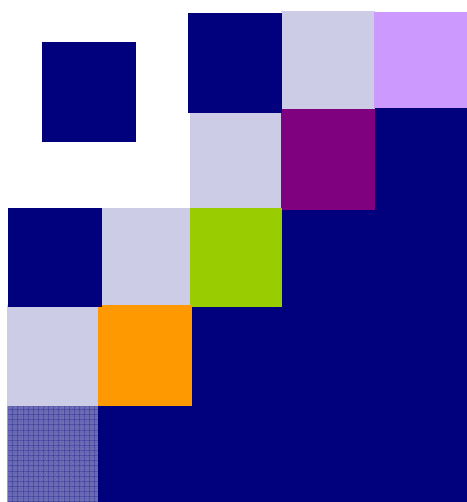




GR O U P E
H O S P I T A L I E R
D U H A V R E



Règlement Intérieur

Juin 2011



PREAMBULE

Le présent règlement intérieur intègre les règles de fonctionnement propres au Groupe Hospitalier du Havre.

Il est tenu à la disposition des malades, des familles, des personnels et de toute personne intéressée.

Il est accessible à partir du réseau Intranet du Groupe Hospitalier du Havre.

Un exemplaire papier est disponible à la Direction Générale du Groupe Hospitalier du Havre, une copie du document est à disposition à la direction de chaque site de l'établissement.

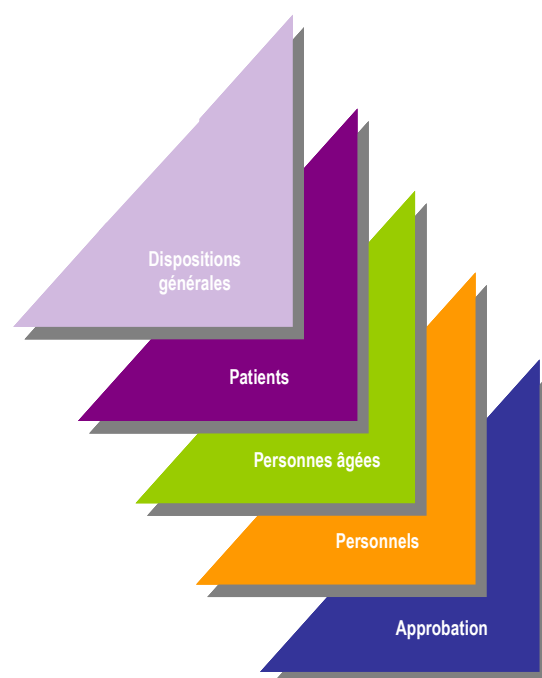
Le règlement intérieur s'applique dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, notamment des jurisprudences des juridictions européennes et nationales, qui prévalent dans tous les cas sur les dispositions du règlement intérieur.

Le Directeur Général du Groupe Hospitalier du Havre veille à l'exécution du présent règlement intérieur dans l'ensemble des structures de l'établissement.

Le règlement intérieur a été soumis à l'avis du Conseil de surveillance du Groupe Hospitalier du Havre et du Comité Technique d'Etablissement, en leur séance du 20 juin 2011, et arrêté par le Directeur à cette même date.



Sommaire



PREAMBULE	2
Chapitre I - DISPOSITIONS GENERALES CONCERNANT L'ETABLISSEMENT	9
Section 1 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE	11
▪ Sous-section 1 : Conseil de Surveillance et Direction	11
▪ Le Conseil de Surveillance	11
▪ Le Directeur Général.....	11
▪ Garde administrative.....	12
▪ Le Directoire.....	12
▪ Sous-section 2 : Instances principales	13
▪ La Commission Médicale d'Etablissement (CME)	13
▪ Le Comité Technique d'Etablissement (CTE).....	15
▪ Sous-section 3 : Instances spécialisées	16
▪ Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL).....	16
▪ Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).....	16
▪ La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	17
▪ Sous-section 4 : les organes des différents dispositifs de vigilance	17
▪ Le comité de coordination des vigilances et de la gestion des risques	17
▪ Le correspondant local de pharmacovigilance des médicaments dérivés du sang.....	18
▪ Le correspondant local de matériovigilance	18
▪ Le correspondant local de radioprotection.....	18
▪ Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)	18
▪ L'équipe opérationnelle d'hygiène	19
▪ La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.....	19
▪ La Commission locale de surveillance des fluides à usage médical	19
▪ Le Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH)	19
▪ L'unité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle.....	20
▪ Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).....	20
▪ La coordination hospitalière de prélèvement des organes et des tissus	20
▪ Le réseau de prélèvements d'organes et de tissus	21
▪ Sous-section 5 : La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC)	21



▪ Sous-section 6 : Les Commissions émanant de la Commission Médicale d'Etablissement	22
▪ Le Collège de l'information médicale	22
▪ La Commission de l'Organisation de la Permanence de Soins (COPS)	22
▪ La Commission de l'activité libérale.....	23
▪ La Commission d'Evaluation des Pratiques Professionnelles et Formation Médicale continue	23
▪ Le Comité d'éthique	24
▪ Le Copil qualité gestion des risques	24
▪ La Commission des admissions non programmées	25
▪ Sous-section 7 : Les commissions émanant du Comité Technique d'Etablissement.....	25
▪ La Commission de formation	25
▪ Sous-section 8 les autres organes consultatifs propres au Groupe Hospitalier du Havre.	25
▪ La Commission qualité.....	25
▪ Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN).....	25
▪ Le Comité de prévention du tabagisme	26
▪ Sous-section 9 : Les organes consultatifs propres à certains pôles.....	26
▪ Le collège des psychiatres.....	26
Section 2 : ORGANISATION DES SOINS.....	26
▪ Sous-section 1 : Organisation médicale interne	26
▪ Organisation en pôles d'activité clinique et medico technique	26
▪ Le pilotage medico administratif	27
▪ Le contrat de pôle	27
▪ Sous section 2 : L'organisation des soins dans les structures sanitaires.....	29
▪ La permanence des soins.....	29
▪ Visite médicale quotidienne	30
▪ Interventions chirurgicales	30
▪ Sous section 3 : Le personnel médical et soignant	31
▪ Dispositions générales.....	31
▪ Sous-section 4 : Information médicale.....	33
▪ Le Département de l'Information Médicale	33
▪ Le traitement automatisé des données nominatives	34
▪ Droit d'accès aux informations de santé.....	34
Section 3 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE	34
▪ Sous section 1 : Nature et opposabilité des règles de sécurité	34
▪ Nature des règles de sécurité	34
▪ Opposabilité des règles de sécurité.....	34
▪ Sous-section 2 : La sécurité générale	35
▪ Accès au Groupe Hospitalier du Havre.....	35
▪ La circulation et le stationnement automobiles.....	35
▪ Le service de sécurité	36
▪ Matériels de sécurité générale.....	36
▪ Règles de responsabilité.....	36
▪ Rapports avec l'autorité judiciaire.....	37
▪ Circonstances exceptionnelles	37
▪ Plan de secours d'urgence (plan blanc)	38
▪ Sous-section 3. La sécurité du fonctionnement.....	38
▪ Garde technique	38
▪ Sécurité incendie	39
▪ Interdiction de fumer	39



▪ Sous-section 5 : la sécurité informatique	39
▪ Connexion au réseau	39
Chapitre II - ADMISSIONS - CONDITIONS DU SEJOUR - SORTIES	
42	
Section 1 : ACCUEIL ET ADMISSIONS DES PATIENTS	42
▪ Sous-section 1 : modalité d'accueil et d'admission des malades	42
▪ Principe du libre choix du malade	42
▪ Accès aux soins des personnes démunies	42
▪ Accueil des malades	42
▪ Livret d'accueil	43
▪ Compétences en matière d'admission	43
▪ Admission en urgence	43
▪ Information des familles et des proches des personnes hospitalisées en urgence	43
▪ Conditions de transfert d'un patient vers un établissement de santé plus approprié	44
▪ Refus d'hospitalisation exprimé par le malade	44
▪ Dépôt des objets	45
▪ Sous-section 2 : régimes d'hospitalisation et de consultation	45
▪ Parcours de soins coordonné	45
▪ Pièces à fournir pour toute prise en charge	45
▪ Modalités de prise en charge des frais d'hospitalisation	46
▪ Sous-section 3 : activité libérale des médecins au sein du Groupe Hospitalier du Havre	47
▪ Modalités d'exercice de l'activité libérale au sein du GHH	47
▪ Activités concernées	47
▪ Conditions d'accès aux soins exercés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien du GHH	47
▪ Modalités d'encaissement des honoraires du praticien	48
▪ Sous-section 4 : dispositions particulières à certains patients	48
▪ Dispositions relatives aux femmes enceintes	48
▪ Dispositions relatives aux militaires et victimes de guerre	49
▪ Dispositions relatives aux malades étrangers	49
▪ Dispositions relatives aux malades ayant la qualité d'évacués sanitaires	49
▪ Dispositions relatives aux malades devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance	49
Section 2 : SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS	49
▪ Sous-section 1 : consentement aux soins	49
▪ Principe du consentement aux soins	49
▪ La personne de confiance	50
▪ Les directives anticipées	51
▪ Dispositions spécifiques à la recherche biomédicale	52
▪ Sous-section 2 : information médicale	52
▪ Information du patient	52
▪ Information de la famille ou de la personne de confiance du patient	53
▪ Information du médecin traitant	53
▪ Le secret à l'hôpital	54
▪ Traitements automatisés des données à caractère personnel	55
▪ Dossier médical du patient	55
▪ Communication du dossier médical	55
▪ Modalités de communication du dossier médical	55
▪ Accès au dossier médical par les médecins de la sécurité sociale	56
▪ Sous-section 3. Qualité des soins	56
▪ Droit du malade à des soins de qualité	56
▪ Prise en charge de la douleur	56
▪ Droit aux soins palliatifs	56



▪	Sous-section 4 : expression par les patients et leur famille de suggestions, de réclamations ou de griefs.....	57
▪	Questionnaire de sortie.....	57
▪	Réclamations et voies de recours.....	57
▪	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC).....	57
	Section 3 : Les conditions de séjour au Groupe Hospitalier du Havre.....	57
▪	Sous-section 1 : principes régissant le séjour.....	57
▪	Règles générales.....	57
▪	Introduction d'objets ou de produits dans l'établissement.....	57
▪	Horaires des visites.....	58
▪	Droits civiques.....	58
▪	Exercice des cultes.....	58
▪	Suivi scolaire des patients mineurs.....	58
▪	Déplacement des personnes hospitalisées dans l'hôpital.....	58
▪	Dispositions relatives au comportement des hospitalisés et aux désordres causés par le malade.....	58
▪	Effets personnels des malades.....	58
▪	Services divers.....	59
▪	Sous-section 2 : service social des malades.....	59
▪	Service social.....	59
▪	Sous-section 3 : droit d'accès à l'hôpital.....	60
▪	Exercice du droit de visite.....	60
▪	Interdiction des réunions publiques.....	60
▪	Règles applicables aux visiteurs.....	60
	Section 4 : SORTIE DES PATIENTS.....	61
▪	Sous-section 1 : conditions de sortie.....	61
▪	Permission de sortie.....	61
▪	Formalités de sortie.....	61
▪	Restitution des objets.....	61
▪	Sous-section 2 : modalités particulières de sortie.....	62
▪	Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation.....	62
▪	Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation.....	62
▪	Sortie des nouveau-nés.....	62
▪	Sortie après refus de soins.....	62
▪	Sortie contre avis médical.....	62
▪	Sortie disciplinaire.....	63
▪	Sortie à l'insu du service.....	63
▪	Transport en ambulance.....	63
	Section 5 : MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES PATIENTS HOSPITALISES.....	63
▪	Sous-section 1 : décès d'un patient.....	63
▪	Aggravation de l'état du patient.....	63
▪	Constat du décès.....	64
▪	Indices de mort violente ou suspecte.....	64
▪	Formalités entourant le décès.....	64
▪	Sous-section 2 : opérations funéraires et transport de corps.....	65
▪	Transport de corps à résidence sans mise en bière.....	65
▪	Transport de corps en chambre funéraire avant mise en bière.....	65
▪	Transport de corps après mise en bière.....	65
▪	Prélèvements d'organes et de tissus.....	65
▪	Autopsie.....	66
▪	Inhumation.....	66



Chapitre III - DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX RESIDENCES RECEVANT DES PERSONNES AGEES AU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE 67

▪ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD).....	67
Section 1 : GARANTIE DES DROITS DES USAGERS	67
▪ Projet d'établissement et projet de vie	67
▪ droits et liberté.....	68
▪ Dossier du résident	69
▪ Relations avec la famille et les proches.....	69
▪ Relations avec le personnel.....	69
▪ Prévention de la violence et de la maltraitance	69
▪ Concertation, recours et médiation	69
Section 2 : FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	70
▪ Régime juridique	70
▪ Personnes accueillies	70
▪ Admissions.....	71
▪ Contrat de séjour	71
▪ Conditions de participation financière et de facturation.....	71
▪ Interruption de séjour	71
▪ Sécurité des biens et des personnes, responsabilités et assurances	72
▪ Situations exceptionnelles	72
▪ Sortie et fin de séjour	73
Section 3 : REGLES DE VIE COLLECTIVE	73
▪ Règles de conduite	73
▪ Organisation de locaux collectifs et privés.....	74
▪ Prise en charge des résidents	75
▪ Repas.....	75
▪ Activités et loisirs	75
▪ Prise en charge médicale	75
▪ Trousseau	76
▪ Pratique religieuse et philosophique.....	76
▪ Fin de vie.....	76
▪ Transports	76
▪ Animaux	77
▪ Prestations extérieures	77

Chapitre IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL 78

Section 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX	78
▪ Sous-section 1 : principes fondamentaux du service public hospitalier.....	78
▪ Principe de continuité du service public.....	78
▪ Principe de neutralité du service public	78
▪ Sous-section 2 : principes fondamentaux liés au respect des malades.....	78
▪ Sollicitude envers les malades.....	78
▪ Respect de la personne et de son intimité.....	78
▪ Accueil de la famille, des proches, de la personne de confiance	79
▪ Respect de la liberté de conscience et d'opinion des malades et des visiteurs	79
▪ Sous-section 3 : secret professionnel.....	79
▪ Secret professionnel	79
▪ Obligation de réserve et de discrétion professionnelle.....	80
▪ Livret d'accueil du personnel	80
▪ Journée d'accueil des nouveaux embauchés.....	80
▪ Gratuité des soins	80



▪	Accès au dossier individuel administratif	80
▪	Médecine du travail	80
▪	Maintien et retour dans l'emploi	80
	Section 2 : BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE	81
▪	Sous-section 1 : Présence au travail des personnels	81
▪	Assiduité et ponctualité	81
▪	Absences	81
▪	Exécution des ordres reçus	81
▪	Le droit de retrait	81
▪	Information du supérieur hiérarchique de tout incident	81
▪	Sous-section 2 : Comportement et tenue des personnels	81
▪	Respect des règles d'hygiène et de sécurité	81
▪	Alcool et substances illicites	82
▪	Comportement au travail	82
▪	Violence et harcèlement	82
▪	Identification du personnel	82
▪	Tenues de travail	83
▪	Conservation en état des locaux, matériels et effets	83
▪	Obligation de déposer argent, valeurs et objets confiés par les malades	83
▪	Obligation de désintéressement	83
▪	Interdiction d'exercer une activité privée lucrative	83
▪	Lutte contre le bruit	83
▪	Effets et biens personnels	83
▪	Interdiction des réunions publiques	84
	Section 3 : EXPRESSION DES PERSONNELS	84
▪	Droit d'expression	84
▪	Droit syndical	84
▪	Droit de grève	84
▪	Organisation du temps de travail	84
	Chapitre V – APPROBATION - MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR	85
▪	Approbation du règlement intérieur	85
▪	Mise à jour du règlement intérieur	85



Chapitre I - DISPOSITIONS GENERALES CONCERNANT L'ETABLISSEMENT

En application des dispositions de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, le Centre Hospitalier du Havre a acquis le statut d'Etablissement Public de Santé.

Il a pris la dénomination de « Groupe Hospitalier » par délibération du Conseil d'Administration en date du 15 décembre 1998.

Le Groupe Hospitalier du Havre est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Il est soumis au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par le présent titre. Son objet principal n'est ni industriel ni commercial.

Le Groupe Hospitalier du Havre est doté d'un Conseil de Surveillance et dirigé par un Directeur assisté d'un Directoire.

Le Groupe Hospitalier du Havre a pour mission :

- D'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes,
- De délivrer les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles,
- De participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé en concertation avec les Conseils Généraux pour les compétences qui les concernent,
- De participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- De mener, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale,
- D'élaborer et mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, il organise la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définit une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Le Groupe Hospitalier peut être appelé à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- La permanence des soins,
- La prise en charge des soins palliatifs,
- La recherche,
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence,
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés,

- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination,
- Les actions de santé publique,
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement,
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret,
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Le Groupe Hospitalier du Havre garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

- L'égal accès à des soins de qualité,
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé,
- La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs l'établissement est tenu :

- de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité,
- de procéder à l'analyse de son activité.

Le Groupe Hospitalier du Havre comprend les établissements suivants :

- Hôpital Gustave FLAUBERT,
- Hôpital Jacques MONOD,
- Hôpital Pierre JANET (unités intra et extra-hospitalières),
- Maison de l'Adolescent,
- Hôpitaux de jour CHARCOT et DUFY,
- Résidence CALMETTE pour personnes âgées en Soins de Longue Durée,
- Résidence PASTEUR pour personnes âgées dépendantes,
- Résidence de SANVIC pour personnes âgées dépendantes,
- Résidence de ROUELLES pour personnes âgées dépendantes,
- Institut de Formation en Soins Infirmiers
- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Sauf dispositions contraires mentionnées expressément, le présent règlement intérieur s'applique à l'ensemble des établissements et services composant le Groupe Hospitalier du Havre.



Section 1 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

▪ Sous-section 1 : Conseil de Surveillance et Direction

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le Groupe Hospitalier du Havre est doté d'un Conseil de Surveillance, présidé par le Maire du Havre qui a été élu parmi le collège des représentants des collectivités territoriales. La composition du Conseil est fixée par les articles L 6143-5 et L 6143.6 du code de la santé publique.

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

- Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2,
- La convention constitutive des Centres Hospitaliers Universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5,
- Le compte financier et l'affectation des résultats,
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une Communauté Hospitalière de Territoire dès lors qu'un Centre Hospitalier Universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur,
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance,
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

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

Le Conseil de Surveillance dispose de son propre règlement intérieur.

LE DIRECTEUR GENERAL

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

Le Directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui nécessitent une concertation avec le Directoire ou celles qui relèvent de la compétence du Conseil de Surveillance. Il participe aux séances du Conseil de Surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination des Directeurs adjoints et des Directeurs des soins. La Commission Administrative Paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du Chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.

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

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

Après concertation avec le Directoire, le Directeur :

- Conclut le contrat pluriannuel,
- Décide, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement,
- Détermine le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d'Etablissement en ce qui concerne les équipements médicaux,
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations,
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance,
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité,
- Peut proposer au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération,
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans,
- Conclut les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat,
- 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,
- Si nécessaire, présente à l'Agence Régionale de Santé le plan de redressement.

GARDE ADMINISTRATIVE

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente d'une autorité responsable, le Directeur Général organise un planning hebdomadaire des personnels de garde et d'astreinte dans l'établissement.

LE DIRECTOIRE

Le Directoire est présidé par le Directeur. Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement est le vice-Président du Directoire. Les modalités d'exercice de sa fonction sont précisées par décret. Il élabore, avec le Directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il coordonne la politique médicale de l'établissement.

Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le directoire est composé :

- Du Directeur Général, Président,
- Du Président de la CME, Vice-Président,
- Du président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques,

et de 4 membres désignés par le Directeur après avis du Président de la CME, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.



▪ Sous-section 2 : Instances principales

LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

Le fonctionnement de la CME est régi par le Décret 2010-439 du 30 avril 2010, le Décret 2011-117 du 27 janvier 2011 ainsi que l'article L 6143-5 du Code de la Santé Publique.

La Commission Médicale d'Etablissement est l'instance de cohésion, de débat et de propositions de la communauté médicale, pharmaceutiques, odontologique et maïeutique.

Elle participe à la coordination des pratiques et des décisions de l'établissement, en termes de prises en charge, de projets et d'organisations.

La CME coopère à l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement qui en découle dans le respect des orientations du PRS, et permet son appropriation par les praticiens.

Elle valorise la culture de la qualité des soins et veille au respect permanent des valeurs déontologiques et éthiques. La Commission médicale d'établissement (CME) représente la « communauté médicale » du Groupe Hospitalier du Havre.

Elle comprend des représentants de tous les statuts et disciplines médicaux, des pharmaciens, des internes et de sages-femmes.

Elle élit son Président et son Vice-Président en son sein parmi les praticiens titulaires.

La durée du mandat des membres de la CME est de quatre ans.

La commission dispose de son propre règlement intérieur.

Elle est consultée sur :

- Le projet médical de l'établissement,
- Le projet d'établissement,
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement,
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux,
- La convention constitutive des Centres Hospitaliers et Universitaires et les conventions passées,
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement,
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques,
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

La Commission Médicale d'Etablissement est informée sur les matières suivantes :

- L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats,
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement,
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement,
- Les contrats de pôles,
- Le bilan annuel des tableaux de service,
- La politique de recrutement des emplois médicaux,
- L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir,
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- L'organisation interne de l'établissement,
- 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.

Elle contribue également à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement,
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- La prise en charge de la douleur,
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maieutiques, odontologique et pharmaceutique.

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment en ce qui concerne :

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

La CME propose au Directeur le programme d'actions qualité et sécurité des soins. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge et la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La CME élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le Directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

La Composition de la CME est fixée comme suit :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement,
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles, élus par et parmi ceux-ci,
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement,
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement, élus par et parmi ceux-ci,
- Un représentant élu des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique,
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie,
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur de l'établissement.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le Président du Directoire ou son représentant,
- Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,
- Le praticien responsable de l'information médicale,
- Le représentant du Comité Technique d'Etablissement, élu en son sein,
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Un représentant médical du Directoire du territoire de la Communauté Hospitalière de Territoire de l'Estuaire.

Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

Les modalités de désignation des membres de la CME sont fixées dans son règlement intérieur.



La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

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

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement prennent fin sur présentation de sa démission au Président du Directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Etablissement qui l'a élu.

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

Le bureau de la Commission Médicale d'Etablissement est composé du Président et du Vice Président de la CME, des 2 membres praticiens élus pour siéger au Conseil de Surveillance.

Il est présidé par le Président de la Commission Médicale.

Le bureau est élu pour la durée du mandat de la CME.

Il a pour mission de :

- Préparer les réunions de la CME dont l'ordre du jour est arrêté par le Président après avis du Directeur,
- Représenter la CME à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement sur délégation du Président,
- Définir les modalités d'accueil des internes et personnels médicaux nouvellement recrutés en lien avec la Direction des Affaires Médicales,
- Coordonner l'action des différentes sous-commissions et d'en faire la synthèse en vue de préparer les avis, vœux et désignations qui seront émis par la commission médicale.

Il n'a pas pouvoir de décision.

Le Président de la CME veille au bon fonctionnement de la Commission.

Chaque réunion de la CME donne lieu à l'établissement d'un procès verbal, diffusé par les soins du secrétariat aux membres de la CME.

Le Président de la CME dispose d'un bureau et d'un secrétariat ainsi que des moyens logistiques et matériels, nécessaires au bon fonctionnement de celle-ci.

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

LE COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT (CTE)

Le Comité Technique d'Etablissement (CTE) est présidé par le Directeur Général ou son représentant, membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Il assure la représentation du personnel non-médical. Ses membres sont élus par collège, sur des listes élaborées par les syndicats représentatifs.

Le Comité Technique d'Etablissement dispose de son propre règlement intérieur.

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

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

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

▪ **Sous-section 3 : Instances spécialisées**

LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES (CAPL)

Elles sont présidées par le Président du Conseil de Surveillance ou son représentant. Elles sont compétentes sur toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

Elles sont composées pour moitié de représentants de l'administration et pour moitié de représentants du personnel élus par leurs pairs. Elles se réunissent au moins deux fois par an.

Le Directeur de l'établissement, ou, le cas échéant, l'autorité distincte de celui-ci investie du pouvoir de nomination, ne peut être désigné en qualité de représentant de l'administration.

Pour la désignation de ses représentants, l'administration doit respecter une proportion minimale d'un tiers de personnes de chaque sexe. Cette proportion est calculée sur l'ensemble des membres représentant l'administration, titulaires et suppléants.

Le règlement intérieur de chaque Commission Administrative est soumis à l'approbation du Directeur de l'établissement.

LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)

Le Groupe hospitalier du Havre comprend 4 CHSCT :

- 1 CHSCT Hôpital Jacques Monod, Cuisine Centrale et Blanchisserie, présidé par le Directeur Général ou son représentant,
- 1 CHSCT Psychiatrie Hôpital Pierre Janet, présidé par un Directeur adjoint,
- 1 CHSCT Gériatrie, présidé par un Directeur adjoint,
- 1 CHSCT Hôpital Flaubert et Institut de Formation en Soins Infirmiers, présidé par un Directeur adjoint.

et 1 CHSCT de Coordination pour l'ensemble de l'établissement, présidé par le Directeur Général ou son représentant.

Chaque CHSCT est composé de représentants du personnel non médical, d'un représentant de la CME, des médecins du travail, de l'inspecteur du travail et d'experts selon l'ordre du jour.

Le CHSCT a pour mission de contribuer :

- à la protection de la santé physique et mentale des salariés
- à la protection de la sécurité des salariés
- à l'amélioration des conditions de travail

A cet effet, il prononce des avis sur les documents se rattachant à sa mission, procède à des analyses de risques, à des inspections. Il peut contribuer à des campagnes de promotion des risques professionnels.



Son action s'applique à tous les salariés du Groupe Hospitalier du Havre, y compris ceux mis à disposition par une entreprise extérieure et les travailleurs temporaires.

Il se réunit au moins une fois par trimestre à l'initiative du Directeur, ou à la suite d'un accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves, ou face à une menace de danger grave et imminent, ou à la demande motivée de deux de ses membres.

Conformément au code du travail, un registre des dangers graves et imminents est accessible aux membres du CHSCT sur chaque direction de site (Monod, Flaubert, Pasteur-Calmette et HPJ).

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

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est présidée par le Coordonnateur général des soins, membre de l'équipe de direction.

Elle est composée de 33 membres des personnels paramédicaux : cadres, infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, médico-techniques, auxiliaires de puériculture, et aides médico-psychologiques.

Elle permet aux personnels soignants de formuler des avis et propositions dans divers domaines tels que :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins,
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades,
- La politique d'amélioration continue de la qualité, 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-techniques,
- La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement,
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2,
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La Commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président.

Chaque séance de la Commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au Président du Directoire et aux membres de la Commission dans un délai de quinze jours.

Le Président de la Commission rend compte, chaque année, de l'activité de la Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques dans un rapport adressé au Directoire.

Le fonctionnement de la Commission de Soins est régi par les articles R 6146-11-1 à R 6146-16 du Code de la Santé Publique.

▪ Sous-section 4 : les organes des différents dispositifs de vigilance

LE COMITE DE COORDINATION DES VIGILANCES ET DE LA GESTION DES RISQUES.

Le Comité de coordination des vigilances et de la gestion des risques est composé des personnes responsables dans le domaine des vigilances (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, risques infectieux, sécurité alimentaire, sécurité des biens et des personnes et agressivité, sécurité des professionnels, risques liés aux soins, biovigilance, réactovigilance, identitovigilance, AMP vigilance, radioprotection), du service qualité, de la Direction des Soins, du Directeur des Systèmes d'Information et du Président de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC).

Le Comité des vigilances et de la gestion des risques vise à développer les déclarations des incidents et des dysfonctionnements, l'analyse de ces signalements et élabore un programme annuel d'actions et de prévention

LE CORRESPONDANT LOCAL DE PHARMACOVIGILANCE DES MEDICAMENTS DERIVES DU SANG

La pharmacovigilance identifie et évalue les effets indésirables liés à l'usage des médicaments y compris les médicaments dérivés du sang. Elle participe à la prévention des complications liées à ces thérapeutiques.

La pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang comporte un suivi de la traçabilité depuis la fabrication par l'industrie pharmaceutique jusqu'à leur administration aux patients.

Au Groupe Hospitalier du Havre, le correspondant local de pharmacovigilance des médicaments dérivés du sang est un pharmacien. Il est responsable de la dispensation et du suivi de ces médicaments et rend compte de tout problème rencontré au Centre Régional de Pharmacovigilance de Rouen et à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

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

LE CORRESPONDANT LOCAL DE MATERIOVIGILANCE

La matériovigilance est assurée par deux correspondants locaux :

- Un pharmacien pour les Dispositifs médicaux stériles,
- Un ingénieur pour les Dispositifs médicaux non stériles.

Ils sont désignés par le Directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

Ils sont chargés, dans le cadre de ses relations avec l'échelon national, de veiller à la transmission des informations concernant les incidents, risques d'incidents ou dysfonctionnements susceptibles d'être dus à l'utilisation des dispositifs médicaux.

Au sein de l'établissement, ils signalent les incidents et risques d'incidents ; le cas échéant, ils recommandent des mesures conservatoires à prendre et sensibilise l'ensemble des utilisateurs aux problèmes de matériovigilance.

LE CORRESPONDANT LOCAL DE RADIOPROTECTION

La Personne Compétente en Radioprotection (PCR) désignée par le Chef d'Etablissement, s'assure que les matériels, les procédés et l'organisation du travail, sont conçus de telle sorte que les expositions professionnelles individuelles et collectives aux rayonnements ionisants soient maintenues en dessous des limites prescrites par le décret n° 2003-296.

Elle a donc pour mission de former le personnel concerné, faire l'analyse périodique des postes de travailleurs exposés, conseiller la mise en place de matériel de radioprotection et / ou de surveillance.

La Personne Spécialisée en Radio Physique Médicale (PSRPM) s'assure que les équipements, les données et procédés de calcul utilisés pour déterminer et délivrer les doses au patient dans toute procédure d'exposition aux rayonnements sont appropriés et utilisés selon les dispositions prévues par le Code de la Santé Publique.

Pour information, le médecin du travail (MDT) participe à l'organisation de la radioprotection et assure la surveillance médicale des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

Dans le cadre de la radiovigilance, les événements significatifs (exposition aux rayonnements ionisants anormale) sont à déclarer auprès des organismes compétents, IRSN, ASN et suivi au sein du GHH par la Direction des Ressources du Plateau Médico-Technique

LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) a pour mission :

- La prévention des infections nosocomiales, notamment dans l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène,
- La surveillance des infections nosocomiales,



- La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales,
- L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales.

Le CLIN prépare chaque année avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales.

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

Il organise les modalités de recueil des informations concernant les infections nosocomiales devant être signalées et élabore un rapport annuel d'activité.

Le CLIN est présidé par un membre du corps médical, il est composé de médecins, de personnels pharmaceutiques, paramédicaux et administratifs.

Il se réunit au moins trois fois par an.

L'ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE

Une équipe opérationnelle d'hygiène regroupant des médecins, cadres, techniciens et infirmiers est chargée de la mise en œuvre et de l'évaluation des actions définies par le CLIN.

Ses actions s'inscrivent ainsi dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Elle a un rôle d'expert dans la gestion du risque infectieux.

LA COMMISSION DU MÉDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES

La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles participe par ses avis à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les infections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement.

Elle élabore la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement ainsi que des recommandations en matière de prescription et de bon usage du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Elle se réunit trois fois par an et rédige un rapport annuel transmis à la Commission Médicale d'Etablissement.

Elle comprend des médecins et des pharmaciens, des responsables des dispositifs de vigilance et un représentant de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique désigné par et parmi la CSIRMT.

LA COMMISSION LOCALE DE SURVEILLANCE DES FLUIDES À USAGE MÉDICAL

La composition de la Commission locale de surveillance des fluides à usage médical est arrêtée par le Directeur Général.

Elle est composée du Directeur ou son représentant, un médecin réanimateur, un pharmacien et un représentant de la Direction des Travaux et du patrimoine.

Elle est systématiquement consultée lors de tous travaux concernant les réseaux de distribution des fluides médicaux (création et modification) et à chaque étape de ceux-ci (conception, exécution, réception) et se réunit lors de toute modification de la réglementation.

Elle peut émettre des recommandations sur le suivi, les contrôles à effectuer sur les installations de fluides médicaux et les améliorations à y apporter.

LE COMITÉ DE SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET D'HÉMOVIGILANCE (CSTH)

Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) est composé du Directeur Général ou de son représentant, du Directeur de l'Etablissement Français du Sang, des correspondants d'hémovigilance et de représentants des personnels médicaux, soignants, médico-techniques et administratifs de l'établissement.

Le coordonnateur régional d'hémovigilance y siège de droit. Le CSTH veille à la mise en oeuvre des règles et procédures d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle, ainsi qu'à la formation des personnels concernés.

L'UNITE D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE

L'Unité d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle est composée d'un praticien hospitalier à temps plein et d'un cadre infirmier. Elle est chargée de la déclaration des incidents transfusionnels et de la conservation des informations relatives aux transfusions (dossier transfusionnel des patients, traçabilité des produits sanguins labiles).

Elle réalise également des missions d'amélioration de la sécurité transfusionnelle par des formations des personnels, par l'élaboration de protocoles et par l'évaluation des pratiques.

LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) est composé de représentants des personnels médicaux et paramédicaux ainsi que des représentants de la Direction.

Il a pour mission de :

- Dresser un état des lieux concernant la lutte contre la douleur et proposer les orientations les mieux adaptées à l'établissement,
- Coordonner toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique, maligne ou non et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, situation de grande précarité, phase terminale de la vie, urgences, douleurs provoquées par les gestes invasifs...),
- Veiller à la rédaction des protocoles, à leur validation, à leur diffusion en relation avec le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- Participer aux actions de formation dans le domaine de la douleur,
- Donner un avis sur les demandes de formation diplômantes et qualifiantes des personnels.

Il participe également, en collaboration avec la Délégation Régionale à la Recherche Clinique et/ou avec le réseau douleur Haut Normand, ADN, à la mise en oeuvre des programmes de recherche clinique dans le domaine de la douleur.

Il rédige un rapport annuel d'activité et un programme d'actions.

Il se réunit de sa propre initiative au moins trois fois par an.

LA COORDINATION HOSPITALIERE DE PRELEVEMENT DES ORGANES ET DES TISSUS

La coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus est chargée de recenser les donateurs potentiels d'organes et de tissus ainsi que de promouvoir le don d'organes. Elle réalise les prélèvements d'organes et de tissus, s'assure de la qualité et de la traçabilité de ces prélèvements. Enfin, elle pilote la biovigilance au sein de l'établissement.

L'action de la coordination hospitalière de prélèvement des organes et des tissus est soumise à l'agrément de l'agence de biomédecine.

La coordination hospitalière de prélèvement des organes et des tissus est rattachée au pôle bloc anesthésie réanimation. Elle est composée de médecins, d'infirmiers et de cadres de santé issus de différents services. Elle est dirigée par un médecin coordonnateur désigné par la Commission Médicale d'Etablissement.

Elle se réunit une fois par mois et produit un rapport d'activité annuel. Il est communiqué à la Commission Médicale d'Etablissement et à la Direction de l'établissement. Ce rapport est également présenté à l'Agence de biomédecine.

Le Groupe Hospitalier du Havre a été autorisé, par arrêté de l'ARH en date du 10 décembre 2003, renouvelable tous les 5 ans, à effectuer des prélèvements d'organes et/ou de tissus à des fins thérapeutiques sur une personne décédée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique et des prélèvements de tissus sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant.



Le prélèvement peut être pratiqué dès lors que la personne n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur le registre national des refus automatisé prévu à cet effet. Il est révoquant à tout moment.

La liste des personnels du GHH habilités à consulter ce registre est mise à jour dans la délégation de signature de l'établissement.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés.

Les proches sont informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués.

L'Agence de biomédecine est avisée, préalablement à sa réalisation, de tout prélèvement à fins thérapeutiques ou à fins scientifiques.

LE RESEAU DE PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS

L'établissement participe au réseau de prélèvements d'organes et de tissus. Il est constitué par des conventions liant le Groupe Hospitalier du Havre et les autres établissements de santé publics ou privés du territoire de santé. Les établissements de santé s'y engagent à signaler les donneurs potentiels et le Groupe Hospitalier du Havre s'engage à prendre en charge ces prélèvements.

Le réseau de prélèvements d'organes et de tissus est animé, au sein du Groupe Hospitalier du Havre, par la coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus.

▪ **Sous-section 5 : La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC)**

Conformément à la loi du 4 mars 2002, et en application du Décret n°2005-213 du 2 mars 2005, est instituée, au sein de l'Etablissement, une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge.

La Commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle met en œuvre les moyens nécessaires à l'expression des griefs des usagers.

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement, est tenu à la disposition des membres de la Commission.

Dans ce cadre, elle peut, le cas échéant, avoir accès au dossier médical du patient sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de ce dernier ou de ses ayant droits.

La Commission est informée par la Direction des Affaires Générales des plaintes et réclamations présentant le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel. Par ailleurs, la Commission examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La Commission participe à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches. Elle rend des avis et fait des propositions dans le domaine de l'amélioration de la cette politique.

La Direction des Affaires Générales représente la CRUQPEC au comité de lecture et à la coordination des vigilances. Les plaintes les plus graves ou les plus fréquentes y sont présentées pour mise en œuvre des actions correctives.

Le programme qualité et gestion des risques est présenté à la CRUQPEC une fois par an.

La Commission élabore un rapport annuel transmis aux instances qui délibèrent sur la politique d'amélioration de la qualité de l'établissement, ainsi qu'à l'Agence Régionale de Santé.

La Commission procède à une appréciation des pratiques de l'Etablissement et formule des recommandations.

Conformément à l'Article R 1112-81 du Code de la Santé Publique, la Commission est composée comme suit :

- Le représentant légal de l'établissement ou son représentant, Président, et son suppléant,
- Deux médiateurs (1 médecin et 1 non médecin) et leurs suppléants,
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants,
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou son représentant désigné, vice-président, et son suppléant,
- Un représentant de la Commission de Soins infirmiers, de rééducation et médico techniques et son suppléant,
- Un représentant du personnel et son suppléant,
- Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant.

La Commission se réunit en respectant un intervalle de 6 à 10 semaines entre deux séances.

Tous les membres de la Commission, ainsi que toutes les personnes participant régulièrement ou occasionnellement à la Commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par le code pénal, ainsi qu'au respect de la vie privée prévu par le code civil.

Aucune information révélée lors des séances de la Commission ne peut être divulguée par les membres en dehors des réunions.

▪ **Sous-section 6 : Les Commissions émanant de la Commission Médicale d'Etablissement**

LE COLLEGE DE L'INFORMATION MEDICALE

Le Collège de l'Information Médicale est composé de représentants des personnels médicaux, paramédicaux médico-techniques et administratifs.

Le Directeur Général, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Directeur des Systèmes d'Informations et le médecin responsable du Service d'Information Médicale sont membres de droit de ce collège.

Il est présidé par le médecin responsable du Service d'Information Médicale.

Le secrétariat est assuré par la secrétaire du Président de la CME.

Il se réunit en moyenne 4 fois par an.

Il a pour mission d'assurer la coordination du Département d'Information Médicale avec les services producteurs d'information médicale.

Il participe au suivi informatique des activités médicales dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI). Il concourt à l'amélioration de l'exhaustivité du codage ainsi qu'à l'amélioration de la qualité du codage.

Il s'assure par ailleurs du bon usage de l'information médicale et notamment de la confidentialité des données médicales traitées dans les différentes applications informatiques.

A ce titre, il est saisi de toute demande d'information médicale faite dans un contexte non prévu réglementairement, et fait valoir son avis quant à la suite à donner à cette dernière.

LA COMMISSION DE L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DE SOINS (COPS)

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins est présidée par un médecin désigné par ses pairs et comprend des représentants du corps médical, des internes et de la Direction.

Elle a pour missions de :

- Définir annuellement, avec le Directeur, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité, dans la limite des budgets alloués à ce titre,
- Donner son avis sur l'élaboration des tableaux nominatifs de participation à la permanence des soins (gardes et astreintes).



Elle fixe les règles de recueil de l'activité des praticiens pour permettre le paiement du temps de travail additionnel : les tableaux de service prévisionnels et réalisés sont transmis par voie informatique.

LA COMMISSION DE L'ACTIVITE LIBERALE

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

La Commission d'Activité Libérale de l'Etablissement comprend :

- Un membre du Conseil Départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du Président du Conseil Départemental de l'ordre des médecins,
- Deux représentants désignés par le Conseil de Surveillance parmi ses membres non médecins,
- Un représentant de l'Agence Régionale de Santé désigné par son Directeur,
- Un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie désigné par son Directeur,
- Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la Commission Médicale d'Etablissement,
- Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la Commission Médicale d'Etablissement,
- Un représentant des usagers du système de santé.

Elle élit son Président en son sein.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par :

- le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,
- le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- le Président du Conseil de Surveillance,
- le Président de la Commission Médicale d'Etablissement 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.

Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie transmettent au Directeur et au Président de la Commission de l'Activité Libérale les informations sur les recettes, le nombre des consultations et le volume des actes faits par les praticiens exerçant une activité libérale.

La Commission de l'Activité Libérale rédige son rapport d'activité annuel. Il est communiqué à la Commission Médicale d'Etablissement et au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et au Préfet.

LA COMMISSION D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET FORMATION MEDICALE CONTINUE

La Commission d'Evaluation des Pratiques Professionnelles a pour mission de :

- Définir le programme EPP annuel,
- Piloter et valider les actions et programmes réalisés, en se prononçant sur :
 - L'éligibilité au titre de l'EPP des nouveaux projets d'actions,
 - La recevabilité finale au titre de l'EPP des actions réalisées.
- Accompagner, en lien avec le service Qualité, les professionnels depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre des EPP, s'assurer de leur suivi et de la pérennisation des actions mises en place,
- Participer aux actions de formation en lien avec la Commission Qualité et sécurité des soins et la sous commission FMC,
- Informer les professionnels sur les travaux de la commission et les EPP réalisées et communiquer aux instances.

La Commission d'Evaluation des Pratiques Professionnelles est composée de :

- Un Président,
- Le Directeur de l'établissement (ou son représentant),
- Le Président de la CME (ou son représentant),
- Le Directeur de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique (ou son représentant),
- Le Directeur de la Qualité (ou son représentant).
- Le praticien responsable de la gestion des risques,
- Des membres volontaires parmi le personnel médical et paramédical ou des suppléants désignés,
- Un représentant médical de chaque pôle désigné parmi les responsables ou les PH du pôle,
- Des référents qualité désignés par pôle,
- Un représentant des assistants et internes en médecine,
- De tout expert désigné en raison d'une qualification, compétence ou expérience en matière d'évaluation, de qualité des soins, de gestion des risques ou FMC,
- Le ou les médecin(s) expert(s) extérieur(s) choisis par la CME en l'absence de tout conflit d'intérêt.

LE COMITE D'ETHIQUE

Le Groupe Hospitalier du Havre dispose d'un comité d'éthique depuis avril 1991.

Le Comité d'éthique est un espace de réflexion sur les implications éthiques du territoire de santé. Ses thèmes de réflexion émanent soit des questionnements généraux relatifs à un mode de prise en charge, soit des difficultés rencontrées lors d'une situation particulière.

Sa composition est pluridisciplinaire et est calquée sur celle du Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE).

Il est composé de médecins, du Directeur Coordonnateur des Soins Infirmiers et Médico Techniques, de médecins libéraux dont un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins, de représentants des différentes religions et d'un anthropologue.

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ainsi que le Directeur Général ou son représentant sont membres de droit.

Sur leur demande, les présidents de CME des Hôpitaux de Lillebonne et Pont Audemer, participent également au comité d'éthique du GHH.

LE COPIL QUALITE GESTION DES RISQUES

Le COPIL Qualité Gestion des Risques assure le suivi annuel de l'ensemble des programmes annuels des autres sous commissions permanentes (hors COPS).

Il assure en outre les missions suivantes :

- Le suivi de la certification, des IPAQSS,
- Le suivi du programme annuel Qualité et Gestion des Risques,
- L'analyse des programmes annuels de l'ensemble des sous commissions (hors COPS) et groupes de travail permanents et des vigilances avant leur passage en CME,
- La coordination et le suivi des actions issues des programmes annuels,
- Le contrat de bon usage du médicament.

Compte tenu de ses attributions spécifiques, le COPIL Qualité est composé :

- Du Directeur ou son représentant
- Du Président de la CME ou son représentant
- D'un représentant de la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques désigné par et parmi la CSIRMT,
- De deux représentants désignés par et parmi la CME
- D'un gestionnaire des risques.



LA COMMISSION DES ADMISSIONS NON PROGRAMMEES

La Commission des Admissions non programmées est une sous commission de la CME. Elle gère le tableau des lignes de gardes et astreintes des seniors et des juniors. Elle se réunit au moins deux fois par an.

Chaque pôle est représenté, plus les services d'urgences adulte, pédiatrique et SAMU.

- **Sous-section 7 : Les commissions émanant du Comité Technique d'Etablissement**

LA COMMISSION DE FORMATION

La Commission de formation est l'instance pluripartite chargée du suivi de la Formation Professionnelle Continue du personnel non médical du Groupe Hospitalier du Havre.

A ce titre, et avec l'appui du travail du service Formation Continue de la Direction des Ressources Humaines et du Développement Social, elle permet de mener les travaux nécessaires à l'application de la politique de formation.

Soucieuse de qualité et d'adaptation, elle œuvre dans un esprit de concertation et d'évolution et se réunit environ une fois tous les deux mois.

- **Sous-section 8 les autres organes consultatifs propres au Groupe Hospitalier du Havre.**

LA COMMISSION QUALITE

La Commission Qualité mise en place en 1999, contribue par des avis à l'élaboration et à l'application de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La Commission qualité est constituée d'une composante managériale, d'experts « personnes qualifiées », de représentants des comités spécialisés et des représentants des usagers.

Elle a pour mission :

- D'élaborer un programme annuel d'actions,
- D'organiser le fonctionnement des groupes de travail,
- De s'assurer de l'avancement régulier des projets,
- De mettre en place la procédure de certification.

LE COMITE DE LIAISON ALIMENTATION NUTRITION (CLAN)

Le CLAN a pour mission de définir une politique d'amélioration de la prise en charge de l'alimentation et de la nutrition.

A cet effet, il participe au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériel et personnel et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.

Il définit les actions prioritaires à mener et prépare un programme annuel d'actions qui s'appuie sur une formation continue spécifique.

Sa composition est fixée comme suit :

- Un Président, nommé par le Président de la CME,
- Des diététiciennes,
- Des médecins PH de spécialités différentes,
- Des Cadres supérieurs de Santé,
- Le Directeur de l'Hôtellerie et de la Logistique,
- Le responsable de la restauration,
- L'ingénieur qualité,
- Un représentant des usagers.

Un Vice-Président et une secrétaire sont désignés par les membres du CLAN.

Le mandat est fixé à 3 ans renouvelables.

Le bureau restreint du CLAN (composé du Président, d'une diététicienne, d'un Cadre Supérieur de Santé et du Directeur de l'Hôtellerie et de la Logistique) est chargé de fixer et préparer les séances plénières : il doit se réunir au minimum 3 fois par an.

Le bureau peut inviter toute personne susceptible de l'aider dans la réalisation de ses missions.

Un CLAN plénier se réunit au minimum 3 fois par an.

Le secrétariat est assuré par la DHL.

Le Président rédige un rapport d'activité annuel qui évalue le degré de réalisation des objectifs fixés. Ce rapport est présenté à la CME.

Les personnes participant aux travaux du CLAN sont tenues au secret professionnel.

LE COMITE DE PREVENTION DU TABAGISME

Le comité de prévention du tabagisme organise et évalue la lutte contre le tabagisme au Groupe Hospitalier du Havre.

Ses actions portent sur :

- L'aide à l'arrêt du tabac pour les professionnels,
- L'organisation de campagnes d'éducation portant sur les méfaits du tabac,
- L'organisation d'information par une infirmière de santé publique à la maison du patient et dans les services de soins,
- L'organisation de la journée mondiale sans tabac.

Le comité de prévention est composé de médecins et notamment de médecins du travail, de représentants de la Commission de Soins Infirmiers et Médico Techniques, de Cadres de Santé, de Diététiciennes et de représentants de la Direction.

▪ Sous-section 9 : Les organes consultatifs propres à certains pôles

LE COLLEGE DES PSYCHIATRES

Ce collège regroupe les médecins du pôle de psychiatrie. Il est présidé par l'un des praticiens. Il évoque toutes affaires concernant l'exercice médical sur le pôle et peut élaborer des propositions en ce sens. Il peut être consulté par la Direction sur la conduite des missions de l'établissement en santé mentale.

Section 2 : ORGANISATION DES SOINS

▪ Sous-section 1 : Organisation médicale interne

ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITE CLINIQUE ET MEDICO TECHNIQUE

Nomination des Chefs de pôles

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

Le Directeur nomme les chefs de pôle clinique ou médico-technique sur présentation d'une liste établie par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du Directeur après avis, du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.



Nomination des responsables de structure interne, service et unité fonctionnelle

Les responsables de structure interne, service ou unité fonctionnelle des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le Directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

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, à son initiative, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement. Dans ce cas, le Directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Compétences du chef de pôle d'activité clinique ou médico technique

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. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur d'Etablissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Portée de l'autorité fonctionnelle

L'autorité fonctionnelle est exercée en vue de l'organisation et du fonctionnement du pôle dans le respect de la déontologie et de l'indépendance du praticien. Sous cette réserve, elle présente certaines caractéristiques du pouvoir hiérarchique : pouvoir de donner des instructions, d'annuler et de corriger des décisions prises par les collaborateurs.

Cette autorité fonctionnelle ne comprend pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité investie du pouvoir de nomination : gestion des carrières, pouvoir de notation, pouvoir disciplinaire.

LE PILOTAGE MEDICO ADMINISTRATIF

Le pilotage médico administratif de chaque pôle clinique ou médico technique est assuré conjointement par le Chef de pôle, un Directeur délégué habilité pour les actes de gestion liés à la fonction d'ordonnateur et un Cadre Supérieur de Pôle.

Ce copilotage a pour fonction de :

- Conclure le contrat de pôle et d'en assurer l'exécution et l'évaluation;
- Gérer les ressources déléguées au pôle;
- Décider de l'affectation de l'intéressement.

LE CONTRAT DE POLE

Sur la base de l'organisation déterminée par le Directeur, le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

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

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

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

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

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

Il est conclu pour une période de quatre ans.

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

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

Le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

Contenu du contrat de pôle

L'organisation du Groupe Hospitalier du Havre en pôles d'activité vise trois objectifs complémentaires et indissociables :

- Le principe de solidarité : l'organisation en pôles doit permettre d'impliquer l'ensemble des acteurs dans la prise en charge des patients et usagers du service public hospitalier,
- Le principe d'efficacité : la qualité des soins et des organisations constitue un objectif fondamental de l'établissement qui n'est pas dissociable de l'efficacité médico économique,
- Le principe de subsidiarité : la délégation de gestion est organisée pour garantir la pertinence et la réactivité des décisions face aux problématiques de terrain chaque fois que cela est possible.

Le contrat de pôle a pour objet de fixer les modalités d'engagements réciproques entre la Direction et le pôle.

Il définit les objectifs du pôle et les moyens mis à sa disposition, puis les indicateurs de suivi de sa gestion, et les conséquences de son exécution.

Il est élaboré sur la base d'un constat partagé de l'existant comprenant en particulier les moyens matériels et humains du pôle au moment de la signature.

Au moment de la signature du contrat, un état des lieux de l'existant est réalisé décrivant en particulier les moyens alloués au pôle.

Cet état des lieux sert de données de départ pour la contractualisation.

Le contrat de pôle doit décliner au niveau du pôle les orientations données dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, le Contrat d'Objectifs et de Moyens (dès sa signature), le rapport d'accréditation de l'HAS, le projet d'établissement, et le Plan de Retour à l'Equilibre du G.H.H.

Les objectifs à atteindre sont précisés en annexe du contrat.

Le contrat comprend des objectifs en matière d'activité comme de qualité fixés spécifiquement pour le pôle. Ils sont décrits en annexe ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement pour les atteindre.



Le pôle doit être concerné par les projets transversaux suivants dont les objectifs finaux doivent être intégrés dans les objectifs propres du pôle.

Le pôle s'attache à développer des relations avec d'autres pôles

En lien avec le projet de pôle et le projet d'établissement, le pôle s'implique dans la démarche qualité de l'établissement et s'engage à définir des axes d'amélioration identifiés au sein du pôle notamment dans le cadre de :

- La satisfaction des patients (qualité des soins, confort hôtelier, organisation de la sortie),
- La certification et l'évaluation des pratiques professionnelles,
- La pertinence de la prescription, le bon usage du médicament et des dispositifs médicaux,
- La lutte contre les infections nosocomiales,
- La lutte contre la douleur.

En accord avec les dispositions du projet social de l'établissement, le pôle s'engage à participer à la politique de développement social de l'établissement et à contribuer à l'amélioration des conditions de travail de l'ensemble de son personnel.

Le pôle s'engage à établir un programme de développement social et d'amélioration des conditions de travail, portant notamment sur :

- L'insertion des personnels handicapés,
- La réalisation du plan de formation,
- L'aménagement des postes aux personnels suivis par la commission d'adaptation,
- La mise en œuvre du plan de prévention des risques professionnels.

Ce contrat fonctionne sur la base d'une gestion partagée entre la Direction Générale et le responsable de pôle.

Les attributions et délégations de ressources sont décrites dans la Charte de la contractualisation interne.

La liste de la répartition des différentes structures au sein des pôles est fixée dans le fichier structure disponible à la Direction des Affaires Financières et du Pilotage de Gestion.

▪ **Sous section 2 : L'organisation des soins dans les structures sanitaires**

LA PERMANENCE DES SOINS

La permanence des soins hospitalière constitue une mission de service public qui se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins d'urgences les nuits, samedis après-midi, les dimanches et jours fériés. Elle se distingue de la continuité des soins qui constitue l'obligation pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés.

La permanence sur place ou en astreinte à domicile a pour objet d'assurer pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou internes.

La permanence sur place ou en astreinte à domicile est organisée soit pour l'ensemble de l'établissement, soit par secteurs communs à une ou plusieurs activités.

La permanence peut regrouper des établissements de départements ou de régions différentes, à leur initiative, ou à la demande des Directeurs généraux d'ARS. Cette organisation commune donne lieu à convention entre les établissements concernés, le temps mutualisé figure dans leurs tableaux de service et leurs tableaux mensuels nominatifs.

Participent au service de garde tous les praticiens à temps plein ou à temps partiel, les personnes enseignants et hospitaliers, les assistants, les praticiens attachés, ainsi que les praticiens contractuels.

Ne participent pas à la permanence des soins de nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés :

- Les praticiens accomplissant leur service à mi-temps thérapeutique, s'ils le demandent,
- Les praticiens faisant l'objet d'une décision temporaire de cessation de participation. En effet, si l'intérêt du service l'exige, le Directeur général de l'ARS peut, sur proposition du médecin inspecteur de santé publique ou du Directeur de l'établissement, et après avis motivé de la CME, décider qu'un praticien cesse d'y participer pour une durée maximale de trois mois.

Des règles différentes s'appliquent selon les catégories de praticiens. Les PH temps plein et temps partiel, les assistants, les praticiens attachés, les praticiens contractuels, et les praticiens adjoints contractuels justifient de la réalisation de leurs obligations de service sur quatre mois.

La permanence sur place est intégrée aux obligations de service des praticiens, qui réalisent ses obligations de jour, comme de nuit, la semaine, comme le dimanche ou les jours fériés. Une indemnité de sujétion compense les contraintes liées à ces périodes de travail.

La participation des assistants associés et praticiens attachés associés à la permanence des soins est limitée à un appui de la permanence sur place ou de l'astreinte à domicile réservée aux praticiens statutairement habilités à le faire. Ils ne peuvent pas réaliser d'astreinte à domicile.

Lorsque l'effectif des praticiens est insuffisant pour permettre d'assurer une présence médicale permanente dans les unités, services ou départements dont l'activité le justifie, il peut être fait appel à des internes titulaires d'un CHU, volontaires pour participer au service de garde.

Ces internes, ayant validé au moins trois années d'internat et deux tiers des semestres spécifiques exigés pour l'obtention d'un DES permettant l'exercice de la spécialité au titre de laquelle ils effectueront ces gardes, doivent faire l'objet d'une décision expresse d'autorisation du Directeur Général du CHU et du Directeur du GHH.

VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement selon les dispositions arrêtées par les responsables d'unité de soins. Dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique cette visite est quotidienne.

Elles ont lieu dans la mesure du possible le matin avant 11h30 afin de faciliter le parcours des patients et leur prise en charge.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

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

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

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



▪ **Sous section 3 : Le personnel médical et soignant**

DISPOSITIONS GENERALES

Coordination des soins dispensés aux patients

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 le cas échéant à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

Personnel médical

Les différentes catégories de personnel médical

Les différentes catégories de personnel médical exerçant au Groupe Hospitalier du Havre sont les suivantes :

- Praticiens hospitaliers à temps plein,
- Praticiens hospitaliers à temps partiel,
- Praticiens contractuels,
- Les assistants spécialistes et assistants spécialistes associés,
- Les assistants généralistes et assistants généralistes associés,
- Les praticiens adjoints contractuels,
- Les praticiens attachés,
- Internes et faisant fonction d'internes.

Les obligations professionnelles générales des médecins, pharmaciens et odontologistes

L'ensemble des médecins et des étudiants en médecine, ainsi que ceux qui effectuent un remplacement ou qui assistent un médecin sont soumis aux dispositions du code de déontologie médicale.

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

Le praticien est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

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

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

L'article 4133-1-1 du code de la santé publique prévoit pour les médecins une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles. L'article 4135-1 du code de la santé publique dispose que les médecins peuvent demander l'accréditation de la qualité de leurs pratiques professionnelles.

Le chef du pôle clinique ou médico technique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement.

Les obligations particulières à chaque catégorie de personnel médical

Les praticiens hospitaliers temps plein

Les praticiens hospitaliers à temps plein consacrent la totalité de leur activité professionnelle au Groupe Hospitalier du Havre.

Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier. Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche. Ils peuvent participer à des activités d'intérêt général et/ou exercer une activité libérale.

Les praticiens hospitaliers à temps plein doivent, entre autres :

- Assurer les services du matin et de l'après-midi,
- Participer aux services de gardes et astreintes,
- Effectuer, si besoin est, les remplacements imposés par divers congés,
- Participer aux jurys de concours et d'exams organisés par le Ministère de la Santé, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des personnels hospitaliers,
- Tenir un dossier individuel par malade,
- Assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical.

Praticiens hospitaliers à temps partiel

Les praticiens à temps partiel exercent à raison de six demi-journées hebdomadaires, conformément à un tableau de service. L'activité des praticiens hospitaliers à temps partiel peut être ramenée à cinq demi-journées par semaine.

Praticiens attachés

Les praticiens attachés, nommés par le Directeur Général, sont chargés de seconder le responsable de service et ses collaborateurs permanents, dans les activités de diagnostic et de soins ou dans la mise en œuvre de techniques d'exams ou de traitements non habituellement pratiqués par les membres du personnel médical du service.

Les praticiens attachés peuvent, en plus de leurs obligations habituelles, être appelés selon leur discipline et concurremment avec les autres praticiens de l'établissement à :

- Participer aux différents services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés,
- Assurer les remplacements imposés par les différents congés ou absences exceptionnelles des praticiens de l'établissement,
- Répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs horaires normaux de service.

Ils effectuent chaque semaine le nombre demi-journées déterminé dans leur contrat.

Les praticiens contractuels

Des médecins contractuels peuvent être recrutés. La durée de leur contrat se situe entre six mois et deux ans suivant les cas considérés.

Pour assurer certaines missions spécifiques, le contrat peut être de trois ans renouvelables.

Ces praticiens sont recrutés par le Directeur, après avis du chef du service ou du département intéressé et avis de la Commission Médicale d'Etablissement.*

Internes

L'interne en médecine est un praticien en formation spécialisée. Il consacre la totalité de son temps à ses activités médicales et à sa formation. L'interne en médecine est un agent public.

Il reçoit en sus de la formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions, d'une durée de 3 à 5 ans selon le DES envisagé.

La médecine générale est une spécialité à part entière.

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.



L'interne en médecine en cours de formation de biologie médicale participe, en outre, à l'étude du métabolisme des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'élaboration et à la validation des analyses biologiques concourant à la prévention, au diagnostic et à la surveillance des traitements.

Il participe au service des gardes et astreintes. Il peut participer au service de garde des établissements autres que les CHU sous réserve d'une autorisation semestrielle.

Autres Professions médicales et soignantes

Sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent à leur évaluation.

Service de soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques

Le service des soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques regroupe l'ensemble des professionnels de santé dispensant ses soins auprès du patient.

Il est animé par un directeur coordonnateur général des soins, nommé par le directeur général de l'établissement. Il est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients. Il impulse une dynamique tenant compte des contraintes institutionnelles

Depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance, il est aidé au quotidien dans ces tâches par les cadres supérieurs de pôle en lien avec les chefs médicaux de pôles. Les cadres supérieurs managent une équipe de cadres de proximité dont les missions principales sont le contrôle de la qualité des prestations de soins dispensées au sein des services (application des procédures, protocoles, audits..), l'animation de l'équipe et la gestion des ressources humaines pour l'adapter à la charge en soins.

Les infirmiers sont chargés de l'exécution des prescriptions et des protocoles établis par les médecins. Ils mettent en œuvre les soins nécessaires au confort du malade, à la préservation de ses fonctions vitales et à son accompagnement.

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture donnent des soins d'hygiène générale aux malades et aux personnes hébergées. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité des infirmiers et dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur formation.

Les agents des services hospitaliers ont vocation à remplir les tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux de soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades.

■ Sous-section 4 : Information médicale

LE DEPARTEMENT DE L'INFORMATION MEDICALE

Le Département d'information Médicale (D.I.M.) est un service hospitalier chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le Département d'information Médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers, dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (P.M.S.I.).

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

Dans le cadre du codage centralisé, le DIM assure également le codage des diagnostics, celui des actes restant sous la responsabilité du praticien les ayant réalisés. Le codage s'effectue sur la foi des informations contenues dans le dossier médical, lesquelles relèvent de la responsabilité du praticien ayant pris en charge le patient ou, en dernier recours, du chef de service.

LE TRAITEMENT AUTOMATISE DES DONNEES NOMINATIVES

Le Groupe Hospitalier du Havre recourt au traitement automatisé d'informations nominatives dans le cadre de la loi 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

DROIT D'ACCES AUX INFORMATIONS DE SANTE

Le patient peut accéder à son dossier médical dans les conditions prévues au Chapitre II, Section 2, sous-section 2 du présent règlement intérieur.

Ce droit s'exerce auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle il a reçu des soins ou du praticien ayant constitué son dossier.

Le patient a le droit de s'opposer au recueil et au traitement de données nominatives le concernant.

Ces dispositions s'exercent sans préjudice ni contradiction avec les dispositions prévues par le code de la santé publique concernant l'hospitalisation sans consentement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Section 3 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

▪ Sous section 1 : Nature et opposabilité des règles de sécurité

NATURE DES REGLES DE SECURITE

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital, en fonction des circonstances locales.

En tant que responsable de la conduite générale du groupe hospitalier, le Directeur Général les édicte par note de service ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements.

Le Directeur Général veille, en tant que responsable du bon fonctionnement du Groupe Hospitalier, au respect des règles de sécurité et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et à pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Dans la mesure où les conventions qui lient le Groupe Hospitalier du Havre à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du groupe hospitalier leur sont opposables.



A cet effet, le présent règlement intérieur leur est mis à leur disposition à la Direction de chaque site et sur le site intranet du GHH. Les dits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du Directeur Général les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

▪ **Sous-section 2 : La sécurité générale**

ACCES AU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

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 subordonné à l'autorisation du Directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du Groupe Hospitalier n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie de l'hôpital.

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 courus et des responsabilités éventuelles.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, et sous réserve des dispositions du présent règlement, il est interdit d'introduire au sein du Groupe Hospitalier du Havre animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILES

Dispositions générales

Les voies de desserte, établies dans l'enceinte des établissements du Groupe Hospitalier du Havre, constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation des personnels et des usagers du service public hospitalier.

L'usage de rollers ou de trottinette est totalement interdit à l'intérieur des locaux de l'établissement. Les vélos doivent être stationnés aux endroits prévus à cet effet.

Règles de compétence

Dans ce cadre et, sous réserve de l'application du Code de la route matérialisé par signalisation, le Directeur fixe les accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules nécessaires au fonctionnement du service public.

Il peut délivrer des autorisations d'accès, limiter la vitesse, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

Stationnement

Le stationnement dans l'enceinte des établissements du Groupe Hospitalier du Havre est interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Des emplacements réservés aux personnes à mobilité réduite sont matérialisés à l'entrée de chaque bâtiment.

En cas d'infraction aux règles de stationnement, le Directeur délègue au responsable du service sécurité du GHH, la demande d'intervention des forces de police.

Responsabilité

L'autorisation d'accès, de circulation et de stationnement est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du Groupe Hospitalier du Havre, en cas d'accident de la circulation, de vols, ou de déprédations des véhicules.

Discipline – sanction

Par délégation du Directeur, les personnels du service de sécurité des sites sont chargés de veiller au respect des règles énoncées ci-dessus.

Le refus opposé par tout personnel hospitalier l'expose à des sanctions disciplinaires sur rapport circonstancié, transmis au Directeur par le responsable du service de sécurité.

Par ailleurs, le Directeur se réserve le droit de faire appel aux forces de Police ou à la fourrière, pour tout véhicule dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes et des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.

LE SERVICE DE SECURITE

Le Groupe Hospitalier du Havre dispose d'un service de sécurité placé sous l'autorité du chef du service sécurité et rattaché à la Direction des travaux et du patrimoine.

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 modifiée et des textes pris pour son application.

Les personnels sont formés à la sécurité incendie. De plus, ils exercent une mission de surveillance générale sur l'ensemble des établissements du Groupe Hospitalier du Havre.

Leur possibilité d'intervention sur les personnes est limitée aux cas prévus par la législation (obligation d'assistance à personne en péril, crime ou flagrant délit, légitime défense ou tout état de nécessité.)

Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. En cas de circonstances exceptionnelles, ils peuvent être conduits à demander à toute personne de se prêter aux mesures de sécurité prévues par le Directeur.

Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Dans l'enceinte de l'hôpital, ils doivent assister toute personne désorientée ou susceptible de courir un danger. Ils peuvent la retenir pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de sa situation et, le cas échéant, à sa prise en charge médicale par le SAMU ou un service de soins.

MATERIELS DE SECURITE GENERALE

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le Directeur aux instances représentatives compétentes du Groupe Hospitalier du Havre.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. Il doit être conforme aux règles énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et faire l'objet d'une déclaration au Préfet.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo surveillance doivent observer les dispositions réglementaires.

REGLES DE RESPONSABILITE

La mise en œuvre par le Groupe Hospitalier du Havre de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.



Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte du Groupe Hospitalier du Havre engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Le Groupe Hospitalier du Havre assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection juridique des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions.

Les victimes de préjudice de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par le Groupe Hospitalier du Havre.

RAPPORTS AVEC L'AUTORITE JUDICIAIRE

Doivent être traités et signalés :

- Tout dysfonctionnement majeur de l'établissement mettant en danger la sécurité des usagers, des patients et des personnels,
- Tout accident ou évènement grave susceptible de faire l'objet d'une instruction judiciaire, qu'il y ait eu dépôt de plainte ou non,
- Tout incident risquant d'avoir une résonance médiatique.

Sont notamment considérés comme évènements indésirables graves :

- Les décès par mort violente ou suspecte,
- Tout accident médical grave ayant pour conséquence soit un décès soit une dégradation grave de l'état de santé d'un ou plusieurs patients,
- Tout acte volontaire de nature délictueuse ou criminelle à l'encontre des usagers (ex : maltraitance...) ou du personnel,
- Tout évènement ou incident en lien avec un dysfonctionnement majeur de l'établissement, qu'il ait entraîné ce dysfonctionnement ou qu'il ait été causé par ce dysfonctionnement avec indisponibilité d'équipements et mettant en danger la sécurité des patients ou des personnels (ex : incendie, inondation...)

Selon la nature de l'évènement, le signalement est adressé, sous forme de rapport d'incident circonstancié :

- A l'autorité de tutelle,
- Aux autorités judiciaires,
- Au Président du Conseil de Surveillance,
- Au Conseil Général (pour les cas de maltraitance sur personnes âgées ou enfants).

Le Directeur ou l'administrateur de garde réunit la cellule de crise afin d'informer de la situation et déterminer les modalités de l'enquête interne médico administrative.

La cellule de crise établit ensuite un plan d'actions sur la base des premiers résultats de l'enquête interne :

- Actions relatives à la protection des usagers et du personnel,
- Actions relatives à la protection de tout élément susceptible d'intéresser les autorités judiciaires, notamment en cas de suspicion d'acte délictuel ou criminel,
- Actions relatives à la communication interne et externe.

Un document intitulé « charte police justice » est disponible sur intranet pour toute question relative aux rapports avec l'autorité judiciaire.

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des évènements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le Comité local d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès et la sortie du Groupe Hospitalier du Havre à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site du Groupe Hospitalier.

En cas de péril grave et imminent pour le Groupe Hospitalier, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du Groupe Hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

PLAN DE SECOURS D'URGENCE (PLAN BLANC)

Le plan blanc du Groupe Hospitalier du Havre vise à organiser la prise en charge des patients lors d'une situation de crise : organiser l'accueil de jour comme de nuit d'un afflux massif de victimes quel que soit l'évènement.

Ce plan s'inscrit dans une coordination zonale et départementale :

L'élaboration du schéma départemental et son suivi incombent à l'Agence Régionale de Santé en collaboration technique avec le SAMU. Il définit le rôle et la place de chaque établissement dans une situation exceptionnelle.

L'organisation zonale pour les risques spécifiques est placée sous la responsabilité du préfet de zone.

Il prévoit les annexes spécifiques portant sur des risques tels que : les risques NRBC, les risques majeurs, la pandémie grippale, la canicule.

La Direction des Affaires Générales est chargée de la mise à jour annuelle du plan blanc et de ses annexes, ainsi que de son évaluation.

Le Directeur de l'établissement ou son représentant, le Directeur de garde, est responsable de la mise en œuvre du plan blanc et de la prise en charge des patients confiés par le SAMU ou se présentant spontanément.

Le plan blanc est déclenché par le Directeur de l'établissement dans trois cas de figures :

- A la demande du SAMU,
- A la demande des autorités préfectorales,
- A sa propre initiative (incident interne majeur, engorgement des capacités d'accueil à l'hôpital).

Dès la survenue d'un évènement inhabituel, l'Agence Régionale de Santé, le Préfet ou le SAMU doit informer le Directeur pour une mise en pré alerte.

Conformément à la circulaire du 3 mai 2002 : «La décision de déclencher appartient au Directeur de l'établissement concerné ou, par délégation, à l'administrateur de garde, en fonction de critères quantitatifs ou qualitatifs ».

Le Préfet de Département, le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Président du Conseil de Surveillance sont informés sans délais de cette décision.

Son déclenchement s'accompagne de la mise en place d'une cellule de crise.

Face à une crise, le Directeur devra identifier au plus vite si celle-ci revêt un aspect interne, ou si elle nécessite le recours à une assistance extérieure : sécurité civile, force de l'ordre.

Le plan blanc et ses annexes sont disponibles sur intranet ou sur demande auprès de la Direction des Affaires Générales.

▪ Sous-section 3. La sécurité du fonctionnement

GARDE TECHNIQUE

Le Directeur Général organise une garde technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du Groupe Hospitalier.

Il désigne les agents des services techniques du Groupe Hospitalier du Havre qui assurent cette garde, distincte de la garde administrative.



SECURITE INCENDIE

Le Groupe Hospitalier du Havre est tenu d'appliquer les règles de sécurité incendie applicables à tous les établissements ouverts au public.

Le personnel de sécurité est formé et entraîné par des exercices réguliers à l'application des règles législatives. A cet effet, le responsable du service sécurité est chargé, en coordination avec le Directeur des travaux et du patrimoine, de l'information et de l'organisation des contrôles par la commission départementale de sécurité incendie.

Sont consignés par écrit les éléments suivants :

- Les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu,
- Les dates et contenus des opérations de maintenance effectués sur le matériel de prévention,
- Les dates et descriptifs des opérations de travaux réalisés dans l'établissement,
- Tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation et exercices des professionnels, changement d'affectation des locaux, sinistres...

Ces renseignements sont consignés et communiqués à la commission départementale de sécurité, à l'occasion de ses passages réguliers au sein des établissements.

INTERDICTION DE FUMER

Conformément à la loi, il est interdit de fumer dans les locaux clos et couverts de l'établissement. Des dérogations peuvent être acceptées dans les chambres d'EHPAD considérées comme des domiciles privés.

En ce qui concerne les espaces à l'air libre, il est interdit de fumer dans les abords immédiats des bâtiments et il est demandé au personnel de retirer sa tenue de travail le cas échéant.

Une signalétique apparente rappelle cette interdiction dans l'ensemble de l'établissement.

▪ Sous-section 5 : la sécurité informatique

CONNEXION AU RESEAU

Toute connexion au réseau informatique du Groupe Hospitalier du Havre, quelles qu'en soient les modalités, est potentiellement susceptible de mettre en péril la fiabilité du réseau, sa pérennité et la préservation de la confidentialité des données administratives et médicales.

Toute installation de matériel informatique et de tout autre matériel connecté au réseau doit recevoir préalablement l'autorisation du service informatique après expertise technique des matériels et analyse des contrats de maintenance.

De même, toute intervention extérieure sur le réseau ou sur le matériel informatique doit être autorisée et contrôlée étroitement par le service informatique. La gestion des anti-virus et leurs mises à jour régulières est du ressort exclusif du service informatique.

Tout personnel disposant d'un identifiant et d'un mot de passe pour accéder à certains logiciels doit les considérer comme strictement individuels et professionnels. De même la boîte électronique des agents de l'établissement ne doit servir qu'à un usage professionnel.

Dans un souci de sécurisation du réseau et du matériel informatique du Groupe Hospitalier du Havre, l'accès aux locaux informatiques est strictement réservé aux informaticiens. Tout personnel étranger au service ne peut se voir autorisé à pénétrer dans ces locaux que dans le cadre d'un rendez-vous préalablement demandé.

Dans l'hypothèse où une infraction à ces règles de gestion informatique serait constatée, le Groupe Hospitalier du Havre se réserve la possibilité de porter plainte.

Le Directeur du système d'information édicte la charte d'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Le raccordement du système informatique de l'établissement au réseau public Internet rend nécessaire la définition de règles d'utilisation d'Internet..

L'objet de ces règles est de :

- Maintenir la sécurité du système,
- Préserver la confidentialité des données,
- Maintenir les performances du système,
- Limiter la prolifération des logiciels téléchargés sur Internet,
- Eviter l'utilisation d'Internet à des fins non professionnelles ou illicites.

La charte s'applique à toute personne qui utilise Internet au sein du Groupe Hospitalier du Havre. Elle est signée électroniquement par chaque utilisateur lors de sa première connexion à Internet. L'accès à Internet est ouvert à toute personne ayant signé électroniquement cette charte.

Ce droit d'accès est personnel, non cessible à un tiers et révoquant à tout moment. Il est supprimé lorsque l'utilisateur cesse son activité au sein du Groupe Hospitalier du Havre.

Il est limité aux activités en rapport avec l'exercice professionnel de l'utilisateur au Groupe Hospitalier du Havre.

Il est garanti par un code d'accès unique et un mot de passe connu du seul détenteur du droit.

L'utilisateur est tenu d'assurer la confidentialité de son code d'accès à Internet. Ce code et mot de passe sont personnels et non cessibles. Ils ne peuvent pas être exigés par un supérieur hiérarchique et sont les garants du bon usage du droit d'accès de l'utilisateur.

En conséquence, l'utilisateur doit en permanence se prémunir d'une utilisation frauduleuse de son droit d'accès :

- En préservant la confidentialité de son mot de passe,
- En s'assurant de ne pas laisser un accès Internet ouvert sans surveillance.

Le Groupe Hospitalier du Havre ne saurait être tenu responsable de tout manquement à cette règle et de ses conséquences en cas d'utilisation non tolérée de son droit.

L'utilisateur doit assurer la confidentialité des informations qu'il détient. En particulier, il ne doit pas transmettre via Internet les données nominatives et/ou confidentielles en sa possession. La transmission d'informations médicales nominatives est donc prohibée et engagerait le cas échéant la seule responsabilité de l'émetteur.

L'utilisateur ne doit pas diffuser via Internet (e-mail, news, Web...) de données soumises à droit de copie qu'il ne détient pas.

Ces règles s'imposent quelle que soit la nature des données confidentielles en cause, qu'il s'agisse de données spécifiques au Groupe Hospitalier du Havre ou de données dont il se trouverait dépositaire, et notamment de données relevant du secret médical ou intéressant la vie privée des personnes.

Le Groupe Hospitalier du Havre se réserve le droit de :

- Bloquer l'accès à des sites n'ayant aucun rapport avec l'activité professionnelle et/ou non conformes à la morale (sites pornographiques, sites de téléchargement, proxys anonymes, etc.),
- Bloquer la diffusion des groupes de news sans relation directe avec les centres d'intérêts professionnels présumés des utilisateurs,
- Bloquer l'accès Internet en cas de constatation d'abus de l'utilisateur et limiter l'accès aux seuls protocoles nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle,
- Bloquer l'utilisation de certains protocoles susceptibles de remettre en cause la sécurité du système d'information de l'hôpital.

En cas de blocage d'accès à un site, l'utilisateur peut, sur demande motivée auprès du service informatique, obtenir l'ouverture de ses droits vers ce site.

En contrepartie, l'utilisateur s'engage à ne pas tenter de contourner ces blocages.

L'utilisateur est expressément informé que, conformément à la réglementation, un journal des opérations réalisées sur Internet est conservé. Le journal des opérations contient l'ensemble des informations décrites dans le décret 2006-358 relatif à la conservation des données des communications électroniques.

- Le code utilisateur de la personne,
- L'adresse IP du PC,
- Les caractéristiques techniques de chaque accès (date, durée, sites visités...).



Chapitre II - ADMISSIONS - CONDITIONS DU SEJOUR - SORTIES

Les dispositions relatives aux hospitalisations et consultations externes s'inscrivent en premier lieu dans le cadre de la loi 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette loi a pour objectif de reconnaître les droits fondamentaux de la personne malade et de garantir la qualité du système de soins, tout en instaurant une véritable démocratie sanitaire.

Le Groupe Hospitalier du Havre a pour mission de favoriser la mise en œuvre de ces objectifs, dans les divers aspects de la prise en charge des patients.

Les droits essentiels des personnes malades accueillies au Groupe Hospitalier du Havre sont rappelés dans la charte de la personne hospitalisée, dans la charte police justice et dans le guide des usagers mis en ligne sur le site intranet de l'établissement.

Section 1 : ACCUEIL ET ADMISSIONS DES PATIENTS

▪ Sous-section 1 : modalité d'accueil et d'admission des malades

Les dispositions de cette sous-section s'exercent sans préjudice des dispositions particulières à l'hospitalisation en psychiatrie.

PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU MALADE

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées :

- Par les situations d'urgence,
- Par les disponibilités en lits et en personnel médical du Groupe Hospitalier du Havre,
- Par les dispositions spécifiques à la lutte contre les maladies mentales.

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services ou départements, les malades ont le libre choix du service ou du département dans lequel ils désirent être admis.

ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital.

Le Groupe Hospitalier du Havre a mis en place en conséquence une permanence d'accès aux soins de santé adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

ACCUEIL DES MALADES

Le Groupe Hospitalier du Havre a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Le personnel du Groupe Hospitalier du Havre est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.



LIVRET D'ACCUEIL

Toute personne hospitalisée reçoit un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du GHH. Il est également disponible sur le site intranet et internet de l'établissement (www.ch-havre.fr).

Le livret d'accueil est un outil d'information destiné aux usagers. Il doit permettre aux usagers de préparer et de faciliter leur séjour à l'hôpital. On y trouve tous les renseignements utiles lors de l'admission, tout au long du séjour, et au moment de la sortie.

Il informe les usagers de leurs droits et contient notamment la Charte de la personne hospitalisée, des informations sur les modalités d'accès aux informations de santé ou sur la procédure à suivre en cas de mécontentement.

Il est d'usage de remettre le livret lors de l'admission et si possible avant dans le cas des hospitalisations programmées.

Lors de l'accueil de l'usager en vue de son hospitalisation, il est recommandé de s'assurer que ce dernier est bien en possession du livret d'accueil et qu'il n'a pas besoin d'informations complémentaires.

Dans la mesure où elle coïncide avec la décision d'hospitalisation, la remise du livret d'accueil est l'un des tous premiers gestes d'accueil manifesté au patient.

La remise doit se faire, dans la mesure du possible, au cours d'un échange personnalisé oral. Lors de cet échange, l'agent indique l'objectif du livret, le présente, et informe le patient de l'existence des documents d'information complémentaires qui sont disponibles sur simple demande ou sur le site internet de l'établissement.

Il est important de tenir compte des difficultés de compréhension de la personne hospitalisée, qu'il s'agisse de difficultés de nature linguistique ou de difficultés liées à l'âge ou au handicap.

Le livret d'accueil sera directement remis au patient par l'un des personnels de l'établissement. Lorsque le patient est un enfant ou une personne inapte à comprendre le document, il sera remis au représentant légal, à la personne de confiance ou à un proche.

COMPETENCES EN MATIERE D'ADMISSION

L'admission au Groupe Hospitalier du Havre est prononcée par le Directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital.

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde du Groupe Hospitalier du Havre, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation.

Il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection.

Il doit être accompagné d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin hospitalier concerné et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

ADMISSION EN URGENCE

Si l'état d'un malade ou d'un blessé requiert des soins urgents, le Directeur ou son représentant doit prononcer son admission, même en l'absence de toute pièce d'état-civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Plus généralement, il prend toute mesure pour que les soins urgents soient assurés.

Dans le cas où le malade est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis signé sans délai par le professionnel de l'hôpital qui a rédigé l'inventaire et par l'accompagnant ou le cas échéant par un témoin.

INFORMATION DES FAMILLES ET DES PROCHES DES PERSONNES HOSPITALISEES EN URGENCE

Le patient est invité lors de son accueil à désigner une personne à prévenir.

L'établissement est tenu de s'assurer que le patient souhaite ou non désigner une personne de confiance (*cf. Section 2 sous section 2 du présent chapitre*).

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le Cadre soignant ou l'infirmier(e) responsable du malade, dans le respect de la discrétion demandée éventuellement par le malade.

En cas de transfert dans un autre hôpital ou d'aggravation de l'état de santé du patient, les mêmes règles s'imposent pour l'information des familles.

CONDITIONS DE TRANSFERT D'UN PATIENT VERS UN ETABLISSEMENT DE SANTE PLUS APPROPRIE

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

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

REFUS D'HOSPITALISATION EXPRIME PAR LE MALADE

Lorsqu'un patient refuse les soins, interventions, examens ou consultations prescrites par le ou les praticiens qui le prennent en charge, se posent deux problèmes : celui du respect de la volonté du patient lui-même et celui de la responsabilité correspondant à cette situation.

Deux aspects sont à prendre en compte : la liberté du patient et la responsabilité du Groupe Hospitalier du Havre et des personnels. Ainsi il faut rappeler que le principe fondamental est le respect du choix du patient. L'information conditionne le consentement éclairé. Mais il faut également connaître et apprécier l'aptitude au consentement du patient, afin de permettre l'expression d'un refus ; le statut juridique joue ici un rôle capital (mineur, émancipation, majeur protégé, incapables...). Ces situations particulières sont reprises dans la charte police justice disponible sur intranet ou auprès de la Direction des Affaires Générales.

Le refus de soins est caractérisé quand :

- Le patient persiste à refuser les soins nécessaires à son état,
- Le refus est obstiné,
- Le refus est décidé de manière libre et éclairée, c'est-à-dire après que le patient ait reçu une information claire et loyale et compris les conséquences du refus.

La procédure :

- Le patient ou les parents du patient mineur doivent être informés oralement, de façon claire, loyale et intelligible sur la pathologie, sur le traitement proposé et sur les risques encourus en cas de refus de la prise en charge médicale proposée,
- Si le malade (ou le responsable légal pour un mineur ou un majeur protégé) persiste : les informations données oralement (en respectant les règles concernant le secret professionnel) doivent être mises par écrit :
 - La rédaction du document et sa remise au patient sont effectuées en présence d'un tiers soignant (infirmière) : il est à noter le caractère impératif de l'information médicale donnée par un médecin,
 - La signature par le patient (ou son représentant légal pour un mineur ou un majeur protégé) doit être précédée d'une relecture orale en s'assurant que tous les termes sont compris,
 - Si le malade refuse de signer, un procès-verbal de constat de refus de signer doit être établi, en présence d'un tiers soignant,
 - Le refus de soins doit être notifié dans le dossier du patient.



La sortie du patient :

Si toutes les conditions précitées sont réunies et l'information adaptée, la sortie du patient est possible. La procédure suivante doit être faite (dans le respect de la déontologie médicale) à savoir :

- Informer le médecin traitant puis lui adresser un courrier lui précisant les conditions de la sortie de son patient,
- Adresser un courrier au patient lui rappelant les nécessités du traitement et la possibilité qui lui est toujours offerte de revenir sur sa décision. Laisser des consignes claires et précises pour joindre facilement le bon interlocuteur,
- S'assurer du retour à domicile du patient,
- Laisser une trace des documents dans le dossier du patient.

Dans tous les cas : si le patient sorti présente un danger réel pour lui-même ou pour les tiers, une déclaration peut être faite à la police.

DEPOT DES OBJETS

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur des hospitalisés sont effectués auprès du régisseur de recettes du Groupe Hospitalier du Havre contre délivrance d'un reçu.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par le personnel de l'établissement et l'accompagnant et le dépôt effectué par l'agent hospitalier qui a rédigé l'inventaire et l'accompagnement ou le cas échéant par un témoin.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

▪ Sous-section 2 : régimes d'hospitalisation et de consultation

PARCOURS DE SOINS COORDONNE

A son arrivée, le patient indique à l'agent de la cellule gestion du public le nom de son médecin traitant. Le courrier par lequel le médecin traitant oriente le patient vers un praticien du Groupe Hospitalier du Havre est demandé dès l'admission dans le service de soins.

PIECES A FOURNIR POUR TOUTE PRISE EN CHARGE

Sous réserve des dispositions relatives à l'anonymat des malades (cf charte police justice), l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

À cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des admissions :

- Sa carte vitale ou son attestation de carte vitale, ou sa carte européenne d'assurance-maladie ou son certificat provisoire, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie,
- Une pièce d'identité ou un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...),
- Un document attestant qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier,
- Le cas échéant, un document attestant que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'Etat,
- Les bénéficiaires de l'article L 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de présenter leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

Bénéficiaires d'un régime de sécurité sociale

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent. Ces documents sont énumérés aux articles précédents.

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur restent à la charge de la personne hospitalisée.

Si le patient ne peut présenter sa carte vitale ou justifier de l'ouverture de ses droits, une confirmation de prise en charge est recueillie auprès de l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

Personnes qui ne bénéficient pas d'un régime de sécurité sociale

Personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle

La loi n° 99-641 sur la couverture maladie universelle permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé. Elle offre également aux personnes dont les revenus sont les plus faibles une couverture maladie complémentaire.

Pour bénéficier de ces prestations, les personnes qui ne peuvent justifier l'ouverture de leurs droits au moment de l'admission sont orientées vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou vers le service social.

Les personnes qui, au moment de leur demande, sont sans domicile fixe, doivent présenter une adresse. Par défaut, elles élisent domicile auprès d'un organisme agréé.

Personnes ne bénéficiant pas de la Couverture Maladie Universelle

Si le patient n'est pas assuré social, et ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle, il est tenu de signer un engagement de payer l'intégralité des frais d'hospitalisation. Il est tenu d'acquitter à la caisse de l'établissement le montant d'une avance correspondant à la durée prévisible de l'hospitalisation au tarif du service qui l'accueille. Ce versement doit être effectué au plus tard à la sortie.

Consultations externes

Des consultations médicales sont organisées au sein du Groupe Hospitalier du Havre pour les patients externes.

Le Directeur s'assure que les médecins exerçant au sein du Groupe Hospitalier effectuent eux-mêmes les consultations prévues.

Le Directeur met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer le bon fonctionnement de ces consultations.

Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers-payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie. Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. Sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers, ils doivent payer le ticket modérateur à la sortie de la consultation.



Si, dans les huit jours de sa consultation, le malade ne justifie pas d'une affiliation à un organisme d'assurance-maladie, l'intégralité des frais lui est facturée.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de ou vers le service social hospitalier, qui les assisteront si nécessaire pour accéder à la consultation.

- **Sous-section 3 : activité libérale des médecins au sein du Groupe Hospitalier du Havre**

MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE AU SEIN DU GHH

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle de la Commission d'Activité Libérale du GHH.

ACTIVITES CONCERNEES

L'activité libérale peut concerner les consultations externes, les actes médico-techniques et les soins en hospitalisation. Toutefois :

- Le praticien hospitalier qui exerce une activité libérale doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public,
- La durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Les périodes, demi périodes ou fraction de temps correspondant à l'activité libérale doivent être clairement identifiées dans le tableau de service nominatif,
- Le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique. Le volume des actes correspond, selon le cas, aux coefficients affectés aux lettres-clés figurant dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la valorisation tarifaire des actes codés par la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Enfin, aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS EXERCES DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE LIBERALE D'UN PRATICIEN DU GHH

Les patients peuvent demander à être soignés ou hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein. Celui-ci doit respecter les obligations suivantes :

- Information écrite préalable du patient sur le tarif des actes effectués, le montant de dépassement éventuel et les conditions de leur remboursement par l'Assurance Maladie. Cette information doit également être fournie lorsque des actes hors nomenclature sont réalisés,
- Affichage de façon visible et lisible (dans la salle d'attente ou à défaut dans le lieu d'exercice), des tarifs et honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris.

Le praticien est également tenu de fixer ses honoraires avec tact et mesure.

En cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, il (ou un ayant-droit) doit formuler cette option par écrit, dès son entrée, après qu'il ait pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix. A défaut, la responsabilité de l'établissement peut être mise en cause.

En cas de consultation, lors de la prise de rendez-vous dans le cadre de l'activité libérale, la secrétaire est tenue d'informer le patient concernant le tarif des actes effectués, le montant de dépassement éventuel et les conditions de leur remboursement par l'assurance maladie.

Le dossier d'admission est constitué dans les mêmes conditions que celles applicables aux admissions dans le secteur public. Les frais d'hospitalisation sont également calculés et valorisés selon les mêmes modalités, le praticien encaissant ses honoraires en sus.

A noter :

- Aucun patient ne peut être transféré du secteur d'activité libérale d'un praticien hospitalier s'il a été admis au titre du secteur public et inversement, sauf demande motivée du patient (ou de ses ayants droit) et après avis du Chef de Service.
- Pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUc), les médecins doivent appliquer le tarif de remboursement de l'Assurance Maladie.

MODALITES D'ENCAISSEMENT DES HONORAIRES DU PRATICIEN

Les praticiens exerçant une activité libérale peuvent percevoir leurs honoraires soit directement soit par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

- Directement : les praticiens doivent transmettre au Directeur de l'Hôpital un état récapitulatif de leur activité libérale, cet état devant faire figurer au regard de chaque acte (lettres-clés de la NGAP ou code regroupement de la CCAM) ou consultation, les honoraires correspondants et le cas échéant, les dépassements,
- Par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital : dans ce cas, les sommes sont encaissées par le régisseur de l'établissement qui les enregistre sur un quittancier particulier et les reverse au comptable du trésor aux fins de comptabilisation sur le compte « Comptes individuels des praticiens ». L'établissement reverse mensuellement les honoraires encaissés au praticien. Les actes non encaissés ou partiellement encaissés en régie donnent lieu à émission, par l'établissement, d'un avis de recouvrement spécifique à l'encontre du patient concerné. Cet avis de recouvrement précise notamment le nom et l'adresse du patient, la date et la nature de l'acte, le montant des honoraires.

Les praticiens doivent transmettre le même état récapitulatif que celui établi par les praticiens encaissant directement leurs honoraires.

Pour les patients assurés sociaux, le praticien doit établir une feuille de soins et y porter la cotation des actes réalisés et l'intégralité des honoraires demandés.

Si le patient a réglé la totalité de ses soins, le praticien (ou l'établissement si l'encaissement a été effectué par son intermédiaire) lui remet la feuille de soins, à charge pour lui d'en demander le remboursement à l'assurance maladie.

Si le patient a été dispensé de l'avance des frais, le praticien (ou l'établissement si l'encaissement a été effectué par son intermédiaire) transmet la feuille de soins à l'organisme gestionnaire dont dépend le patient. Les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient ou de son organisme complémentaire.

Parallèlement, tous les 6 mois, les organismes d'assurance maladie communiquent au Directeur de l'établissement et au Président de la Commission d'Activité Libérale, les informations sur les honoraires, le nombre et le volume des actes effectués par les praticiens concernés.

▪ Sous-section 4 : dispositions particulières à certains patients

DISPOSITIONS RELATIVES AUX FEMMES ENCEINTES

Admission

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

Déclaration de naissance

Les déclarations de naissances sont faites dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier d'Etat Civil du lieu.

Le jour de l'accouchement n'est pas compris dans ce délai de trois jours. Lorsque le dernier jour dudit délai est un jour férié, ce délai est prolongé jusqu'au premier jour ouvrable qui suit le jour férié.

La naissance de l'enfant est déclarée par le père, ou à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui ont assisté à l'accouchement; et lorsque la mère est accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle a été accouchée...."



L'agent d'Etat Civil du GHH ne fait pas les déclarations de naissances. Ce sont les parents qui s'en chargent directement auprès de l'Antenne de la Mairie de Montivilliers.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX MILITAIRES ET VICTIMES DE GUERRE

Admission hors cas d'urgence

Les militaires sont admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente.

Admission en urgence

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.

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

DISPOSITIONS RELATIVES AUX MALADES ETRANGERS

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un malade étranger non résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un malade étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Les étrangers ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX MALADES AYANT LA QUALITE D'EVACUES SANITAIRES

Des malades non résidents en France peuvent être admis au sein du Groupe Hospitalier du Havre dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles.

Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale de l'État.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX MALADES DEVANT CONFIER PROVISoireMENT DES ENFANTS AU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

Lorsqu'un malade souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le Directeur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- Faire examiner les enfants par un médecin;
- Préparer un dossier d'admission pour le service d'aide sociale à l'enfance;
- Faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide sociale à l'enfance.

Section 2 : SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS

▪ Sous-section 1 : consentement aux soins

PRINCIPE DU CONSENTEMENT AUX SOINS

Aucun acte ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient. 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.

Par ailleurs, le médecin doit tenir compte des directives anticipées rédigées par le patient pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant.

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Le Code de la santé publique dispose que toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Désignation de la personne de confiance :

Lors de toute hospitalisation, l'établissement doit proposer systématiquement au malade de désigner une personne de confiance. Cette désignation demeure facultative et est faite par écrit. Elle est valable pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf volonté contraire du patient.

S'il n'existe pas de personne de confiance, c'est la famille puis les proches qui sont concertés.

La désignation doit être proposée soit au moment de l'admission, soit au cours de l'hospitalisation, soit avant l'hospitalisation. Il est recommandé que la désignation se fasse après information par le personnel soignant afin de s'assurer que le patient comprend bien l'importance du choix.

Le patient peut changer d'avis à tout moment et peut annuler sa désignation ou remplacer la désignation d'une personne par une autre.

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

Le mineur et le majeur sous tutelle ne peuvent pas faire un tel acte, mais rien ne s'oppose à ce qu'un patient placé sous sauvegarde de justice ou sous curatelle désigne une personne de confiance. Il en est de même pour les patients hospitalisés sous contrainte en psychiatrie dès lors que leurs facultés de discernement le leur permet.

La personne de confiance choisie par le patient peut être un parent, un proche ou son médecin traitant. Elle peut être le mandataire de protection futur. Il doit s'agir d'une personne de son entourage en qui le patient a confiance, qui est suffisamment proche de lui pour connaître ses convictions et qui est d'accord pour assumer cette mission.

Dans l'hypothèse où le patient arriverait inconscient à l'hôpital, il peut être porteur, dans ses effets personnels, d'un document désignant telle personne comme personne de confiance. L'inventaire de ses effets permettrait de prendre connaissance de ce document et de contacter cette personne. Les coordonnées complètes de la personne désignée doivent être scrupuleusement notées dans le dossier patient.

Missions et obligations de la personne de confiance :

Sa mission consiste essentiellement à accompagner la personne malade au cours de son hospitalisation. Elle a un rôle d'assistance et un rôle de consultant.

Elle accompagne le malade qui le souhaite dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de le conseiller et de l'aider dans ses décisions.

Par ailleurs, en cas de pronostic grave, la personne de confiance est habilitée à recevoir les informations nécessaires destinées à lui permettre d'apporter un soutien direct au patient.

Lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information médicale, elle devient l'interlocuteur de l'équipe qui doit obligatoirement la consulter en lieu et place du malade inconscient. L'avis de cette dernière prime sur tout autre avis non médical dans les décisions prises par le médecin concernant la fin de vie du malade inconscient.

Elle peut être la détentrice des directives anticipées.

La personne de confiance n'est pas à confondre avec la personne ou les personnes à prévenir en cas de besoin, mais le patient peut néanmoins désigner comme personne de confiance et comme personne à prévenir la même personne.

La personne de confiance n'est pas à confondre avec la personne majeure qui doit obligatoirement accompagner une mineure qui subit une IVG à l'insu de ses parents, ou un mineur qui ne souhaite pas que les titulaires de l'autorité parentale soient informés de son état de santé.

La personne de confiance ne doit pas trahir la confiance du patient en ce sens qu'elle doit exprimer exactement la volonté de celui-ci, même si elle ne correspond pas au choix qu'elle aurait fait dans une situation comparable.



La personne de confiance est tenue au secret à l'égard des informations dont elle a eu connaissance dans le cadre de sa mission. La révélation de ces informations constitue une atteinte à la vie privée du patient et est passible de sanctions pénales. La personne de confiance n'a pas le droit de révéler des informations sur l'état de santé du patient aux membres de la famille.

Limites du rôle de la personne de confiance :

La personne de confiance n'a pas un pouvoir de représentation de la personne l'ayant désignée. Elle ne peut qu'être consultée et n'a pas de pouvoir décisionnel. L'avis émis par la personne de confiance n'est pas opposable au médecin qui demeure libre de la décision médicale.

Toutefois, la personne de confiance peut être amenée à émettre un véritable consentement dans le cadre de recherche biomédicale en situation d'urgence quand le patient est hors d'état de manifester sa volonté et s'il n'a pas fait l'objet d'une protection.

La personne de confiance ne peut pas obtenir communication du dossier médical du patient (à moins qu'une procuration en ce sens n'ait été faite). De plus, si le patient souhaite que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances.

En revanche, si la personne de confiance doit être consultée parce que le patient n'est pas en mesure de s'exprimer, les informations jugées suffisantes pour qu'elle puisse exprimer la volonté du patient devront lui être communiquées.

Concernant les patients en fin de vie, la loi prévoit que la personne de confiance est consultée concernant la limitation ou l'arrêt des traitements susceptibles de mettre la vie du patient en danger.

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Définition et utilité :

Il s'agit d'instructions que donne par avance une personne consciente, sur la conduite à tenir au cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient en fin de vie, hors d'état d'exprimer sa volonté, chez qui il est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

Le médecin n'est pas tenu de se conformer aux directives anticipées si d'autres éléments venaient modifier son appréciation.

Modalités et conditions d'établissement des directives anticipées :

Les directives anticipées doivent avoir été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne concernée ou avant le jour où la personne s'est avérée hors d'état d'exprimer sa volonté pour que le médecin en tienne compte.

Elles doivent être renouvelées tous les trois ans (confirmation signée de l'auteur sur le document).

Ces directives anticipées sont modifiables et révocables librement à tout moment. Toute modification fait courir une nouvelle période de trois ans.

Pour être valides les directives anticipées doivent respecter certaines règles.

Si la personne peut rédiger elle-même ses directives anticipées :

- Elles sont écrites, datées et signées par leur auteur,
- L'auteur doit s'identifier en indiquant ses prénoms, nom, date et lieu de naissance.

L'auteur peut demander au médecin auquel il confie ses directives anticipées d'établir une attestation certifiant qu'il est en état d'exprimer sa volonté lors de la remise de ces directives.

Si la personne ne peut pas rédiger elle-même ses directives anticipées :

- La personne de confiance ou une autre personne peut rédiger les directives pour l'auteur,
- Deux témoins doivent attester que les directives sont l'expression de la volonté de l'auteur. Ces deux témoins indiquent leur nom et qualité. L'attestation est jointe aux directives,
- L'auteur des directives doit être identifié par ses prénoms, nom, date et lieu de naissance.

Conservation des directives anticipées

Les directives anticipées doivent être facilement accessibles pour le médecin qui devra en tenir compte. Elles peuvent être conservées en plusieurs exemplaires à différents endroits :

- Par l'auteur lui-même,
- Dans le dossier médical du médecin libéral (médecin traitant ou autre médecin,)
- Dans le dossier médical de l'hôpital,
- Par la personne de confiance,
- Par un membre de la famille,
- Par un proche.

Si les directives anticipées ne sont pas conservées dans un dossier médical, il est obligatoire d'indiquer dans ce dossier leur existence et les coordonnées de la personne qui les détient.

Lorsqu'un médecin envisage une limitation ou un arrêt de traitement, il doit vérifier si la personne concernée a écrit des directives anticipées en consultant le dossier médical en sa possession, le service d'admission de l'hôpital, la personne de confiance, la famille, les proches, le médecin traitant ou le médecin qui a adressé la personne à l'hôpital. Ce médecin doit aussi s'assurer que les directives anticipées ont été établies conformément à la loi.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA RECHERCHE BIOMEDICALE

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis du comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient, ou le cas échéant de son représentant légal, doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que pour les personnes majeures d'hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

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

Le Directeur Général du Groupe Hospitalier du Havre et le Ministre de la Santé doivent toujours être informés de la nature et des modalités des recherches entreprises.

▪ Sous-section 2 : information médicale

INFORMATION DU PATIENT

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein du GHH sont informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.



Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur :

- Les différentes investigations,
- Les 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,
- Les autres solutions possibles,
- Les conséquences prévisibles en cas de refus.

L'objectif est de permettre au patient de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation personnelle, pour consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et aux traitements.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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

En cas de litige, il appartient au professionnel ou au GHH d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues par le Code de la santé publique. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Il est donc conseillé de garder une trace dans le dossier du patient de l'information donnée et du recueil du consentement. Pour cela un document écrit peut être signé par le patient et le médecin.

INFORMATION DE LA FAMILLE OU DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DU PATIENT

Lorsque le patient ne requiert pas le secret de son hospitalisation, les médecins reçoivent les familles dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

Les indications d'ordre médical, tels que le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données aux membres de la famille que par les médecins dans les conditions définies par la déontologie médicale.

Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétences.

Cette information est transmise avant que la décision n'ait reçu exécution, sauf urgence médicale.

INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT

A l'entrée

Sous réserve de l'accord du malade, le Groupe Hospitalier du Havre informe par lettre le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. Il doit l'inviter simultanément à prendre contact avec le responsable médical de cette unité de soins, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à faire connaître son souhait d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

En cours d'hospitalisation

Sous réserve de l'accord du malade, en cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du patient.

A la sortie

Sous réserve de l'accord du malade, le médecin responsable adresse au médecin désigné par le malade ou sa famille, par voie postale et dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre.

LE SECRET A L'HOPITAL

Le secret médical est l'obligation de ne pas divulguer des informations à caractère médical. Cette obligation pèse en premier lieu sur les professionnels de santé, médicaux ou non médicaux.

Le secret professionnel est l'obligation imposant à l'ensemble des personnels de l'établissement de taire les informations à caractère secret, y compris les données à caractère médical, dont il a eu connaissance dans le cadre de son activité professionnelle ou sur son lieu de travail.

Le secret médical n'est pas un droit, mais un devoir.

Le secret constitue la garantie de la confiance entre le médecin et son patient.

La protection de ce secret est prévue par le code de la santé publique qui stipule que « toute personne prise en charge par un professionnel de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

Le Code de la santé publique dispose que "Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris".

Le secret médical revêt un caractère général et absolu sauf cas prévu par la loi.

Par exception, le secret peut cependant être partagé dans les cas suivants avec les proches ou la famille :

- En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient 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. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations,
- En cas de décès : le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès.

Les patients peuvent demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation. Un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein du Groupe Hospitalier du Havre ou sur leur état de santé.

Ces dispositions ne font pas obstacle à l'obligation pour le Directeur de signaler aux autorités militaires l'admission en urgence de militaires.

Les dispositions relatives au secret de l'hospitalisation ne sont pas applicables au mineur soumis à l'autorité parentale sauf dans les circonstances prévues par la loi (cf charte police justice).

Ces dispositions ne font pas obstacle à l'obligation pour le personnel médical de faire droit à toute demande d'information par les services de police ou de gendarmerie intervenant dans le cadre d'une procédure de flagrance ou d'une commission rogatoire.

Pour autant, les dates de début et de fin d'hospitalisation, comme tous les renseignements administratifs, ne sont pas couverts par le secret médical.



TRAITEMENTS AUTOMATISES DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

À l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein du Groupe Hospitalier du Havre, des informations à caractère personnel le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements informatisés sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers : cellule gestion du public, facturation, services médicaux et médico-techniques, etc.

Le Groupe Hospitalier du Havre veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Les personnels en assurent la stricte confidentialité conformément aux dispositions relatives au secret professionnel et à l'obligation de réserve et de discrétion.

Ces principes sont garantis par la loi « Informatique et libertés », qui prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le patient, pour les informations à caractère personnel qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement automatisé. Ces dispositions sont affichées dans les services accessibles aux patients.

Tout traitement automatisé spécifique mis en œuvre au sein du Groupe Hospitalier du Havre et gérant des données à caractère personnel doit être déclaré auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), avant qu'il ne soit mis en exploitation.

DOSSIER MEDICAL DU PATIENT

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Le cas échéant, un dossier est constitué pour un malade reçu en consultation externe au sein du Groupe Hospitalier du Havre.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient, ainsi que l'identité du professionnel qui a recueilli ou produit les informations.

Les prescriptions médicales sont datées et signées. Le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, le Directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein du Groupe Hospitalier du Havre. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient conformément à la réglementation.

COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues par l'hôpital et par les professionnels qui y exercent.

Sont concernées, les informations qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

- Les résultats d'examens,
- Les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation,
- Les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre,
- Les feuilles de surveillance,
- Les correspondances entre professionnels de santé.

Ne sont pas communicables, les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques est saisie.

Le médecin qui a établi ou qui est dépositaire de ces informations peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte d'un patient atteint de troubles mentaux (hospitalisation sur demande d'un tiers ou hospitalisation d'office) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition prévue par la réglementation, est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Une demande de communication du dossier médical est adressée au Directeur. Elle est transmise au Département de l'Information Médicale et au service des archives. L'accès est personnalisé. La secrétaire des archives se met en relation avec le demandeur du dossier pour savoir s'il souhaite :

- Consulter son dossier sur place (consultation gratuite),
- Retirer les copies au service des archives,
- Que son dossier soit envoyé à son médecin traitant.

Les copies sont facturées au demandeur. Le demandeur est informé des tarifs lors de l'accusé de réception de sa demande par la Direction des Affaires Générales.

Lors de la consultation de son dossier, le demandeur peut bénéficier d'un rendez-vous avec le médecin qui l'avait pris en charge au moment de la constitution du dossier.

ACCES AU DOSSIER MEDICAL PAR LES MEDECINS DE LA SECURITE SOCIALE

Les praticiens responsables des structures médicales communiquent ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin conseil de la Sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

▪ Sous-section 3. Qualité des soins

DROIT DU MALADE A DES SOINS DE QUALITE

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. L'évaluation de la douleur doit être tracée dans le dossier du patient.

Les professionnels de santé du Groupe Hospitalier du Havre mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Le comité de lutte contre la douleur participe à la prévention et à la lutte contre la douleur.

DROIT AUX SOINS PALLIATIFS

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié.

Une équipe mobile de soins palliatifs composée de médecins et d'agents paramédicaux organisent les soins palliatifs au sein du Groupe Hospitalier du Havre et à domicile.



- **Sous-section 4 : expression par les patients et leur famille de suggestions, de réclamations ou de griefs**

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Tout hospitalisé reçoit avec le livret d'accueil un questionnaire de sortie destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire est mis à disposition du patient lors de son arrivée dans le service. Il est remis au Cadre de santé ou dans la boîte aux lettres du service anonymement si la personne hospitalisée le souhaite.

RECLAMATIONS ET VOIES DE RECOURS

Le Cadre de Santé est disponible dans le service pour rencontrer les familles et discuter des problèmes posés lors de l'hospitalisation.

Le patient ou ses ayants droit peut faire part directement au Directeur Général du Groupe Hospitalier du Havre de ses observations et de ses réclamations.

Le Directeur accuse réception de toutes les demandes formulées par écrit dans les délais les plus courts possibles.

Si le patient ou ses ayants droit estime avoir subi un préjudice dans le cadre de sa prise en charge, il peut saisir le Directeur Général d'une réclamation en vue d'obtenir réparation.

Le Directeur est tenu de lui faire connaître les voies et délais de recours qui lui sont offertes.

COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE (CRUQPEC)

Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

La liste nominative des membres de la commission est affichée au sein de l'hôpital et précisée dans le livret d'accueil.

Son fonctionnement est régi selon les modalités fixées à la sous section 5 de la section 1 du 1^{er} chapitre du présent règlement.

Section 3 : Les conditions de séjour au Groupe Hospitalier du Havre

- **Sous-section 1 : principes régissant le séjour**

REGLES GENERALES

La vie hospitalière implique le respect de la discipline qui s'exerce dans l'intérêt propre du patient et dans l'intérêt des autres personnes hospitalisées.

Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service.

Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène.

Les Cadres de Santé sont à la disposition des malades et de leur famille pour coordonner la prise en charge, donner des renseignements et de manière plus générale s'assurer du bon déroulement du séjour hospitalier.

INTRODUCTION D'OBJETS OU DE PRODUITS DANS L'ETABLISSEMENT

Les personnes hospitalisées et leurs visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni substances illégales, ni médicaments, sauf, pour ces derniers, accord du médecin.

Les personnes hospitalisées et leurs visiteurs ne doivent introduire de substances ou objets dangereux dans l'établissement tels les armes, produits particulièrement inflammables par exemple.

HORAIRES DES VISITES

Les visites aux hospitalisés ont lieu, en règle générale, entre 13h30 et 20h, tous les jours. Cependant, les Chefs de Service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités de service ou l'état de santé du patient.

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

Lorsque l'état du malade le justifie (par exemple accompagnement de fin de vie) ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de 16 ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite.

DROITS CIVIQUES

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont 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 du Groupe Hospitalier du Havre leur droit de vote, par procuration.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du Groupe Hospitalier du Havre, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

EXERCICE DES CULTES

La liberté de conscience et le respect des pratiques religieuses sont des règles fondamentales.

Les hospitalisés peuvent participer à l'exercice de leur culte.

Toutefois, la loi du 11 octobre 2011 interdit la dissimulation du visage dans l'espace public. Cette dissimulation est punie d'une amende de 150 € accompagnée ou non d'un stage de citoyenneté.

La loi prévoit plusieurs exceptions à l'interdiction notamment si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires, si elle est justifiée pour des raisons de santé ou des motifs professionnels.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des Cadres soignants.

La liste des Ministres des cultes est disponible sur intranet.

SUIVI SCOLAIRE DES PATIENTS MINEURS

Les mineurs en âge scolaire ont accès à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. Des enseignants exercent auprès des enfants hospitalisés en pédiatrie au Groupe Hospitalier du Havre.

DEPLACEMENT DES PERSONNES HOSPITALISEES DANS L'HOPITAL

Les hospitalisés souhaitant se déplacer dans la journée hors du service doivent en aviser le personnel soignant. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

DISPOSITIONS RELATIVES AU COMPORTEMENT DES HOSPITALISES ET AUX DESORDRES CAUSES PAR LE MALADE

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres malades ou pour le fonctionnement du service.

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Des agressions et dégradations sciemment commises peuvent entraîner l'exclusion du malade. De telles dégradations et agressions peuvent donner lieu à des poursuites judiciaires et pénales de la part de l'établissement.

EFFETS PERSONNELS DES MALADES

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital leur nécessaire de toilette, leur linge et leurs effets personnels.



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

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

SERVICES DIVERS

Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales.

Téléphone

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone ou les cabines téléphoniques ; ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Les téléphones mis à disposition dans les chambres sont fournis par un prestataire extérieur. Les litiges sont alors directement réglés avec le fournisseur de la ligne téléphonique.

Si les hospitalisés ne disposent pas d'un appareil de téléphone dans leur chambre, ils peuvent cependant recevoir des communications téléphoniques, dans la mesure où celles-ci ne perturbent pas le fonctionnement du service.

Les personnes en possession de téléphones mobiles cellulaires de type numérique sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « arrêt » dans les locaux du Groupe Hospitalier du Havre.

Micro-informatique

Sous réserve de l'accord du médecin, les patients peuvent être autorisés à utiliser leurs ordinateurs portables. L'installation de ces matériels s'effectue sous leur seule responsabilité.

Usage des téléviseurs

Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande lors de l'admission auprès des agents de la société d'accès à la télévision. Les frais de location du poste de télévision leur sont facturés par la société fournissant l'accès à la télévision.

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

Accès aux animaux domestiques

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte du Groupe Hospitalier du Havre sauf les chiens d'aveugle, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans les halls d'accueil.

▪ **Sous-section 2 : service social des malades**

SERVICE SOCIAL

Un service social est à la disposition des hospitalisés et de leur famille.

Sa mission est de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, de rechercher et de proposer des actions nécessaires à l'accès aux soins, à la réinsertion sociale, familiale, professionnelle et scolaire.

Une permanence est à la disposition des malades, des familles et des proches au sein de l'hôpital. Les assistantes sociales reçoivent sur rendez-vous pendant les heures de permanence.

En outre, une assistante sociale peut se rendre au chevet du malade, à la demande de ce dernier.

- **Sous-section 3 : droit d'accès à l'hôpital**

EXERCICE DU DROIT DE VISITE

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'une personne hospitalisée aux heures de visite.

L'accès au service est interdit aux visiteurs de moins de quinze ans, sauf autorisation particulière du Chef de Service. Pour respecter la personne et son intimité, les visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient.

Le Directeur doit être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des malades ou des personnels.

Aucune personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer la visite d'un service ou d'un établissement du Groupe Hospitalier du Havre sans l'autorisation préalable du Directeur qui sollicite, si besoin, l'avis du ou des Chefs de Service concernés.

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du Groupe Hospitalier du Havre doivent faire l'objet d'une convention entre l'hôpital et l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et des Chefs de Service et après autorisation du Directeur.

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

Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent préalablement obtenir l'autorisation du Directeur et lui fournir une liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'hôpital. L'accès aux malades est subordonné à la signature d'une convention. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les bénévoles, formés à l'accompagnement des malades et appartenant à une association ayant passé une convention avec l'établissement, doivent recevoir l'accord de la personne malade, ou à défaut de ses proches, avant d'apporter leur concours à l'équipe de soins. Ils ne doivent pas interférer dans la pratique des soins médicaux et paramédicaux.

De manière générale, les malades peuvent demander au Cadre soignant du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

INTERDICTION DES REUNIONS PUBLIQUES

Les réunions publiques sont interdites au Groupe Hospitalier du Havre, sauf autorisation expresse du Directeur.

REGLES APPLICABLES AUX VISITEURS

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

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'hôpital, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital.

Des agressions et dégradations sciemment commises peuvent entraîner l'exclusion du visiteur. De telles dégradations et



agressions peuvent donner lieu à des poursuites judiciaires et pénales de la part de l'établissement.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Le cadre soignant du service ou les personnes désignées par lui doit s'opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou de boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit au malade.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Il leur est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores. Les téléphones mobiles cellulaires doivent être maintenus en position « ARRET ».

Les visiteurs devront respecter les règles d'hygiène élémentaires, ainsi que celles préconisées par les équipes soignantes. Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin chef de service.

Section 4 : SORTIE DES PATIENTS

▪ Sous-section 1 : conditions de sortie

PERMISSION DE SORTIE

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin Chef de Service, par le Directeur général ou son représentant.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, il est considéré en situation de sortie contre avis médical.

La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

FORMALITES DE SORTIE

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités du Groupe Hospitalier du Havre, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée. Le Directeur, ou son représentant dûment habilité, mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Le cas échéant, sur prescription médicale et en accord avec le patient et sa famille, le Cadre de Santé prend toutes dispositions en vue du transfert du patient dans un établissement de Soins de Suite ou de Réadaptation ou de Soins de Longue Durée adapté à son cas. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative 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.

Le mode de transport à la sortie relève d'une prescription médicale, à moins que le médecin estime que le patient peut se déplacer par ses propres moyens.

RESTITUTION DES OBJETS

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade, soit par le régisseur de l'établissement, soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

- **Sous-section 2 : modalités particulières de sortie**

SORTIE DES MINEURS EN FIN D'HOSPITALISATION

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles devront faire savoir à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

Un mineur admis dans un établissement de santé, même dans le cadre d'une admission en urgence, ne peut quitter l'établissement qu'accompagné du titulaire ou des titulaires de l'autorité parentale, du représentant légal ou d'une personne majeure désignée par lui.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains d'une personne désignée dans les conditions de l'alinéa précédent, de la personne exerçant le droit de garde ou du tiers que cette personne a autorisé, des justificatifs sont exigés (pièce d'identité, extrait de jugement).

La photocopie des justificatifs est conservée dans le dossier du malade.

SORTIE DES MINEURS EN COURS D'HOSPITALISATION

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'à leur père, mère, tuteur ou garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci. La personne emmenant le mineur doit présenter une pièce d'identité et signer une décharge s'il s'agit d'une sortie contre avis médical.

Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie. Si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation, s'il veut quitter l'établissement contre l'avis médical.

Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le Directeur saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Dans tous les cas, la poursuite de la prise en charge en dehors de l'hôpital est organisée par le service où la personne était hospitalisée, notamment en prévenant le médecin traitant de la sortie, ou en prescrivant une ordonnance permettant la poursuite du traitement à domicile.

SORTIE DES NOUVEAU-NES

L'enfant quitte le Groupe Hospitalier du Havre en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure.

Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

SORTIE APRES REFUS DE SOINS

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

Si l'hospitalisé refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Dans tous les cas, la poursuite de la prise en charge en dehors de l'hôpital est organisée par le service où la personne était hospitalisée, notamment en prévenant le médecin traitant de la sortie, ou en prescrivant une ordonnance permettant la poursuite du traitement à domicile.

SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement, qu'ils aient accepté ou non de recevoir des soins.

Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des



dangers que cette sortie présente pour eux.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Dans tous les cas, la poursuite de la prise en charge en dehors de l'hôpital est organisée par le service où la personne était hospitalisée, notamment en prévenant le médecin traitant de la sortie, ou en prescrivant une ordonnance permettant la poursuite du traitement à domicile.

SORTIE DISCIPLINAIRE

La sortie des malades peut également, hors le cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par une mesure disciplinaire.

Dans tous les cas, la poursuite de la prise en charge en dehors de l'hôpital est organisée par le service où la personne était hospitalisée, notamment en prévenant le médecin traitant de la sortie, ou en prescrivant une ordonnance permettant la poursuite du traitement à domicile.

SORTIE A L'INSU DU SERVICE

Au cas où un patient quitte l'hôpital sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, de l'hôpital et de ses 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 (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le Directeur de l'hôpital 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 dangers résultant de sa sortie contre avis médical. 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.

La sortie du patient est prononcée au moment où le service s'est rendu compte de l'absence du patient.

TRANSPORT EN AMBULANCE

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le malade a le libre choix de l'entreprise de transport.

L'établissement tient par ailleurs à la disposition des malades la liste des sociétés de transports sanitaires agréées dans le département.

Si le malade n'exprime pas de choix, le Groupe Hospitalier du Havre fait appel aux entreprises d'ambulances à tour de rôle.

Dans tous les cas, les frais occasionnés sont à la charge du malade, et éventuellement remboursables par la sécurité sociale.

Section 5 : MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES PATIENTS HOSPITALISES

▪ Sous-section 1 : décès d'un patient

AGGRAVATION DE L'ETAT DU PATIENT

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 de l'aggravation de son état par un agent du Groupe Hospitalier du Havre dûment habilité et par tous les moyens appropriés.

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 discrétion 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. Un lit d'accompagnant ou un fauteuil est mis à disposition dans la mesure du possible dans certaines unités de soins. Il ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

CONSTAT DU DECES

Le décès est constaté par un médecin. Il établit un certificat de décès, lequel est transmis à la cellule gestion du Public.

Conformément au Code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible dans le service de la cellule Gestion du Public. Une copie est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

Notification du décès au sein du GHH :

Tout décès doit être déclaré immédiatement à la chambre mortuaire pour la prise en charge du corps et au service de l'état civil pour les formalités.

Notification du décès à la famille et aux proches :

Cas général

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

Cas particuliers

La notification du décès est faite à la famille et :

- 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 Général,
- 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 gardienne du mineur,
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, sous tutelle ou curatelle, au mandataire spécial, tuteur ou curateur,
- Pour les personnes non identifiées, aux services de police.

INDICES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur, prévenu par le médecin responsable, avise l'autorité judiciaire.

L'autorisation de mise en bière ne pourra être délivrée qu'après levée de l'obstacle médico légal.

FORMALITES ENTOURANT LE DECES

Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier du service :

- procède à la toilette et à l'habillage du malade décédé avec toutes les précautions qui s'imposent,
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le malade décédé, en présence d'un témoin,
- les espèces, valeurs et bijoux sont déposés au coffre.

Prévenir immédiatement le service d'état civil et la chambre mortuaire pour la prise en charge du corps. En dehors des heures ouvrables, prévenir le standard.

Le corps est ensuite transféré à la chambre mortuaire et il ne peut être déplacé hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant son transfert à la chambre mortuaire.



▪ **Sous-section 2 : opérations funéraires et transport de corps**

TRANSPORT DE CORPS A RESIDENCE SANS MISE EN BIERE

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée du Groupe Hospitalier du Havre à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit être autorisé par le Maire de la commune où est situé l'hôpital.

L'autorisation est subordonnée à :

- La demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- La reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- L'accord écrit du Directeur d'établissement d'hospitalisation,
- L'accord écrit du médecin hospitalier responsable du malade,
- L'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil, relatives aux déclarations de décès.

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :

- Le décès soulève un problème médico-légal,
- Le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses, dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé, après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France,
- L'état du corps ne permet pas un tel transport.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avvertir, sans délai, le Directeur de l'établissement et la famille.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai de 48 heures à compter du décès.

TRANSPORT DE CORPS EN CHAMBRE FUNERAIRE AVANT MISE EN BIERE

Le transport du corps dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu du décès ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses, dont la liste est fixée par un arrêté du Ministre de la Santé. Il appartient au médecin responsable du malade d'établir ce certificat.

L'admission en chambre funéraire doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès.

Cette admission a lieu sur la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile soit du Directeur Général ou de son représentant (dans ce dernier cas, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement).

Cette admission, à l'instar du transport, ne peut être effectuée que sur présentation d'un certificat médical, dans les conditions décrites précédemment.

Le transport du corps doit avoir été autorisé par le Maire de la commune de décès et doit être effectué par une entreprise ou une association agréée par le Préfet du département et assurant le service des pompes funèbres.

Les dispositions ci-dessus ne visent que les transports dans une chambre funéraire autre que la chambre mortuaire de l'établissement du Groupe Hospitalier du Havre dans lequel est survenu le décès.

TRANSPORT DE CORPS APRES MISE EN BIERE

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière.

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée, après autorisation de l'autorité administrative compétente.

PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS

Le Groupe Hospitalier du Havre est autorisé à effectuer des prélèvements d'organes et de tissus, car il remplit les conditions de technicité et de sécurité requises pour cette activité.

Les modalités de prélèvement d'organes et de tissus sont fixées à la sous section 4 de la section 1 du 1^{er} chapitre du présent règlement.

AUTOPSIE

Une autopsie médicale peut être pratiquée sur le corps d'un patient décédé, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès. Elle doit être pratiquée conformément aux exigences de recherche du consentement.

Toutefois, à titre exceptionnel et dans des cas prévus par voie réglementaire, elle peut être réalisée malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

INHUMATION

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

Lorsque dans un délai de dix jours au maximum le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement fait procéder à l'inhumation et applique, le cas échéant, les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont pris en charge, soit par les services d'aide sociale, soit par les organismes de sécurité sociale, soit par la commune ou l'Etat, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur.

Un document intitulé « guide du décès » comprenant tous les documents et formalités obligatoires, ainsi qu'un guide à destination des familles et des professionnels, sont disponibles sur intranet..



Chapitre III - DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX RESIDENCES RECEVANT DES PERSONNES AGEES AU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES (EHPAD) ET UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD)

Ils comprennent

- La résidence CALMETTE (USLD),
- La résidence PASTEUR (EHPAD),
- La résidence de ROUELLES (EHPAD),
- La résidence du Parc de SANVIC (EHPAD)

Ces services relèvent à part entière du Groupe Hospitalier du Havre. La gestion des établissements pour personnes âgées est assurée par le Directeur du pôle gériatrie SSR. Il anime le Conseil de vie sociale pour les personnes âgées admises dans les différentes résidences.

Le règlement de fonctionnement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) a été adopté par le Conseil de Surveillance du Groupe Hospitalier le 19 octobre 2010.

Il est remis et à disposition de toute personne accueillie ou à son représentant légal, ainsi que le livret d'accueil et le contrat de séjour.

Il est également remis à chaque personne qui exerce à titre libéral ou qui intervient à titre bénévole au sein de l'établissement.

Section 1 : GARANTIE DES DROITS DES USAGERS

PROJET D'ETABLISSEMENT ET PROJET DE VIE

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et l'Unité de Soins de Longue Durée sont des lieux de vie qui se sont donnés pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins.

L'établissement a pour mission de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé et aux soins, à un suivi médical adapté.

Le projet de vie est mis à disposition auprès du Cadre du service.

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents.

L'établissement favorise la vie sociale du résident en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement et favorise le respect de ses choix à chaque fois que possible.

L'établissement s'est donné pour objectif de permettre aux résidents de demeurer dans leur logement le plus longtemps possible. Ce principe ne porte pas atteinte aux possibilités de départ volontaire à l'initiative du résident, ni aux cas de résiliation mentionnés dans le contrat de séjour.

La personne se voit proposer un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur.

Son consentement éclairé est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

Le résident peut désigner par écrit une personne de confiance. La personne de confiance sera consultée au cas où le résident ne peut exprimer sa volonté et recevoir l'information nécessaire. La désignation est révocable à tout moment.

De même le résident peut faire état de « directives anticipées » selon la loi du 22 avril 2005, dite « loi Léonetti »

DROITS ET LIBERTE

Valeurs fondamentales

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la personne âgée dépendante de la Fédération Nationale de Gérontologie. La charte est affichée au sein de l'établissement et remise aux résidents au moment de l'admission.

Le résident est une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales qui s'exprime dans le respect réciproque :

- Des salariés,
- Des intervenants extérieurs,
- Des autres résidents,
- De leurs proches.

Ces libertés fondamentales sont les suivantes :

- Respect de la dignité et de l'intégrité,
- Respect de la vie privée,
- Liberté d'opinion,
- Liberté de culte,
- Droit à l'information,
- Liberté de circulation,
- Droit aux visites.

Ces libertés s'inscrivent dans les valeurs du projet de vie contractualisé par la convention tripartite.

Conseil de vie sociale

Il existe conformément au décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 un Conseil de la Vie Sociale, instance d'expression des usagers/résidents et de leurs familles pour les EHPAD et un pour l'USLD.

Il s'agit d'un organisme consultatif sur toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement.

Il est composé de représentants élus ou désignés pour un an ou trois ans au plus par scrutin secret :

- Des résidents,
- Des familles,
- Des personnels,
- De l'organisme gestionnaire.

Leurs noms sont portés à la connaissance des usagers/résidents par voie d'affichage, dans les unités et sur un tableau à l'entrée de la Résidence.

Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 3 fois par an.

Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance définit la politique générale de l'établissement et délibère sur des points tels que le projet d'établissement, le budget, les tarifs, le règlement de fonctionnement. Ses délibérations sont communiquées au représentant de l'Etat.



DOSSIER DU RESIDENT

Règles de confidentialité

Le respect de la confidentialité des données relatives au résident est garanti dans le respect de la réglementation en vigueur.

En particulier, la consultation du dossier médical et de soins est exclusivement réservée au personnel médical et paramédical selon une procédure définie.

Droit d'accès

Tout résident (qui peut-être accompagné de la personne de son choix) et, le cas échéant, son représentant légal, a accès, sur demande formulée de manière précise au Directeur de l'établissement, à son dossier médical et de soins conformément à la loi du 04 mars 2002.

Il est conseillé que cet accès ait lieu avec l'assistance d'un médecin ou d'un professionnel de santé librement choisi par l'intéressé.

Le résident est informé du caractère confidentiel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis-à-vis des tiers (famille et entourage, assureur...).

Le paiement des copies du dossier médical sera exigé lors de leur remise à l'intéressé.

RELATIONS AVEC LA FAMILLE ET LES PROCHES

La présence, le plus souvent possible de la famille et des amis, est une condition fondamentale de la qualité du séjour de la personne hébergée.

Un logement pour accompagnant situé à la Résidence de Sanvic peut être proposé, à titre payant.

Pendant toute la durée du séjour, l'information et la communication entre la famille et l'établissement – dans le respect de la volonté du résident – doit s'instaurer afin d'assurer au mieux leur complémentarité dans un climat de confiance mutuelle.

Au cours de périodes d'hospitalisation éventuelles, la famille est invitée à préparer avec l'établissement le retour dans la résidence, ou dans un autre lieu d'accueil mieux adapté à une situation nouvelle.

RELATIONS AVEC LE PERSONNEL

D'une façon générale, les relations entre le résident et le personnel doivent s'établir sur la base d'un respect mutuel.

PREVENTION DE LA VIOLENCE ET DE LA MALTRAITANCE

La Direction donne les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive dont elle pourrait avoir connaissance.

Les personnels ont l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions, ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur.

Les numéros d'appel permettant de faire connaître des actes de maltraitance sont affichés dans les services.

CONCERTATION, RECOURS ET MEDIATION

Au sein de l'établissement

Un recueil de la satisfaction des résidents et de leurs familles est effectué au moins une fois par an, grâce à un questionnaire de satisfaction adopté par le Conseil de Surveillance, après avis du Conseil de la Vie Sociale.

La Direction, ou un représentant, se tient à la disposition des résidents et de leurs familles souhaitant faire entendre une remarque, soit par téléphone, soit au cours d'un rendez-vous au cours duquel le résident peut-être accompagné de la personne de son choix.

L'expression d'une remarque ou plainte est confirmée par un écrit à l'attention du Directeur qui fait l'objet d'une réponse sous la même forme après enquête si nécessaire.

Le résident ou sa famille peut également s'adresser à la CRUQPEC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge) du Groupe Hospitalier du Havre.

Les numéros de téléphone utiles sont joints au livret d'accueil remis au moment de l'admission.

Si la situation le permet (confidentialité, règles de droit), une communication interne est faite aux acteurs de la structure, dont le Conseil de la Vie Sociale, afin que toutes les leçons utiles puissent être tirées du problème soulevé.

Les personnes qualifiées

Un arrêté du 23 juin 2009, signé conjointement par le Préfet de Haute-Normandie et le Président du Département de Seine-Maritime prévoit que toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé..

La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces personnes ne sont pas compétentes pour apporter une réponse concernant les tarifs, l'hygiène, l'organisation des services,....

Section 2 : FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

REGIME JURIDIQUE

L'E.H.P.A.D. est un établissement public de santé, médico-social et l'Unité de Soins de Longue Durée est un établissement public de santé. Les résidences sont rattachées au Groupe Hospitalier du Havre administré par le Conseil de Surveillance de cet établissement et dirigé par un Directeur.

L'établissement relève de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'article L312-1 art. 6 du code de l'action sociale et des familles.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale, le cas échéant.

Il répond aux normes d'attribution de l'allocation logement.

PERSONNES ACCUEILLIES

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans, sauf dérogation, selon des critères définis par la Commission des Admissions présidée par le médecin coordonnateur de l'établissement:

« Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) accueillent et prennent en charge des personnes dépendantes (tous Groupes Iso-Ressources confondus – G.I.R.) aux pathologies stabilisées »

Les personnes qui au cours de leur séjour présenteraient une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie seraient orientées vers une Unité de Soins de Longue Durée.

Les critères d'admission pour la prise en charge en Unités Protégée Gériatrique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés sont les suivants :

- CANTOU : stade léger à modéré de la maladie, fugueur, valide, maintien d'activités.
- Unité Alzheimer : syndrome démentiel modérément sévère à sévère, troubles du comportement stabilisés, errance, risque de fugue, valide.
- U.P.G. : syndrome démentiel sévère, troubles du comportement, risque de fugue, valide.



Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés pourront être accueillis en E.H.P.A.D. dès lors qu'ils ne seront plus valides sans risque de fugue et sans trouble du comportement.

L'USLD accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans, sauf dérogation, selon des critères définis par la Commission des Admissions présidée par le médecin coordonnateur.

Conformément à la circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007

« Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie... »

ADMISSIONS

Un dossier médical confidentiel est adressé au médecin de l'établissement responsable du pôle gériatrie.

Au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie de la personne qui sollicite son admission réalisée par le médecin traitant ou le médecin du service d'hospitalisation, le médecin responsable du pôle gériatrie, le médecin responsable de l'Equipe Mobile de Gériatrie ou la commission d'admission donne son avis sur l'admission de la personne âgée.

Toute personne qui envisage son admission au sein d'un E.H.P.A.D. ou USLD peut, si possible, demander à faire une visite préalable du service auprès des cadres de santé.

Le Directeur prononce l'admission. La date d'arrivée du résident est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

CONTRAT DE SEJOUR

Il est signé un contrat de séjour entre la personne âgée et l'établissement conformément à la loi du 02 janvier 2002 ; en cas de refus, il est procédé à l'établissement du document individuel de prise en charge.

Un exemplaire est remis au résident en même temps que le présent règlement de fonctionnement.

CONDITIONS DE PARTICIPATION FINANCIERE ET DE FACTURATION

Le prix de journée hébergement et dépendance est fixé annuellement par le Président du Département de Seine-Maritime sur proposition du Conseil de Surveillance.

Seul l'arrêté du Président du Département fait foi.

Les tarifs sont portés à la connaissance des résidents et du public par voie d'affichage dans les locaux de l'établissement.

Les frais d'hébergement sont payables mensuellement à terme échu, par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public.

Une avance équivalente à 30 jours est demandée lors de l'entrée dans l'établissement. Elle est systématiquement rendue en cas de décès de la personne âgée.

Un état contradictoire de la chambre est dressé lors de l'entrée et de la sortie. Le dépôt de garantie non révisable est restitué dans le mois après la résiliation du contrat, déduction faite du montant des éventuelles dégradations constatées dans l'état de sortie contradictoire de la chambre.

INTERRUPTION DE SEJOUR

En référence à l'article R314-204 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le tarif journalier afférent à l'hébergement doit être minoré à compter du 4^{ème} jour d'absence :

- Soit pour convenance personnelle, des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale, la minoration relative à la restauration et à l'hôtellerie ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'aide sociale dans la limite de 5 semaines.
- Soit pour cause d'hospitalisation, du montant du forfait hospitalier. Le tarif journalier afférent à la dépendance continue à être facturé dès lors que l'absence est inférieure à 31 jours consécutifs.

L'article 80 du Règlement Départemental de l'Aide Sociale aux personnes âgées précise que si l'état santé du résident le permet, des jours de vacances peuvent être accordés sur avis médical dans la limite de 5 semaines par an sans que leur chambre soit attribuée à un autre résident. Au-delà de cette durée, les frais d'hébergement ne sont plus pris en charge au titre de l'aide sociale.

SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES, RESPONSABILITES ET ASSURANCES

Sécurité des personnes

L'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour garantir le niveau de sécurité aux résidents dans la limite de l'exercice de leur liberté.

Il assure une permanence 24 heures/24 heures.

Les portes sont ouvertes dans la journée et fermées de 21 heures à 6 heures.

Biens et valeurs personnelles

L'établissement informe les résidents qu'en application de la loi n° 92-614 du 9 juillet 1992 et de son décret n° 93-550 du 27 mars 1993, celui-ci est responsable en cas de perte, détérioration ou vol des objets qui seront déposés par ceux-ci et inscrits sur une liste d'inventaire.

Chaque apport nouveau ou retrait devra, par conséquent, être mentionné au Cadre afin d'effectuer la mise à jour de la liste des objets déposés sur l'inventaire.

L'établissement décline toute responsabilité si un objet apporté par un résident ou sa famille n'a pas été mentionné auprès des responsables de la résidence. Il en est de même si un objet présentait déjà un état de détérioration ayant favorisé sa destruction.

Les objets et valeurs, espèces, carte bleue et chéquier doivent être remis au régisseur pour être mis en sécurité et sous la responsabilité de l'établissement.

Avantages en nature

Aucune somme d'argent, cadeau ou avantage en nature ne doit être attribué au personnel par les résidents et/ou leur famille, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Les dons peuvent être acceptés, sous certaines conditions.

Assurances

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

Cette assurance n'exonère pas le résident des dommages dont il pourrait être la cause ou l'auteur. A ce titre, le résident est informé de l'obligation de souscrire une assurance de responsabilité civile individuelle dont il fournira chaque année une attestation à l'établissement.

SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Vague de chaleur

L'établissement dispose d'une procédure de prise en charge prévenant le risque de déshydratation aigue chez la personne âgée. Cette procédure est permanente mais est particulièrement surveillée et mise en œuvre lors de périodes de chaleur excessive.

Une pièce rafraîchie est disponible dont l'usage est recommandé en cas de nécessité.

Incendie

Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité appropriés, et reçoivent la visite de la Commission Départementale de Sécurité.

Les consignes en cas d'alerte sont affichées dans les services.

Vigilances sanitaires

L'établissement met en œuvre des vigilances sanitaires visant notamment à prévenir les infections nosocomiales, les toxico-affections et le risque de légionellose.



SORTIE ET FIN DE SEJOUR

La sortie peut se faire soit à la demande de l'établissement, soit à la demande de l'usager ou de son représentant.

Si l'état de santé du résident n'est plus en rapport avec les capacités de prise en charge de l'établissement, une orientation sera préconisée par la Commission d'Admission. Dans la mesure du possible l'établissement proposera des conseils pour les recherches et accompagnera la démarche.

Si un changement de chambre doit être opéré à la demande de l'établissement, toutes les précautions d'information et d'accompagnement sont diligentées.

Le résident peut mettre fin à son séjour en résiliant le contrat de séjour. Dans ce cas, un préavis est nécessaire. La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Directeur, dans un délai d'un mois avant la date prévue de départ, les frais de séjour étant dus jusqu'à expiration du délai.

Le logement doit être libéré au plus tard à la date prévue pour le départ.

Enfin, le décès du résident met un terme au séjour. Des frais de stockage des effets et objets meublants équivalents à une journée de sortie (tarifs diminué du forfait hospitalier) sont réclamés à partir du jour suivant le décès jusqu'à la libération de la chambre.

Section 3 : REGLES DE VIE COLLECTIVE

REGLES DE CONDUITE

L'harmonie et le bon fonctionnement de la vie collective supposent le respect de règles de vie commune :

Respect d'autrui

La vie collective et le respect des droits et libertés respectif impliquent une attitude qui rend la vie commune agréable : délicatesse, politesse, courtoisie, convivialité, solidarité.

Une hygiène corporelle satisfaisante pour le résident et son entourage est nécessaire.

Sorties

Chacun peut aller et venir librement. En cas d'absence, afin d'éviter toute inquiétude et d'organiser le service, l'information sur les absences est donnée à l'infirmière.

A défaut, l'établissement devra mettre en œuvre la procédure de recherche de la personne, dès que l'absence anormale aura été constatée. En cas d'absence prolongée, la famille est prévenue et les services de police avisés, en vue d'engager des recherches.

La porte d'entrée principale est fermée à 21 heures. Une sonnette extérieure permet d'avertir le service.

Visites

Les visiteurs sont les bienvenus de 8 heures à 20 heures. Ils peuvent être accompagnés d'un animal de compagnie tenu en laisse. Les maîtres des animaux doivent prendre toute précaution quant à l'hygiène et à la sécurité des personnes. Ils sont civilement responsables du comportement de l'animal. Le port d'une muselière est exigé dans tous les cas règlementés.

Les visites sont également possibles en dehors de ces horaires, à la condition de prévenir l'établissement auparavant. Toutefois, les visiteurs ne doivent pas troubler la sérénité des lieux, ni en gêner le fonctionnement.

Les familles accompagnées de jeunes enfants devront veiller à ce qu'ils ne perturbent pas le calme et la sérénité des autres résidents. Les enfants devront rester sous la surveillance permanente des parents.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne peuvent rendre visite aux résidents sans l'accord préalable du Directeur. Il en va de même pour les bénévoles extérieurs, qu'ils appartiennent ou non à une association. Dans tous les cas, les bénévoles doivent être munis d'un badge sur lequel figure le nom et l'association à laquelle ils appartiennent, le cas échéant.

Alcool, tabac, produits illicites

Sauf autorisation expresse qui peut être liée à un événement particulier, l'introduction de boissons alcoolisées est interdite dans l'enceinte de l'établissement.

Par mesure d'hygiène, de sécurité et de santé publique, il est interdit de fumer dans les espaces collectifs fermés et couverts, l'interdiction de fumer ne s'étend pas à la chambre mais il est formellement interdit de fumer dans les lits conformément à la circulaire du 12 décembre 2006.

Il est toutefois autorisé de fumer à l'extérieur de l'établissement en évitant les zones d'accès et d'entrée où circule le public.

La consommation de produits illicites est interdite.

Nuisances sonores

L'utilisation d'appareil de radio, de télévision ou de tout autre système phonique doit se faire avec discrétion. En cas de difficultés auditives, le port d'écouteurs sera demandé au résident.

Respect des biens et équipements collectifs

Chaque résident doit, dans la mesure de ses possibilités, veiller à ne pas nuire à la propreté des locaux et respecter le mobilier mis à sa disposition.

Sécurité

Toute personne qui constate un fait portant atteinte à une personne ou à un bien doit en informer, selon la gravité, le personnel de service ou la Direction pour que des mesures adaptées soient prises.

Tout dysfonctionnement de matériel doit être signalé sans qu'il soit opéré de manipulation préalable en dehors de celle qui permettrait une sauvegarde des personnes ou des biens.

L'électroménager doit se limiter à la bouilloire, la cafetière électrique, le poste de T.V., la radio, magnétoscope, lecteur DVD et décodeur. Ces appareils seront impérativement contrôlés par le service technique de l'établissement. Les multiprises électriques sont interdites. Seules sont autorisées les prises multiples avec contact de terre et obturation automatique des alvéoles sur toutes les prises de courant.

Seuls, sont autorisés les appareils électriques dont la puissance totale est au plus égale à 3.5 KW (article U28/J27 du règlement de sécurité contre l'incendie dans les ERP du 1er groupe).

Il est interdit d'utiliser des cassettes électriques ou des panneaux radiants électriques dont la température de surface dépasse les 100° C. (article U 27 paragraphe 2 et J 26 paragraphe 2 du règlement de sécurité contre l'incendie dans les ERP du 1er groupe).

Pour tout appareil ou mobilier nouveau, la demande doit être faite auprès de la Direction.

ORGANISATION DE LOCAUX COLLECTIFS ET PRIVÉS

Les locaux privés

Le logement est meublé par l'établissement. Il est néanmoins possible et conseillé de le personnaliser d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie affectée, la sécurité et l'organisation des soins, tant pour le résident, que pour le personnel et les visiteurs.

Ces biens personnels font l'objet d'une déclaration auprès du service. Il est recommandé aux résidents de bien vouloir assurer les biens dont ils sont propriétaires Certains biens peuvent être refusés par la Direction, en cas de risque particulier.

L'entretien des locaux à usage privatif est assuré par le personnel de la résidence.

Les réparations sur les biens personnels apportés incombent aux résidents.



Lorsque l'exécution de travaux nécessite l'évacuation temporaire des lieux, le gestionnaire en informe chaque résident concerné, qui ne peut s'y opposer. Le Directeur s'engage dans ce cas à reloger la personne âgée pendant la durée des travaux, dans des conditions qui répondent à ses besoins, après avis du Conseil de la Vie Sociale.

Les locaux collectifs

Toute personne souhaitant pénétrer dans l'établissement doit se faire connaître auprès du personnel d'accueil.

L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite.

PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

Chaque résident a droit au professionnalisme et à une attention constante des membres du personnel, lequel fait son possible pour que la personne trouve bien-être et confort.

Les expressions de familiarité (tutoiement, utilisation du prénom, etc. ...) sont généralement proscrites. Elles ne peuvent être utilisées qu'à la demande du résident.

Le personnel frappe systématiquement à la porte d'entrée de la chambre, et attend la réponse dans la mesure du possible, avant de pénétrer dans l'espace privatif de la chambre.

Les toilettes et soins sont effectués avec la porte de la chambre ou de la salle de bain fermée, dans le respect de l'intimité et de la dignité des résidents.

REPAS

Le petit déjeuner est servi en chambre ou en salle à manger entre 7 h 30 et 9 h.

Les repas sont servis en salle de restaurant ou en chambre si l'état de santé de la personne âgée le justifie aux heures suivantes :

- déjeuner : 12 h 15 - 13 h 30
- dîner : 18 h 00 - 19 h 30

Une collation est servie vers 15 h 30.

Toute absence à l'un des repas doit être signalée la veille au personnel.

L'invitation à déjeuner ou à dîner de parents ou d'amis doit être signalée 48 heures à l'avance auprès du personnel du service. Le prix de ces repas est fixé par le Conseil de Surveillance chaque année.

Le règlement se fait auprès du régisseur au secrétariat administratif de la résidence.

Les denrées susceptibles d'être entreposées dans le logement du résident feront l'objet d'une surveillance par la personne âgée, ses proches ou le personnel.

L'établissement dégage sa responsabilité en cas d'intoxication alimentaire due aux denrées introduites par le résident ou sa famille.

ACTIVITES ET LOISIRS

Des activités de loisirs et d'animation sont proposées.

Les prestations d'animation internes et externes sont signalées au rez-de-chaussée et dans les unités de la Résidence, ainsi que les conditions financières de participation, s'il y a lieu.

PRISE EN CHARGE MEDICALE

La Résidence dispose d'une équipe médicale sous la responsabilité du médecin responsable de la Résidence. Il est chargé de la coordination des soins et peut être contacté par tout résident ou famille qui le souhaite ainsi que par la personne de confiance.

Le tarif afférent aux soins exclut la prise en charge des prestations suivantes qui seront à la charge de la sécurité sociale et de la mutuelle du résident :

- Prothèses dentaires,
- Lunettes,
- Chaussures, semelles orthopédiques, bas de contention ...
- Actes d'imagerie réalisés par des équipements lourds (scanners, I.R.M. ...),
- Honoraires et prescriptions de médecins spécialistes libéraux,
- Transports sanitaires sauf en cas d'hospitalisation.
- Et tout autre dépense comme indiqué sur le document récapitulatif la composition des tarifs et les dépenses exclues des tarifs.

TROUSSEAU

Les résidents sont tenus d'apporter leur nécessaire de toilette, leur linge et leurs effets personnels. La blanchisserie du Groupe Hospitalier du Havre se charge de marquer le linge des résidents.

Le trousseau (en annexe) demandé lors de l'admission doit être renouvelé aussi souvent que nécessaire

Ces effets font l'objet d'un inventaire dès l'admission qui sera réactualisé à chaque renouvellement.

Le lavage du linge personnel est assuré par la blanchisserie de l'établissement, mais peut l'être par la famille, si elle le souhaite, sans modification tarifaire. Le raccommodage est à la charge du résident et de ses proches.

En cas de perte ou de détérioration du fait de l'établissement, la déclaration sera faite à l'assurance de l'organisme gestionnaire.

PRATIQUE RELIGIEUSE ET PHILOSOPHIQUE

La liberté de conscience et le respect des pratiques religieuses sont des règles fondamentales. Les résidents peuvent participer à l'exercice de leur culte.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux résidents qui en ont exprimé le désir auprès des Cadres de santé.

Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions.

Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de la résidence.

FIN DE VIE

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Les moments de fin de vie font l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des appartenances confessionnelles et des convictions de la personne et de ses proches.

Le Service peut faire appel à l'Equipe mobile de soins palliatifs.

La présence de la famille est facilitée et elle peut demander aide et conseils aux équipes soignantes.

Les obsèques doivent être organisées par la famille, ou à défaut, l'établissement assure les démarches administratives.

TRANSPORTS

Prise en charge des transports

En dehors de certaines activités d'animation, les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement et notamment les consultations chez les médecins spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge du résident et de sa famille. Cette dernière est informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser pour l'accompagner si besoin.



Stationnement

Le stationnement des véhicules se fait dans l'enceinte de l'établissement ou sur les parkings prévus à cet effet. Les véhicules doivent être soigneusement fermés à clé. L'établissement n'est pas responsable en cas de vol ou de détérioration.

ANIMAUX

Les animaux ne peuvent être admis à vivre dans l'établissement en permanence sauf situation particulière appréciée par le Directeur et stipulée dans le contrat de séjour.

PRESTATIONS EXTERIEURES

Le résident pourra bénéficier de prestations ou de services autres que ceux offerts par l'établissement et en assurera directement le coût (coiffeur, pédicure, vente de biens de consommation...) selon la liste des dépenses hors prix de journée.

Chapitre IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

Section 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX

▪ Sous-section 1 : principes fondamentaux du service public hospitalier

PRINCIPE DE CONTINUITÉ DU SERVICE PUBLIC

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

PRINCIPE DE NEUTRALITÉ DU SERVICE PUBLIC

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public.

Ils s'abstiennent notamment de tout propos, discussion ou comportement susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs ou d'autres agents de l'hôpital.

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

Par ailleurs, tout personnel du Groupe Hospitalier du Havre doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre en charge, avec la même conscience, tous les patients ou usagers du service public, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation ou les sentiments qu'ils lui inspirent.

▪ Sous-section 2 : principes fondamentaux liés au respect des malades

SOLLICITUDE ENVERS LES MALADES

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

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des malades ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

RESPECT DE LA PERSONNE ET DE SON INTIMITÉ

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

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

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

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Le Groupe Hospitalier du Havre prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent aux mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil



ACCUEIL DE LA FAMILLE, DES PROCHES, DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Sauf opposition expresse consignée dans le dossier médical, les familles, les proches, la personne de confiance du malade sont accueillis et informés avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Dans le cas où les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres), leur libre choix doit être préservé.

RESPECT DE LA LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET D'OPINION DES MALADES ET DES VISITEURS

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou leurs familles, qui doivent, notamment, être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical du personnel.

▪ Sous-section 3 : secret professionnel

SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est à dire non seulement ce qui leur a été confié, mais aussi ce qu'ils ont entendu, vu ou compris. Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du Groupe Hospitalier du Havre.

La divulgation d'un secret constitue un délit. Le code pénal prévoit que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, soit par profession, soit en fonction d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ».

Le secret est un principe fondamental, il ne peut y être dérogé que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

- Déclaration de naissance,
- Certificat de décès,
- Déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste établie par décret,
- Déclaration de maladies vénériennes,
- Certificat d'accident de travail,
- Certificat de maladie professionnelle,
- Certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation,
- Déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice,
- Déclaration de l'état dangereux des alcooliques,
- Certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge,
- Déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication pour les malades toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.
- Pour informer les autorités judiciaire, médicale, administrative, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.
- Pour informer le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord de la victime, les sévices ou privations qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur de moins de 15 ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, son accord n'est pas nécessaire.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin ne peut rester inactif lorsque la vie ou l'intégrité physique d'un mineur ou d'une personne vulnérable est menacée.

Les fonctionnaires en exercice et les médecins Chefs de services en leur qualité d'autorité constituée sont tenus par les

dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale de porter à la connaissance du procureur de la République les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils transmettent à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs en tiennent informé le Directeur.

OBLIGATION DE RESERVE ET DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Toute communication à des personnes étrangères à l'administration hospitalière, et notamment à des journalistes, à des agents d'assurance ou à des démarcheurs, est rigoureusement interdite sous réserve d'un accord du Directeur ou son représentant.

LIVRET D'ACCUEIL DU PERSONNEL

Un livret d'accueil est remis à tout agent recruté par le Groupe Hospitalier du Havre. Celui-ci contient des éléments documentaires sur l'organisation du Groupe Hospitalier du Havre, les prestations et informations accessibles.

JOURNEE D'ACCUEIL DES NOUVEAUX EMBAUCHES

Tout nouvel embauché à titre pérenne bénéficie d'une journée d'accueil au Groupe Hospitalier du Havre. Cette visite est organisée une fois tous les deux mois.

GRATUITE DES SOINS

Lorsqu'un fonctionnaire en activité est hospitalisé, l'établissement employeur prend en charge pour une durée maximum de six mois le montant des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale.

Pour une hospitalisation dans un établissement autre que celui où le fonctionnaire est en fonctions, cette charge ne pourra être toutefois assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration de l'établissement employeur ou sur le vu d'un certificat délivré par l'administration de l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

ACCES AU DOSSIER INDIVIDUEL ADMINISTRATIF

Tout agent a accès à son dossier administratif.

L'agent peut se présenter seul ou accompagné d'un représentant du personnel.

La consultation du dossier est faite sur rendez-vous exclusivement dans les locaux de la Direction des Ressources Humaines. A l'issue de la consultation, un document émargé et daté par le ou les consultants est versé au dossier. Il y est fait mention des pièces dont la photocopie a été demandée par l'agent.

L'agent qui a reçu communication de son dossier est tenu à l'obligation de réserve.

Chaque agent peut également avoir accès à ses droits à congés à partir du logiciel « chronos ».

MEDECINE DU TRAVAIL

La médecine du travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

MAINTIEN ET RETOUR DANS L'EMPLOI

Une commission de maintien et retour dans l'emploi réunissant le DRH, les Cadres de pôles, la médecine du travail et un représentant du personnel, se réunit tous les deux mois pour étudier les dossiers d'agents dont le maintien ou le retour dans l'emploi d'origine pose des difficultés.



Les dossiers sont inscrits à l'initiative de la médecine du travail et du DRH, qui anime la réunion.

Section 2 : BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

▪ Sous-section 1 : Présence au travail des personnels

ASSIDUITE ET PONCTUALITE

L'assiduité et la ponctualité des personnels font partie des conditions essentielles au bon fonctionnement du Groupe Hospitalier du Havre. Les horaires sont fixés par tableaux de service et sur la base de plannings prévisionnels de travail.

ABSENCES

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu, l'agent doit, sans délai, en avvertir le ou la responsable de son service.

En cas de maladie, le personnel doit en outre faire parvenir le justificatif d'arrêt dans un délai de 48 heures à la DRH, service absentéisme pour les personnels non médicaux et à la Direction des Affaires Médicales pour les personnels médicaux.

Il prévient de la durée de l'arrêt de travail.

L'agent doit avvertir le responsable du service de toute prolongation ou modification de l'arrêt de travail.

EXECUTION DES ORDRES REÇUS

Un agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter un travail, ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

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

Le rappel d'un agent en repos par son Cadre est possible. Aucune assignation n'est nécessaire hors mouvement de grève.

LE DROIT DE RETRAIT

Aucune sanction, aucune retenue de salaire ne peut être prise à l'encontre d'un agent ou d'un groupe d'agent qui se sont retirés d'une situation de travail dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour la vie ou pour la santé de chacun d'eux.

Le salarié signale immédiatement au Directeur ou à son représentant une situation dont il estime qu'elle constitue un danger grave et imminent. Ce signalement se fait par tout moyen et doit être ensuite consigné dans le registre des dangers graves et imminents disponible dans chaque Direction de site.

Le droit de retrait doit être exercé de telle manière qu'il ne puisse créer pour autrui, notamment un patient, une nouvelle situation de risque grave et imminent.

La présence d'un effectif inférieur à celui prévu au planning ne constitue pas en soi une situation de danger grave et imminent.

INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE DE TOUT INCIDENT

Tout agent doit informer immédiatement son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

▪ Sous-section 2 : Comportement et tenue des personnels

RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Tous les agents de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité les concernant pendant

l'exécution du service.

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

Obligation des personnels en cas d'infection nosocomiale nécessaire pour permettre de trouver l'origine d'une infection nosocomiale. Le refus de se soumettre au dépistage d'une infection nosocomiale peut donner lieu à une procédure disciplinaire de l'agent en cause.

ALCOOL ET SUBSTANCES ILLICITES

Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur ou le chef d'établissement, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail.

Chacun a, à cet égard, une responsabilité individuelle et collective.

Il est interdit à toute personne d'introduire ou de distribuer, et à tout Chef d'établissement, Directeur, Cadre, Contremaître et en général à toute personne ayant autorité sur des salariés, agents, de laisser introduire ou de laisser distribuer toutes boissons alcooliques pouvant être consommées par le personnel dans les établissements et locaux.

Les boissons énumérées à l'article R 4228-20 du code du travail (le vin, la bière, le cidre et le poiré) pourront éventuellement être distribuées et consommées dans l'enceinte du self et lors des réunions et manifestations autorisées par la Direction.

De même, il est interdit dans les mêmes conditions d'introduire ou de consommer toute substance psycho active illicite.

Il est interdit à tout Chef d'établissement, Directeur, Cadre, Contremaître et en général à toute personne ayant autorité sur les ouvriers, employés, agents, de laisser entrer ou séjourner dans les établissements des personnes ayant des troubles du comportement pouvant porter préjudice à autrui ou à lui-même.

Lorsqu'un agent présente des troubles du comportement sur le lieu de travail, son supérieur hiérarchique l'oblige à se rendre aux bureaux de la médecine du travail ou au service des urgences, si les bureaux de la médecine du travail sont fermés.

Il adresse un rapport circonstancié à la médecine du travail ou le cas échéant au service des urgences.

COMPORTEMENT AU TRAVAIL

Un aspect irréprochable dans la tenue et l'habillement comme dans le langage et le comportement est exigé de l'ensemble des personnels.

En application des dispositions réglementaires, le personnel est tenu de ne pas nuire à l'image ni à la réputation du GHH, même en dehors des heures de service et hors du lieu de travail.

VIOLENCE ET HARCELEMENT

Il est de la responsabilité du Directeur Général de l'établissement d'engager les actions nécessaires à l'arrêt de toute pratique de violence, de mettre en œuvre une politique de prévention des formes de violence dans l'établissement et de garantir l'aide aux victimes.

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

Les dispositions précédentes visent la violence verbale ou physique, qu'elle soit exercée :

- Par les patients ou ses proches sur le personnel de l'établissement,
- Par les personnels de l'établissement à l'encontre des patients,
- Entre les personnels de l'établissement dans le cadre de leurs relations professionnelles.

IDENTIFICATION DU PERSONNEL

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification.



Tout moyen d'identification créé par la Direction doit être porté par les agents selon les procédures prévues.

TENUES DE TRAVAIL

Tous les agents travaillant dans les services du Groupe Hospitalier du Havre doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement. Ces tenues doivent être adaptées aux situations auxquelles les agents sont exposés. La tenue vestimentaire réglementaire doit être portée pendant toute la durée du service.

Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur du Groupe Hospitalier du Havre lorsque le personnel n'est pas en service.

Les vêtements de travail sont fournis et blanchis gratuitement par le Groupe Hospitalier du Havre. Les agents sont tenus de les faire nettoyer au Groupe Hospitalier du Havre, selon les règles d'hygiène énoncées par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

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

CONSERVATION EN ETAT DES LOCAUX, MATERIELS ET EFFETS

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à sa disposition par le Groupe Hospitalier du Havre. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

OBLIGATION DE DEPOSER ARGENT, VALEURS ET OBJETS CONFIES PAR LES MALADES

Aucun agent employé par le Groupe Hospitalier du Havre 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 de recettes disposant d'un coffre-fort ou en dehors des heures ouvrables au coffre prévu à cet effet au service sécurité.

OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT

Il est interdit à tout membre du personnel d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Il ne doit accepter ni rémunération ni pourboire de la part des malades ou des visiteurs.

INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il est interdit à tout agent de la fonction publique hospitalière, qu'il soit titulaire ou stagiaire, même à temps partiel, d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature qu'elle soit.

Des dérogations sont autorisées notamment pour des missions d'enseignement et d'expertise, dans le cadre de la réglementation sur les cumuls des rémunérations. Les agents doivent en faire la demande à la Direction des Ressources Humaines.

LUTTE CONTRE LE BRUIT

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, à l'intérieur comme à l'extérieur des locaux clos et couverts.

EFFETS ET BIENS PERSONNELS

Chaque membre du personnel (médical ou non médical) est responsable de ses biens et effets personnels, ainsi notamment des cartes, badges et clefs qui lui sont confiés.

Le remplacement d'une carte de self et de badge est facturé à son propriétaire.

INTERDICTION DES REUNIONS PUBLIQUES

Les réunions publiques sont interdites au Groupe Hospitalier du Havre, sauf autorisation expresse du Directeur ou son représentant.

Section 3 : EXPRESSION DES PERSONNELS

DROIT D'EXPRESSION

Les salariés peuvent s'exprimer au sein des réunions internes à leur service ou à leur pôle. La liberté d'expression est garantie aux agents avec les conditions prévues par la loi.

DROIT SYNDICAL

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

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

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

Au GHH, un protocole syndical précise les droits et obligations des organisations syndicales.

DROIT DE GREVE

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère spécifique du service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum.

ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

Le rappel des principes réglementaires et les modalités de décompte du temps de travail effectif ou des différentes formes d'absences autorisées, sont décrites dans un document de référence présenté en Comité Technique d'Etablissement et annexé au présent Règlement Intérieur.



Chapitre V – APPROBATION - MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur a été soumis à l'avis du Conseil de surveillance du Groupe Hospitalier du Havre le 20 juin 2011, après avis du Comité Technique d'Etablissement du 20 juin 2011 et de la Commission Médicale d'Etablissement du 23 juin 2011.

Il ne pourra être modifié que sur avis du Conseil de Surveillance du Groupe Hospitalier du Havre, après avis du Comité Technique d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.

MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur fera l'objet d'une relecture annuelle et d'une mise à jour en fonction de l'évolution de la législation ou de toute modification intervenant sur le fond.

