjour hospitalier, et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

Section 2 La gestion des actes de violence au sein de l'hôpital

Article 223: Respect du calme et de la tranquillité au sein de l'hôpital

Les patients et les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des autres patients, ni gêner le fonctionnement des services.

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 en cas de besoin, appel aux autorités de police.



Tout comportement suspect de la part d'un individu ou d'un groupe d'individus devra être signalé au directeur de garde sans délai. Ce dernier, en fonction de la situation contactera les forces de l'ordre ou le parquet.

Article 224: Atteintes aux biens de l'établissement

Les atteintes aux biens de l'établissement peuvent faire l'objet d'un dépôt de plainte et/ou d'une procédure de remboursement des frais engagés par l'établissement pour réparer les dommages causés.

Chapitre 2 La sécurité de fonctionnement

Section unique

Article 225: Sécurité incendie

Le poste de commandement incendie, présent sur le site de Saintes, assure la sécurité incendie au sein de l'établissement.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au niveau des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

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 et 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 itinéraires d'évacuation ;
- 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.

Article 226 : Astreinte technique

Une astreinte technique est organisée sur les sites de Saintes et de Saint-Jean-d'Angély afin d'assurer, en permanence, la prise en charge des interventions techniques d'urgence nécessaires au maintien de la sécurité et du bon fonctionnement des installations.

Le Directeur général met en œuvre les moyens appropriés pour garantir l'effectivité de ce dispositif, en désignant les intervenants compétents selon l'organisation propre à chaque site.

Article 227 : Formation et respect des consignes de sécurité

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. L'ensemble des personnels du groupe hospitalier est notamment tenu de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement.



Chapitre 3 Les règles de circulation et de stationnement à l'intérieur de l'établissement

Article 228: Accès à l'hôpital

L'accès dans l'enceinte des sites du Groupe hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et aux personnels. Les conditions matérielles de l'accès de ces 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.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonnée à l'autorisation du directeur.

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 interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

Article 229 : Circulation

Les dispositions du Code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du Groupe hospitalier.

La vitesse y est limitée à 20 km/h. Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

Article 230: Stationnement

Le stationnement dans les différents sites du groupe hospitalier n'est pas autorisé en dehors des emplacements matérialisés et/ou aménagés à cet effet.

Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels, aux personnes à mobilité réduite ainsi qu'aux véhicules sanitaires légers. Ces aires sont matérialisées sur le terrain par une signalisation règlementaire.

Un dépôse minute existe sur le site de Saintes devant l'entrée principale. Afin d'assurer son effectivité, le stationnement prolongé y est interdit.

Les personnels du groupe hospitalier disposent de parkings réservés à leur usage. Ils veillent, en se stationnant, à ne pas entraver la circulation routière et les cheminements piétons.

Un parking gratuit sous conditions, sans surveillance ni gardiennage, est également mis à disposition des usagers. Le groupe hospitalier ne peut être tenu responsable des dégradations, vols ou dommages survenus aux véhicules stationnés, sauf en cas de faute ou de négligence qui lui est imputable, notamment en cas de manquement à ses obligations d'entretien ou de sécurité.

La direction du groupe hospitalier encourage fortement aussi bien les personnels que les usagers à se stationner en marche arrière pour raison de sécurité et en prévention d'accidents.

Titre V DISPOSITIONS FINALES

Article 231 : Approbation du règlement intérieur

Le directeur général arrête le règlement intérieur de l'établissement après concertation avec le directoire, avis du conseil de surveillance, concertation du directoire, avis de la CME, consultation du CSE et avis de la CSIRMT.



Article 232 : Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès de la direction générale. Par ailleurs, le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de chacun des personnels dans chaque service de l'établissement. Il fait notamment l'objet d'une information au sein des conseils de pôle.

Article 233 : Mise à jour du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur pourra faire l'objet de mises à jour autant de fois que nécessaire, notamment pour tenir compte de l'évolution de la réglementation, de l'organisation de l'établissement ou des besoins de fonctionnement.

ANNEXES :

- Règlement intérieur de la CME
- Règlement intérieur de la CSIRMT
- Règlement intérieur du CSE
- Règlement intérieur de la Commission des usagers
- Protocole Hôpital Police Justice
- Règlement intérieur de la Chambre Mortuaire
- Charte d'accès et d'utilisation des ressources informatiques



RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU GROUPE HOSPITALIER SAINTES - SAINT-JEAN-D'ANGELY

Adopté après avis des instances consultatives de l'établissement :

- Directoire
- Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)
- Commission des Usagers (CDU)
- Comité Social d'Etablissement(CSE)
- Commission médicale d'établissement (CME)
- Conseil de Surveillance

Fait à Saintes le 10/11/2025

La Directrice générale par intérim



Agnès KLEIN-FEILLETT

