

# REGLEMENT INTERIEUR



## PREAMBULE

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

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

Il est accessible à partir du réseau Intranet du Groupe Hospitalier du Havre, ainsi que sur le site internet de l'établissement.

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 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 arrêté par le Directeur du Groupe Hospitalier du Havre après avis du Conseil de surveillance et concertation du Directoire. Le Comité Social d'Établissement et la Commission Médicale d'Établissement avaient précédemment été consultés, et la CSIRMT informée.

# Sommaire

|                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Chapitre I - DISPOSITIONS GENERALES CONCERNANT L'ETABLISSEMENT .....</b>                              | <b>8</b>  |
| <b>Section 1 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE .....</b>                      | <b>10</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : Organes de direction .....</b>                                                     | <b>10</b> |
| ▪ 1.1 Le Conseil de Surveillance .....                                                                   | 10        |
| ▪ 1.2 Le Directeur ou la directrice .....                                                                | 10        |
| ▪ 1.3 La Garde administrative .....                                                                      | 12        |
| ▪ 1.4 Le Directoire .....                                                                                | 12        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : Instances consultatives générales .....</b>                                        | <b>13</b> |
| ▪ 2.1 La Commission Médicale d'Etablissement (CME) : .....                                               | 13        |
| ▪ <b>Sous-section 3 : Instances consultatives spécialisées .....</b>                                     | <b>17</b> |
| ▪ 3.1 Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL) .....                                    | 17        |
| ▪ 3.2 La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail .....        | 17        |
| ▪ 3.3 La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT) .....               | 17        |
| ▪ <b>Sous-section 4 : les organes des différents dispositifs de vigilance .....</b>                      | <b>18</b> |
| ▪ 4.1 Le comité de coordination des vigilances et de la gestion des risques .....                        | 18        |
| ▪ 4.2 Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) .....                                 | 19        |
| ▪ 4.3 La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) .....                  | 19        |
| ▪ 4.4 La Commission locale de surveillance des fluides à usage médical .....                             | 20        |
| ▪ 4.5 Le Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) .....                             | 20        |
| ▪ 4.6 L'unité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle .....                                      | 20        |
| ▪ 4.7 Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) .....                                                  | 20        |
| ▪ 4.8 La coordination hospitalière de prélèvement des organes et des tissus .....                        | 20        |
| ▪ <b>Sous-section 5 : La Commission des Usagers (CDU) .....</b>                                          | <b>21</b> |
| ▪ <b>Sous-section 6 : Les Commissions émanant de la Commission Médicale d'Etablissement .....</b>        | <b>22</b> |
| ▪ Le Collège de l'information médicale .....                                                             | 22        |
| ▪ La Commission de l'Organisation de la Permanence de Soins (COPS) .....                                 | 23        |
| ▪ La Commission de l'activité libérale .....                                                             | 23        |
| ▪ La Commission d'Evaluation des Pratiques Professionnelles et Formation Médicale continue .....         | 24        |
| ▪ Le Comité d'éthique .....                                                                              | 24        |
| ▪ La Commission des admissions non programmées .....                                                     | 24        |
| ▪ <b>Sous-section 7 : Les commissions émanant du Comité Social d'Etablissement .....</b>                 | <b>25</b> |
| ▪ La Commission de formation .....                                                                       | 25        |
| ▪ <b>Sous-section 8 : les autres organes consultatifs propres au Groupe Hospitalier du Havre. ....</b>   | <b>25</b> |
| ▪ La Commission qualité .....                                                                            | 25        |
| ▪ Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) .....                                               | 25        |
| ▪ <b>Sous-section 9 : Les organes consultatifs propres à certaines catégories professionnelles .....</b> | <b>26</b> |
| ▪ Le collège des psychologues .....                                                                      | 26        |
| ▪ <b>Sous-section 11 : Le Groupement Hospitalier de Territoire .....</b>                                 | <b>26</b> |
| <b>Section 2 : ORGANISATION DES SOINS .....</b>                                                          | <b>26</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : Organisation médicale interne .....</b>                                            | <b>26</b> |
| ▪ Organisation en pôles d'activité clinique et médicotechnique .....                                     | 26        |

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ▪ Le pilotage medico-administratif .....                                                                | 27        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : L'organisation des soins dans les structures sanitaires</b> .....                 | <b>28</b> |
| ▪ La permanence des soins .....                                                                         | 28        |
| ▪ Visite médicale quotidienne .....                                                                     | 29        |
| ▪ Interventions chirurgicales .....                                                                     | 29        |
| ▪ <b>Sous-section 3 : Le personnel médical et soignant</b> .....                                        | <b>29</b> |
| ▪ Dispositions générales .....                                                                          | 29        |
| ▪ <b>Sous-section 4 : Information médicale</b> .....                                                    | <b>30</b> |
| ▪ Le Département d'Information Médicale (DIM).....                                                      | 30        |
| ▪ <b>Sous-section 5 : Gestion des incidents et des évènements indésirables</b> .....                    | <b>31</b> |
| <b>Section 3 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE</b> .....                                           | <b>31</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : Nature et opposabilité des règles de sécurité</b> .....                           | <b>31</b> |
| ▪ Nature des règles de sécurité .....                                                                   | 31        |
| ▪ Opposabilité des règles de sécurité .....                                                             | 31        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : La sécurité générale</b> .....                                                    | <b>31</b> |
| ▪ Le service de sécurité .....                                                                          | 31        |
| ▪ Garde technique .....                                                                                 | 32        |
| ▪ Accès au Groupe Hospitalier du Havre.....                                                             | 32        |
| ▪ La circulation et le stationnement automobiles .....                                                  | 32        |
| ▪ Sécurité incendie .....                                                                               | 33        |
| ▪ Vidéosurveillance .....                                                                               | 33        |
| ▪ Règles de responsabilité.....                                                                         | 34        |
| ▪ Rapports avec l'autorité judiciaire .....                                                             | 34        |
| ▪ <b>Sous-section 3. Situations exceptionnelles ou d'urgence majeure</b> .....                          | <b>35</b> |
| ▪ Plan de secours d'urgence (plan blanc) .....                                                          | 35        |
| ▪ Situation exceptionnelle ou d'urgence majeure .....                                                   | 35        |
| ▪ <b>Sous-section 4 : la sécurité informatique</b> .....                                                | <b>35</b> |
| <b>Chapitre II - ADMISSIONS - CONDITIONS DU SEJOUR - SORTIES</b> .....                                  | <b>36</b> |
| <b>Section 1 : ACCUEIL ET ADMISSIONS DES PATIENTS</b> .....                                             | <b>36</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : modalité d'accueil et d'admission des patients</b> .....                          | <b>36</b> |
| ▪ Principe du libre choix du patient .....                                                              | 36        |
| ▪ Accès aux soins des personnes démunies.....                                                           | 36        |
| ▪ Accueil des patients .....                                                                            | 36        |
| ▪ Livret d'accueil .....                                                                                | 37        |
| ▪ Compétences en matière d'admission.....                                                               | 37        |
| ▪ Admission en urgence .....                                                                            | 37        |
| ▪ Information des familles et des proches des personnes hospitalisées en urgence .....                  | 37        |
| ▪ Conditions de transfert d'un patient vers un établissement de santé plus approprié .....              | 38        |
| ▪ Refus d'hospitalisation exprimé par le patient .....                                                  | 38        |
| ▪ Dépôt des objets .....                                                                                | 38        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : régimes d'hospitalisation et de consultation</b> .....                            | <b>38</b> |
| ▪ Parcours de soins coordonné .....                                                                     | 38        |
| ▪ Pièces à fournir pour toute prise en charge .....                                                     | 38        |
| ▪ Modalités de prise en charge des frais d'hospitalisation .....                                        | 39        |
| ▪ <b>Sous-section 3 : activité libérale des médecins au sein du Groupe Hospitalier du Havre</b> .....   | <b>40</b> |
| ▪ Modalités d'exercice de l'activité libérale au sein du GHH .....                                      | 40        |
| ▪ Activités concernées .....                                                                            | 40        |
| ▪ Conditions d'accès aux soins exercés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien du GHH ..... | 40        |

|                                                                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ▪ Modalités d'encaissement des honoraires du praticien .....                                                                   | 41        |
| ▪ <b>Sous-section 4 : dispositions particulières à certains patients</b> .....                                                 | <b>41</b> |
| ▪ Dispositions relatives aux femmes enceintes .....                                                                            | 41        |
| ▪ Dispositions relatives aux militaires et victimes de guerre .....                                                            | 42        |
| ▪ Dispositions relatives aux patients étrangers .....                                                                          | 42        |
| ▪ Dispositions relatives aux patients ayant la qualité d'évacués sanitaires .....                                              | 42        |
| ▪ Dispositions relatives aux patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance ..... | 42        |
| ▪ <b>Sous-section 5 : service social des patients</b> .....                                                                    | <b>42</b> |
| <b>Section 2 : SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS</b> .....                                                                   | <b>43</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : consentement aux soins</b> .....                                                                         | <b>43</b> |
| ▪ Principe du consentement aux soins .....                                                                                     | 43        |
| ▪ La personne de confiance .....                                                                                               | 43        |
| ▪ Les directives anticipées .....                                                                                              | 45        |
| ▪ Dispositions spécifiques à la recherche biomédicale .....                                                                    | 45        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : information sur les soins</b> .....                                                                      | <b>46</b> |
| ▪ Information du patient .....                                                                                                 | 46        |
| ▪ Information de la famille ou de la personne de confiance du patient .....                                                    | 47        |
| ▪ Information du médecin traitant .....                                                                                        | 47        |
| ▪ Le secret à l'hôpital .....                                                                                                  | 47        |
| ▪ Traitements automatisés des données à caractère personnel .....                                                              | 48        |
| ▪ Dossier médical du patient .....                                                                                             | 49        |
| ▪ Communication du dossier médical .....                                                                                       | 49        |
| ▪ Modalités de communication du dossier médical .....                                                                          | 49        |
| ▪ Accès au dossier médical par les médecins de la sécurité sociale .....                                                       | 50        |
| ▪ <b>Sous-section 3. Qualité des soins</b> .....                                                                               | <b>50</b> |
| ▪ Droit du malade à des soins de qualité .....                                                                                 | 50        |
| ▪ Prise en charge de la douleur .....                                                                                          | 50        |
| ▪ Droit aux soins palliatifs .....                                                                                             | 50        |
| ▪ <b>Sous-section 4 : le recueil et le suivi de l'expression des usagers</b> .....                                             | <b>51</b> |
| ▪ Questionnaire de sortie .....                                                                                                | 51        |
| ▪ Questionnaire national e-satis MCO .....                                                                                     | 51        |
| ▪ Recueil des réclamations, observations et remerciements .....                                                                | 51        |
| ▪ Le représentant des usagers .....                                                                                            | 51        |
| ▪ La médiation .....                                                                                                           | 52        |
| ▪ La Commission des Usagers (CDU) .....                                                                                        | 53        |
| <b>Section 3 : Les règles de vie collective au Groupe Hospitalier du Havre</b> .....                                           | <b>53</b> |
| ▪ Règles générales .....                                                                                                       | 53        |
| ▪ Introduction d'objets ou de produits dans l'établissement .....                                                              | 53        |
| ▪ Interdiction de fumer .....                                                                                                  | 53        |
| ▪ Droits civiques .....                                                                                                        | 53        |
| ▪ Exercice des cultes .....                                                                                                    | 53        |
| ▪ Suivi scolaire des patients mineurs .....                                                                                    | 54        |
| ▪ Déplacement des personnes hospitalisées dans l'hôpital .....                                                                 | 54        |
| ▪ Dispositions relatives au comportement des patients hospitalisés et aux désordres causés par le patient .....                | 54        |
| ▪ Effets personnels des patients .....                                                                                         | 54        |
| ▪ Services divers .....                                                                                                        | 55        |
| ▪ Exercice du droit de visite .....                                                                                            | 55        |
| ▪ Horaires des visites .....                                                                                                   | 56        |
| ▪ Règles applicables aux visiteurs .....                                                                                       | 56        |
| ▪ Les animaux au Groupe Hospitalier du Havre .....                                                                             | 56        |

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ▪ Interdiction des réunions publiques .....                                                                          | 56        |
| ▪ ACCUEIL DES STAGIAIRES.....                                                                                        | 57        |
| <b>Section 4 : SORTIE DES PATIENTS.....</b>                                                                          | <b>57</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : conditions de sortie.....</b>                                                                  | <b>57</b> |
| ▪ Permission de sortie .....                                                                                         | 57        |
| ▪ Formalités de sortie .....                                                                                         | 57        |
| ▪ Restitution des objets.....                                                                                        | 57        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : modalités particulières de sortie.....</b>                                                     | <b>57</b> |
| ▪ Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation .....                                                                | 57        |
| ▪ Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation .....                                                                  | 58        |
| ▪ Sortie des nouveau-nés .....                                                                                       | 58        |
| ▪ Sortie après refus de soins .....                                                                                  | 58        |
| ▪ Sortie contre avis médical.....                                                                                    | 59        |
| ▪ Sortie disciplinaire.....                                                                                          | 59        |
| ▪ Sortie à l'insu du service.....                                                                                    | 59        |
| ▪ Transport en ambulance.....                                                                                        | 60        |
| <b>Section 5 : MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES PATIENTS HOSPITALISES.....</b>                                  | <b>60</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : décès d'un patient.....</b>                                                                    | <b>60</b> |
| ▪ Aggravation de l'état du patient .....                                                                             | 60        |
| ▪ Constat du décès .....                                                                                             | 60        |
| ▪ Indices de mort violente ou suspecte .....                                                                         | 61        |
| ▪ Formalités entourant le décès.....                                                                                 | 61        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : opérations funéraires et transport de corps .....</b>                                          | <b>61</b> |
| ▪ Organisation de rites religieux et de veillées funéraires .....                                                    | 61        |
| ▪ Transport de corps à résidence sans mise en bière.....                                                             | 61        |
| ▪ Transport de corps en chambre funéraire avant mise en bière .....                                                  | 62        |
| ▪ Transport de corps après mise en bière .....                                                                       | 62        |
| ▪ Prélèvements d'organes et de tissus .....                                                                          | 62        |
| ▪ Autopsie .....                                                                                                     | 62        |
| ▪ Inhumation .....                                                                                                   | 63        |
| <b>Section 6 - DISPOSITIONS PARTICULIERES A L'UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE.....</b> | <b>63</b> |
| <b>Chapitre IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL .....</b>                                                       | <b>63</b> |
| <b>Section 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX .....</b>                                                                      | <b>63</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : principes fondamentaux du service public hospitalier.....</b>                                  | <b>63</b> |
| ▪ Principe de continuité du service public.....                                                                      | 63        |
| ▪ Principe de neutralité du service public .....                                                                     | 63        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : principes fondamentaux liés au respect des patients .....</b>                                  | <b>64</b> |
| ▪ Sollicitude envers les patients.....                                                                               | 64        |
| ▪ Respect de la personne et de son intimité.....                                                                     | 64        |
| ▪ Accueil de la famille, des proches, de la personne de confiance .....                                              | 64        |
| ▪ Respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et des visiteurs .....                               | 64        |
| ▪ <b>Sous-section 3 : secret professionnel.....</b>                                                                  | <b>64</b> |
| ▪ Secret professionnel .....                                                                                         | 64        |
| ▪ Obligation de réserve et de discrétion professionnelle .....                                                       | 65        |
| ▪ Livret d'accueil du personnel .....                                                                                | 65        |
| ▪ Journée d'accueil des nouveaux embauchés.....                                                                      | 65        |
| ▪ Gratuité des soins .....                                                                                           | 66        |
| ▪ Accès au dossier individuel administratif .....                                                                    | 66        |

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ▪ Médecine du travail .....                                                     | 66        |
| ▪ Maintien et retour dans l'emploi .....                                        | 66        |
| <b>Section 2 : BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE .....</b>                         | <b>66</b> |
| ▪ <b>Sous-section 1 : Présence au travail des personnels.....</b>               | <b>66</b> |
| ▪ Assiduité et ponctualité .....                                                | 66        |
| ▪ Absences .....                                                                | 66        |
| ▪ Exécution des ordres reçus .....                                              | 67        |
| ▪ Le droit de retrait .....                                                     | 67        |
| ▪ Information du supérieur hiérarchique de tout incident.....                   | 67        |
| ▪ <b>Sous-section 2 : Comportement et tenue des personnels .....</b>            | <b>67</b> |
| ▪ Respect des règles d'hygiène et de sécurité .....                             | 67        |
| ▪ Alcool et substances illicites .....                                          | 67        |
| ▪ Comportement au travail.....                                                  | 68        |
| ▪ Violence et harcèlement .....                                                 | 68        |
| ▪ Identification du personnel .....                                             | 68        |
| ▪ Tenues de travail .....                                                       | 68        |
| ▪ Conservation en état des locaux, matériels et effets .....                    | 68        |
| ▪ Obligation de déposer argent, valeurs et objets confiés par les malades ..... | 69        |
| ▪ Obligation de désintéressement .....                                          | 69        |
| ▪ Interdiction d'exercer une activité privée lucrative .....                    | 69        |
| ▪ Lutte contre le bruit .....                                                   | 69        |
| ▪ Effets et biens personnels.....                                               | 69        |
| <b>Section 3 : EXPRESSION DES PERSONNELS.....</b>                               | <b>69</b> |
| ▪ Droit d'expression .....                                                      | 69        |
| ▪ Droit syndical.....                                                           | 69        |
| ▪ Droit de grève.....                                                           | 69        |
| ▪ Organisation du temps de travail .....                                        | 70        |
| <b>Chapitre V – APPROBATION - MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR.....</b>       | <b>71</b> |
| ▪ Approbation du règlement intérieur.....                                       | 71        |
| ▪ Mise à jour du règlement intérieur .....                                      | 71        |

## Chapitre I - DISPOSITIONS GENERALES CONCERNANT L'ETABLISSEMENT

Le Groupe Hospitalier du Havre est un Établissement Public de Santé, doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Estuaire de la Seine.

Le GHT de l'Estuaire de la Seine est composé des établissements suivants :

- Groupe Hospitalier du Havre,
- Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises (Fécamp),
- Centre Hospitalier Intercommunal Caux-Vallée de Seine (Lillebonne et Bolbec),
- Centre Hospitalier de la Risle (Pont-Audemer),
- Centre Hospitalier de Saint-Romain-de-Colbosc,
- Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes Les Franches Terres (Beuzeville),
- Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes La belle Etoile (Montivilliers),
- Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes Les Escales – EHPAD publics du Havre.

L'enjeu principal du GHT de l'Estuaire de la Seine est de définir les parcours de soins des patients, à travers un projet médico-soignant partagé. Il vise à ce que les patients puissent bénéficier d'une prise en charge fluide et graduée en fonction de leur état de santé et avoir un égal accès à des soins sécurisés et de qualité.

Développer une offre de proximité mais également une offre de référence et de recours, structurer de véritables filières entre établissements, adhérer à une logique de qualité de service rendu, va permettre à chaque établissement de renforcer son rôle et sa place en Normandie.

Le Groupe Hospitalier du Havre est l'hôpital de référence du bassin de l'estuaire de la Seine. Il couvre les besoins de la région ouest normande et la zone périphérique de Pont-Audemer.

Le Groupe Hospitalier est réparti sur plusieurs sites géographiques.

Ainsi, l'hôpital Jacques Monod regroupe des activités MCO adultes et enfants.

L'hôpital Flaubert demeure le site historique et très urbain du GHH. Outre des services réservés aux anxio-dépressifs, aux activités de SSR et à l'addictologie, ainsi qu'un service d'USLD (Les Terrasses de Flaubert), l'offre de soins accessible en centre-ville a été étoffée par l'ouverture de deux pavillons.

Sont situés au pavillon NORMANDIE :

- Au rez-de-chaussée et au premier étage, le service d'Odontologie « LH dentaire ».
- Au deuxième étage, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et le Centre de Lutte Anti -Tuberculeuse (CLAT).
- Au troisième étage, le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD) et la Consultation des maladies infectieuses.

Le pavillon FRANCE accueille quant à lui le service d'imagerie et un plateau de consultations spécialisées médicales et chirurgicales, une antenne consacrée aux prélèvements sanguins, l'Unité de Psychopathologie Périnatale « Le P'tit Hans » et la consultation AVT (Attachement, Vulnérabilité, Traumas).

L'hôpital Pierre Janet, également en centre-ville, est dédié à la santé mentale et à la psychiatrie. Différentes structures extrahospitalières et services sont rattachés à ce pôle et couvrent le territoire de santé. Certains sont localisés à Fécamp, Bolbec et Lillebonne.

Le Groupe Hospitalier du Havre est également un lieu d'enseignement, qui comprend, outre l'accueil dans les services de soins de personnel médical en formation :

- L'Institut des Formations Paramédicales « Mary THIEULLENT » sis au Havre ainsi qu'une antenne IFAS à Lillebonne,
- Le centre d'enseignement et de soins dentaires en partenariat avec la faculté d'odontologie de Lille,
- Le centre d'Enseignement aux Soins d'Urgences (CESU).



Le Groupe Hospitalier du Havre est l'un des plus grands hôpitaux non universitaires de France, et 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,
- 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 le Conseil départemental pour les compétences qui le concerne,
- 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, y compris en mer, 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.

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 : Organes de direction

#### 1.1 LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le Groupe Hospitalier du Havre est doté d'un Conseil de Surveillance, présidé par un membre qui a été élu parmi le collège des représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées. Il est actuellement présidé par le Maire du Havre. 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 :

- 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
- 2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- 5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- 6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.

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 à l'article L. 6148-2 ;
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- Le présent règlement intérieur de l'établissement.

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

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

En application de l'article L. 6145-16, dans le cadre de certification des comptes de l'établissement, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

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

Le Conseil de Surveillance dispose de son propre règlement intérieur.

#### 1.2 LE DIRECTEUR OU LA DIRECTRICE

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 dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la CME est communiqué au directeur général du CNG.
- 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.

Il participe en tant qu'invité, aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

En tant que directeur de l'établissement support du GHT de l'Estuaire de la Seine, il exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités suivantes :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement hospitalier de territoire peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;
- La passation des procédures de marchés publics pour la fonction Achats ;
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

En tant que Directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, il peut également gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médicotechniques.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

- Conclut avec l'agence régionale de santé le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- Décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement des pôles et d'engagement collectif ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, les propositions de tarifs des activités sociales et médico-sociales ;
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la CME arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité ;

- Peut proposer au directeur général de l'ARS, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération ou des réseaux réglementairement autorisés ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement et le soumet à la délibération du conseil de surveillance ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'ARS le plan de redressement, le cas échéant ;
- Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles ;
- Définit, après avis du président de la CME, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

### 1.3 LA GARDE ADMINISTRATIVE

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

### 1.4 LE DIRECTOIRE

Le directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et prépare sur cette base le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le directoire est obligatoirement concerté par le directeur en matière de politique de gestion de l'établissement (cf. 1.2).

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

Il comporte neuf membres :

- Le Directeur, Président,
- Le Président de la CME, Vice-Président,
- Le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques,
- Un membre du personnel non médical nommé et, le cas échéant, révoqué par le directeur, après information du conseil de surveillance. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques qui comporte au moins trois noms et est présentée au directeur dans le délai de trente jours suivant sa demande. En cas de désaccord du directeur sur les noms proposés, d'absence de proposition ou de caractère incomplet des propositions, le directeur peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le membre de son choix après avis du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.;
- Des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance, et sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres après avis du président de la CME.

Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la CME et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités



participent avec voix consultative aux séances du directoire.

## ■ **Sous-section 2 : Instances consultatives générales**

### **2.1 LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME) :**

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

Elle valorise la culture de la qualité des soins et veille au respect permanent des valeurs déontologiques et éthiques.

Elle représente la « communauté médicale » du Groupe Hospitalier du Havre et dispose de son propre règlement intérieur.

#### **2.1.1 Ses attributions**

##### **2.1.1.1 Elaboration du projet médical d'établissement**

La CME élabore et propose au directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Le président de la CME coordonne son élaboration avec le directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration.

Après concertation avec le directoire, le président de la CME et le directeur peuvent demander à la CME de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

Le projet médical est approuvé par le directoire.

Elle participe à la mise en œuvre du projet médical en lien avec le projet médico-soignant (PMSP) partagé du groupement hospitalier de territoire.

##### **2.1.1.2 Consultations et informations**

La CME est consultée sur les matières suivantes, sur lesquelles le comité social d'établissement (CSE) est également consulté :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement, l'EPRD, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le PGFP ;
- 3° Le plan de redressement ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

La CME et le CSE peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

La CME est également consultée sur les matières suivantes :

- 1° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 2° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 3° La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- 4° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 5° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 6° La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.
- 7° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 8° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 9° Le règlement intérieur de l'établissement ;

- 10° L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre, elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- 11° Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

La CME est informée sur les matières suivantes :

- 1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 2° Les contrats de pôles ;
- 3° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et medicotechniques ;
- 5° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La CME peut également être consultée et peut faire au président du directoire des propositions, sur les matières suivantes :

- 1° Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- 2° Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence avec la politique territoriale du groupement en la matière ;
- 3° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 4° La déclinaison des orientations stratégiques du groupement en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 5° Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- 6° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

La CME veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé définis au niveau du groupement hospitalier de territoire.

La CME, ainsi que son président et ses sous-commissions, ont accès à l'ensemble des informations nécessaires aux travaux relevant de leurs attributions, notamment en matière de gestion des ressources humaines des personnels médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.

Lorsque la CME ou le CSE ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune de ces instances, demander au directeur de leur fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission et du comité.

Après avoir entendu le directeur, la commission et le comité peuvent confier, à la même majorité qualifiée, à deux de leurs membres respectifs le soin d'établir un rapport conjoint.

Le rapport conclut en émettant un avis sur l'opportunité de saisir de ses conclusions le conseil de surveillance en vue de la mise en œuvre de la procédure d'audit.

Au vu de ce rapport, la CME et le CSE peuvent décider, à la même majorité qualifiée, de procéder à cette saisine.

#### 2.1.1.3 Contributions

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence 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, maïeutiques, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement.

La CME contribue également 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.

#### 2.1.1.4 Propositions

La CME propose au directeur un programme d'actions relatif à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, assorti d'indicateurs de suivi.

Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers, ainsi que 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.

La Commission des Usagers et la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques 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'ARS.

### 2.1.2 Sa composition

Sa composition est la suivante :

- 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement ;
- 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles (18 sièges) ;
- 3° Des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement (18 sièges) ;
- 4° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, élus par et parmi ceux-ci (3 sièges) ;
- 5° Deux représentants élus des sages-femmes ;
- 6° Deux représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités,
- 7° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur de l'Etablissement.

Assistent en outre avec voix consultative :

- 1° Le président du directoire ou son représentant (le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix) ;
- 2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- 3° Le praticien responsable du département d'information médicale ;
- 4° Le représentant du CSE, élu en son sein ;
- 5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;

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

### 2.1.3 Son fonctionnement

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables (hors représentants des internes, désignés tous les six mois à chaque début de stages).

La Commission élit son Président et son Vice-Président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

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.

La durée du mandat de Président de la CME est de quatre ans. Il est renouvelable une seule fois et peut être exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, selon des modalités définies réglementairement.

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

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

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. Par dérogation au sixième alinéa de l'article R. 6144-4, lorsqu'un chef de pôle est élu président de la commission et qu'il perd en cours de mandat la qualité de chef de pôle, il continue d'exercer son mandat de président.

Le bureau de la CME 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 CME.

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.

Pour l'accomplissement de ses missions, la CME établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions qui suivent.

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

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.

## **2.2 LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT (CSE)**

Le Comité Social d'Etablissement (CSE) est présidé par le Directeur ou son représentant, membre du corps des personnels de direction de l'établissement. Le CSE assure la représentation du personnel non-médical. Ses membres sont élus par collège, sur des listes élaborées par les syndicats représentatifs. Le CSE dispose de son propre règlement intérieur.

Le CSE est obligatoirement consulté sur :

- Les projets de délibération et sur le plan de redressement présenté par le Président du Directoire à l'ARS, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement,
- Le plan global de financement pluriannuel
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la CME, de la CDU et de la CSIRMT
- L'organisation interne de l'établissement ;
- Les projets de réorganisation de service



- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le Comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du budget et des décisions portant sur les formes de coopération.

### ■ **Sous-section 3 : Instances consultatives spécialisées**

#### **3.1 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.

#### **3.2 LA FORMATION SPECIALISEE EN MATIERE DE SANTE, DE SECURITE ET DE CONDITIONS DE TRAVAIL**

Il est créé, par décision du directeur d'établissement, une formation spécialisée en matières de santé, de sécurité et de conditions de travail. Elle est compétente pour exercer ses attributions sur l'ensemble des sites composant le Groupe Hospitalier du Havre.

#### **3.3 LA COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUES (CSIRMT)**

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est présidée par le Coordonnateur général des soins, membre de l'équipe de direction. Elle est composée de 30 représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Les représentants élus constituent trois collèges :

- Collège des Cadres de Santé : 11 sièges de titulaires / 11 sièges de suppléants
- Collège des Personnels Infirmiers, de rééducation et médicotechniques : 15 sièges de titulaires / 15 sièges de suppléants
- Collège des Aides-Soignants : 4 sièges de titulaires / 4 sièges de suppléants

La date de l'élection est fixée par le directeur de l'établissement. Un mois au moins avant, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le directeur de l'établissement et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai. A l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin.

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants à la commission par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Le directeur des soins chargé des instituts de formation et écoles paramédicales rattachés à l'établissement ;
- Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale;
- Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation;
- Un représentant de la commission médicale d'établissement.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

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. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé.

L'ordre du jour est fixé par le président de la commission.

La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

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 Médicotechniques dans un rapport adressé au Directoire.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins et ses collaborateurs ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques 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 médicotechniques ;
- 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 (participation des professionnels libéraux aux missions du GHH),
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

## ■ **Sous-section 4 : les organes des différents dispositifs de vigilance**

### **4.1 LE COMITE DE COORDINATION DES VIGILANCES ET DE LA GESTION DES RISQUES**

Le COVIRIS : Instance de Coordination qui veille à la mise en œuvre des programmes d'actions, contribue à développer la culture sécurité, appréhende la gestion des risques par une approche pluridisciplinaire, pluri professionnelle et donne une cohérence dans les actions engagées.

Ses missions :

- Assurer la coordination des risques cliniques et risques non cliniques,



- Identifier les risques à priori : événement redouté (cartographie),
- Identifier les risques à postériori : Analyser, traiter les événements indésirables en évaluant les actions correctives mises en place,
- Développer la culture sécurité : Proposer à l'ensemble des personnels des formations à la gestion des risques, développer la mise en place de RMM, CREX et de retour d'expérience, développer la culture de l'erreur apprenante,
- Coordonner les vigilances réglementaires : veiller à la diffusion des alertes sanitaires : ministère, ARS, ASN, fournisseur...
  - par la désignation des correspondants locaux
  - par une organisation formelle décrivant le système d'alerte
- Assurer la gestion des crises sanitaires,
- Elaborer le programme de prévention des risques.

Le COVIRIS est composé du Président de CME, d'un membre représentant la CDU, du Directeur, du coordonnateur des soins, du Directeur qualité, du Coordonnateur des risques associés aux soins, des Correspondants vigilances réglementées, des Correspondants autres risques et de représentants de services de soins.

Le COVIRIS s'appuie sur des correspondants désignés au sein de l'établissement pour coordonner les différentes vigilances :

- Le correspondant local de pharmacovigilance, dont la pharmacovigilance liée aux médicaments dérivés du sang (pharmacien),
- Le correspondant local de matériovigilance (pharmacien),
- Le correspondant local de réactovigilance,
- Le correspondant local de radioprotection (Personne Compétente en Radioprotection désignée par le Chef d'Etablissement).

#### **4.2 LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)**

Le CLIN est la sous-commission de la CME chargée du risque infectieux nosocomial.

Ce comité est une structure transversale qui associe l'ensemble des acteurs du Groupe Hospitalier – médical, paramédical et administratif.

Le CLIN a comme missions :

- 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 associées aux soins (notamment la participation aux surveillances nationales),
- La formation des professionnels aux bonnes pratiques d'hygiène,
- L'évaluation périodique des actions de prévention contre les infections nosocomiales.

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

Le CLIN prépare chaque année, avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, le programme d'actions pour la prévention des infections nosocomiales.

#### **4.3 LA COMMISSION DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (COMEDIMS)**

La COMEDIMS est une commission hospitalière issue de la CME, dont l'objectif est de définir la politique du médicament et du dispositif médical stérile Ses principales missions sont :

- Etablir, réviser la liste des produits pharmaceutiques mis à disposition des professionnels de l'Etablissement et ainsi valider et mettre à jour le livret thérapeutique du Groupe Hospitalier du Havre,
- Emettre des recommandations et avis de bon usage sur ces mêmes produits,
- Contribuer à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Elle est composée d'un ou plusieurs représentants, médical et paramédical, de chaque pôle de l'établissement, des pharmaciens, des correspondants de pharmacovigilance et matériovigilance, d'un représentant de la Commission des Anti-infectieux, du Directeur qualité, du gestionnaire des risques liés aux soins, du Directeur des soins infirmiers ou d'un représentant de la CSIRMT, du Président de CME ou de son représentant.

Elle se réunit au moins trois fois par an et peut être saisie à tout moment ; une fiche de demande de référencement est disponible auprès de ses membres.

#### **4.4 LA COMMISSION LOCALE DE SURVEILLANCE DES FLUIDES A USAGE MEDICAL**

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

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 au niveau des installations de fluides médicaux et les améliorations à y apporter.

#### **4.5 LE COMITE DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET D'HEMOVIGILANCE (CSTH)**

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

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

#### **4.6 L'UNITE D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE**

L'Unité d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle est composée d'un praticien hospitalier et d'une IDE coordinatrice temps plein.

Elle est chargée de :

- La déclaration et de l'analyse des effets indésirables des transfusions et des incidents de la chaîne transfusionnelle,
- La conservation des informations relatives aux transfusions (dossier transfusionnel des patients, traçabilité des produits sanguins labiles),
- La réalisation de missions d'amélioration de la sécurité transfusionnelle : formation des personnels (formation continue, nouveaux arrivants, internes et praticiens), élaboration et mise à jour des procédures et évaluation des pratiques.

Pour ces actions d'amélioration de la sécurité transfusionnelle, l'unité d'hémovigilance s'appuie sur un réseau d'IDE référents présents dans les services transfuseurs

#### **4.7 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 œuvre 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.

#### **4.8 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 donneurs 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 CME.

Elle se réunit une fois par mois et produit un rapport d'activité annuel. Il est communiqué à la CME 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 en état de mort encéphalique et des prélèvements de tissus sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant. Depuis octobre 2018, le GHH est autorisé à effectuer la procédure Maastricht III c'est à dire à réaliser des prélèvements d'organes et de tissus sur des personnes décédées suite à une limitation thérapeutique en réanimation.

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 révocable 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.

## ▪ **Sous-section 5 : La Commission des Usagers (CDU)**

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

Elle participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement.

Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement.

Elle recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre.

Elle formule des recommandations destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers et également en matière de formation des personnels.

La commission veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La commission des usagers facilite également les démarches des usagers et veille à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

La commission des usagers rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel. L'ensemble des données doivent être anonymes.

Après avis des autres instances consultatives concernées, ce rapport est transmis au conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Il est également transmis à l'agence régionale de santé et à la conférence Régionale de la santé et de l'autonomie.

La commission des usagers peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis par la CDU. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement contribue à son élaboration.

Ce projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement du GHH.

Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

Pour lui permettre d'accomplir ses missions, 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, qui peuvent en prendre connaissance à la direction générale (service des relations avec les usagers).

Dans ce cadre, elle peut, le cas échéant, avoir accès aux données médicales du patient sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de ce dernier ou de ses ayant droits. En l'absence d'accord formel, la protection de l'anonymat des patients et des professionnels est assurée dans le respect de la réglementation en vigueur.

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

- Le représentant légal de l'établissement ou son représentant,
- 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 un représentant qu'il désigne,
- Un représentant de la Commission de Soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et son suppléant,
- Un représentant du personnel et son suppléant,
- Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant.

La Directrice de la Qualité et de la Gestion des Risques assiste aux séances de la Commission des usagers avec voix consultative.

Le président et le vice-président sont élus, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois.

La Commission se réunit au moins quatre fois par an. Elle est dotée d'un règlement intérieur, validé par ses membres.

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, médicotechniques et administratifs.



Le Directeur, le Président de la CME, le Directeur du Numérique en Santé et le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) sont membres de droit de ce collège.

Il est présidé par le médecin responsable du DIM. Le secrétariat est assuré par la secrétaire du Président de la CME.

Il se réunit 1 à 2 fois par an sauf s'il est saisi à titre exceptionnel pour statuer sur une problématique issue d'une modification réglementaire ou d'une évolution des pratiques en matière d'information médicale au sein de l'établissement.

Il a pour mission d'assurer la coordination du DIM 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 (COPS) est une émanation de la CME qui 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 et veiller à l'organisation et au bon fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité
- Donner son avis sur l'élaboration des tableaux nominatifs de participation à la permanence des soins (gardes et astreintes).
- Fixer les règles du recueil du temps de travail additionnel
- Donner son avis sur les conventions de coopérations

#### **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,
- Le Directeur de l'établissement public de santé ou son représentant,
- Un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie désigné par son Directeur,
- Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la CME,
- Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la CME,
- 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 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 rédige son rapport d'activité annuel. Il est communiqué à la CME et au Directeur Général de l'ARS.

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

L'obligation du développement professionnel continu des médecins est triennale. Cette obligation peut comprendre des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation de ses pratiques, et de gestion des risques.

Le code de déontologie médicale exige du médecin qu'il donne des soins "conformes aux données acquises de la science" : le médecin a le devoir de s'informer des progrès de la médecine nécessaire à son activité.

La Commission d'Evaluation des Pratiques Professionnelles a pour mission d'accompagner, en lien avec le service Qualité, les professionnels depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre des EPP, de s'assurer de leur suivi et de la pérennisation des actions mises en place.

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 CSIRMT (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 hospitaliers et libéraux, dont un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins, du Directeur Coordonnateur des Soins Infirmiers et Médico Techniques, de représentants des différentes religions et de personnel paramédical.

Le Président de la CME 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.

Un représentant des usagers à la Commission des usagers est également invité aux séances.

#### **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 adultes, pédiatrique et SAMU.



## ■ **Sous-section 7 : Les commissions émanant du Comité Social d'Etablissement**

### **LA COMMISSION DE FORMATION**

Instance pluripartite, la Commission de formation est chargée de préparer les délibérations prévues aux instances de l'établissement dans le cadre de la consultation en matière de formation. La commission de formation prépare notamment la consultation sur le bilan et le plan de formation. Elle se réunit quatre fois au cours de l'année.

Dans un esprit de concertation, ses missions sont de :

- participer à l'élaboration de la politique générale de formation, aux travaux en lien direct avec la formation des personnels non médicaux.
- traiter l'ensemble des questions relatives à l'organisation de la formation tout au long de la vie des personnels non médicaux dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu.
- donner un avis sur le budget consacré à la formation et sur la répartition et l'emploi des crédits, la méthodologie et l'exécution du plan de formation.
- statuer sur les demandes relevant du Compte Personnel de Formation (CPF) dont les études promotionnelles et les formations longues diplômantes.
- étudier les moyens propres à favoriser l'expression des salariés sur la formation, ainsi que de participer à l'information des professionnels dans ce domaine.

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

### **LA COMMISSION QUALITE**

La commission Qualité contribue par ses avis à l'élaboration et à l'application de la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et des relations avec les usagers. Elle définit, dans le cadre du programme établissement, les grandes actions qualité et sécurité des soins de l'année, le bilan du processus management de la qualité et des risques et le suivi de la certification HAS. Elle est constituée d'une composante managériale, d'une composante clinique – pôles, de représentants des commissions spécialisées et d'un représentant des usagers).

### **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 l'unité centrale de restauration,
- L'ingénieur qualité.

Les membres peuvent choisir de faire participer 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 DAHL.

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.

## ■ **Sous-section 9 : Les organes consultatifs propres à certaines catégories professionnelles**

### **LE COLLEGE DES PSYCHOLOGUES**

Le Collège des psychologues est la réunion d'un groupe de pairs qui a pour fonction de représenter les psychologues au sein du GHH et de coordonner des actions communes. Il regroupe tous les psychologues, quels que soient leur statut et leur lieu d'exercice.

Le Collège est représenté et animé par deux psychologues coordinateurs, élus par leurs pairs pour trois ans. Ils ont pour fonction de faciliter les échanges au sein de la profession ainsi qu'avec les instances internes et externes au GHH. Ce collectif référent se réunit mensuellement. Il est une ressource pour les psychologues en terme d'organisation professionnelle et une instance consultative au sein du GHH pour les questions relatives à la profession de psychologue.

## ■ **Sous-section 11 : Le Groupement Hospitalier de Territoire**

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Estuaire de la Seine rassemble les établissements publics du territoire de l'ouest de la Seine Maritime et du nord-ouest de l'Eure.

Il couvre 457 000 habitants répartis en quatre zones de proximité : le Havre, Fécamp, Bolbec-Lillebonne, Pont-Audemer.

Le GHT de l'Estuaire de la Seine, dont le Groupe Hospitalier du Havre est l'établissement support, est composé des établissements suivants :

- Le Groupe Hospitalier du Havre (GHH),
- Le CH de Pont-Audemer (ou CH de la Risle), organisé en direction commune avec le GHH depuis 2014,
- Le CH de Fécamp (ou CHI des Hautes Falaises),
- Le CH de Lillebonne (ou CHI Caux Vallée de Seine),
- Le CH de Saint-Romain-de-Colbosc,
- L'EHPAD Les Franches Terres à Beuzeville organisé en direction commune avec le GHH depuis 2014,
- L'EHPAD Les Escales – EHPAD publics du Havre,
- L'EHPAD La belle Etoile à Montivilliers.

## **Section 2 : ORGANISATION DES SOINS**

---

### ■ **Sous-section 1 : Organisation médicale interne**

#### **ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITE CLINIQUE ET MEDICOTECHNIQUE**

##### **Les missions des pôles**

Les pôles d'activités sont définis conjointement par le Directeur et le président de la CME. Cette organisation doit être conforme au projet médical de l'établissement et répond à un objectif de complémentarité des activités et des orientations médicales qui permettent une mutualisation et une meilleure utilisation des moyens. Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille et de la composition des pôles appartient au Directeur et le président de la CME conformément au principe de la liberté d'organisation. Chaque pôle est divisé en structures internes dont l'organisation est le reflet de la stratégie médicale et médicotechnique adoptée pour chaque pôle.

##### **Les Chefs de pôles**

Les chefs de pôle sont nommés conjointement par le Directeur et le président de la CME, pour une période maximale de quatre ans renouvelable.



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

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

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs assignés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle.

Tous les chefs de pôles cliniques ou médicotechniques sont membres de la CME. Toutefois, la fonction de chef de pôle est incompatible avec celle de président de la CME.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.

### **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.

### **Nomination des chefs de service, des responsables de structures internes et d'unités fonctionnelles**

Les chefs de service et les responsables de structures internes ou d'unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médicotechnique sont nommés, après avis du chef de pôle, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.

Ils sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces chefs de service et responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, à leurs fonctions par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Cette décision peut, le cas échéant, intervenir sur proposition du chef de pôle. Saisi d'une proposition en ce sens, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement disposent d'un délai de trente jours pour prendre leur décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

## **LE PILOTAGE MEDICO-ADMINISTRATIF**

### **La contractualisation interne**

Le directeur signe, conjointement avec le président de la CME et le chef de pôle, un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Pour pouvoir mettre en œuvre son projet d'établissement le Groupe Hospitalier du Havre doit s'assurer la capacité à financer de manière pérenne les investissements nécessaires. Dans cette optique et afin de consolider la trajectoire d'amélioration de la situation financière un volet "Gestion et Contractualisation" est inscrit au projet d'établissement. Ce projet vise à s'inscrire dans une démarche dynamique d'adaptation au système de financement des établissements publics de santé tout en s'efforçant d'anticiper les évolutions prévisibles du modèle. Pour atteindre la réactivité souhaitée, le projet vise à développer le processus de contractualisation interne en associant davantage les pôles à la gestion de l'établissement. Déconcentration et responsabilité constituent les piliers de cette démarche.

Le pôle s'engage à participer à la mise en œuvre du projet d'établissement, clef de voute de la stratégie d'établissement du Groupe hospitalier du Havre.

Les principes fondamentaux dans lesquels doivent s'inscrire l'ensemble des actions conduites par les pôles sont :

- Garantir la qualité et la sécurité de prise en charge du patient,
- Optimiser la performance, qui recoupe d'une part, la notion de qualité de service rendu et d'autre part, la notion d'efficience économique.

Le pôle s'engage à rendre régulièrement compte de ses résultats et en proposant des plans d'action visant à atteindre l'objectif général de performance.

### **Le pilotage médico économique des pôles**

Le pilotage médico-économique de chaque pôle clinique ou médicotechnique est assuré par le Chef de pôle, assisté d'un Cadre Supérieur de Pôle et d'un chargé de projets de Pôles.

Ce trio de pôle a pour fonction de :

- Animer la vie du pôle,
- Conclure le contrat de pôle et en assurer l'exécution et l'évaluation,
- Gérer les ressources déléguées au pôle,
- Le cas échéant, proposer l'affectation de l'intéressement.

## **■ 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 du Directeur général 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.

Peuvent participer au service de garde et astreintes les praticiens à temps plein ou à temps partiel, les personnels 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.

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 ont 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.

#### **VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE**

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement selon les dispositions arrêtées par les responsables d'unité de soins. 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 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 attachés,
- Les docteurs juniors,
- Internes et faisant fonction d'internes, DFMS, Stagiaires Associés.

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.

Chaque statut des personnels médicaux est régi par un décret.

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.

Chaque médecin doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de Développement Professionnel Continu (DPC) comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques.

Le DPC doit répondre à des orientations nationales définies par spécialité.

L'article L4135-1 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.

## **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 en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médicotechnique.

### **Service de soins infirmiers, de réadaptation et médicotechniques**

Le service des soins infirmiers, de réadaptation et médicotechniques regroupe l'ensemble des professionnels de santé dispensant ces soins auprès du patient.

Il est animé par un directeur coordonnateur général des soins, nommé par le directeur 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.

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 D'INFORMATION MEDICALE (DIM)**

Le Département d'information Médicale (DIM) du GHH est un service hospitalier chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. Il est intégré fonctionnellement au DIM du GHT de l'Estuaire de la Seine.

Le DIM 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 (PMSI).



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 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.

#### ■ **Sous-section 5 : Gestion des incidents et des événements indésirables**

Afin de promouvoir la culture sécurité et l'amélioration continue de la qualité, le Groupe Hospitalier du Havre dispose d'un outil informatisé de gestion des risques qui permet la déclaration et le suivi des Evénements Indésirables (EI).

En cas d'Evénements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS), l'établissement signale l'évènement à l'Agence Régionale de Santé, puis lui transmet, dans un second temps, des éléments de l'analyse réalisée et les actions d'amélioration mises en place. L'analyse des événements indésirables de l'institution contribue à l'élaboration du programme qualité – gestion des risques annuel.

### **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 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.

Elles 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 les édicte 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. Il veille au respect de ces règles de sécurité et coordonne leur mise en œuvre.

##### **OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE**

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 occupant son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du groupe hospitalier leur sont opposables. Lesdits organismes sont tenus de porter à la connaissance du Directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils souhaitent établir pour les locaux qu'ils occupent.

Le présent règlement intérieur est mis à la disposition de chacun à la Direction de chaque site et sur les sites intranet et internet du GHH.

#### ■ **Sous-section 2 : La sécurité générale**

##### **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 réglementation en vigueur.

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.

#### **GARDE TECHNIQUE**

Le Directeur 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.

#### **ACCES AU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE**

L'accès dans l'enceinte des sites du GHH 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.

Toute personne refusant de se soumettre aux mesures de sûreté exigées se verra interdire l'accès aux locaux.

#### **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.

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 et dans le parking souterrain du site Monod.

## **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 Directeur délègue au responsable du service sécurité du GHH la demande d'intervention des forces de police.

## **SECURITE INCENDIE**

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

Tout le personnel est formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal ou l'évacuation et sont tous entraînés à la manœuvre des moyens d'extinction.

Le personnel de sécurité est formé et entraîné par des exercices réguliers à l'application des règles législatives et réglementaires. 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 différents sites.

Les usagers engagent leur responsabilité en cas de non-respect des injonctions du Directeur ou de ses représentants sur le respect des règles et consignes de sécurité.

## **VIDEOSURVEILLANCE**

Afin de prévenir les atteintes à la sécurité des personnes et des biens, faciliter le secours aux personnes, lutter contre les incendies et assurer la sécurité des installations, le Groupe Hospitalier du Havre met en œuvre un système de vidéo protection, qui satisfait à l'obligation de sécurisation des données et est conforme aux règles énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Il a fait l'objet d'une déclaration au Préfet.

Les images sont conservées pendant 30 jours et peuvent être visionnées, en cas d'incident, par le responsable du service sécurité.

Pour exercer vos droits Informatiques et Libertés, notamment votre droit d'accès aux informations qui vous concernent, ou pour toute information sur ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du groupe Hospitalier du Havre en écrivant à [dpd@ch-havre.fr](mailto:dpd@ch-havre.fr) ou par voie postale à :

Groupe Hospitalier du Havre,  
Direction du Numérique en Santé  
A l'attention du DPD  
BP 24, 76083 Le Havre Cedex

Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sur [www.cnil.fr/plainte](http://www.cnil.fr/plainte).

L'installation de matériels de télé-surveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique a 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.

#### **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 fonctionnelle 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.

Le fait d'user de menaces ou de violences ou de commettre tout autre acte d'intimidation à l'égard de toute personne participant à l'exécution d'une mission de service public, afin d'obtenir pour soi-même ou pour autrui une exemption totale ou partielle ou une application différenciée des règles qui régissent le fonctionnement dudit service, fera l'objet d'un dépôt de plainte du Directeur ou de son représentant.

#### **RAPPORTS AVEC L'AUTORITE JUDICIAIRE**

Les relations entre les services publics que sont la justice, les polices nationale et municipales, la gendarmerie et l'hôpital sont régulières, et poursuivent l'objectif commun de protection des personnes.

Les procédures d'intervention ont été formalisées et validées par la signature d'une convention Santé – Sécurité – Justice en février 2021.

Tout accident ou événement grave susceptible de faire l'objet d'une instruction judiciaire, qu'il y ait eu dépôt de plainte ou non, est traité et signalé.

Sont notamment signalés :

- Les décès par mort violente ou suspecte,
- Tout acte volontaire de nature délictueuse ou criminelle à l'encontre des usagers (ex : maltraitance...) ou du personnel.



### ■ **Sous-section 3. Situations exceptionnelles ou d'urgence majeure**

#### **PLAN DE SECOURS D'URGENCE (PLAN BLANC)**

En cas d'afflux massif de victimes, un plan d'organisation des secours d'urgence ou plan blanc est mis en place. 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 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.

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 événement inhabituel, l'ARS, le Préfet ou le SAMU doivent informer le Directeur pour une mise en pré alerte.

Le Préfet de Département, le Directeur de l'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 Soins.

#### **SITUATION EXCEPTIONNELLE OU D'URGENCE MAJEURE**

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur ou ses représentants prennent les mesures nécessaires et adaptées à la gravité de l'événement non souhaité.

Le CSE en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut 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 faire interdire l'accès et la sortie du Groupe Hospitalier du Havre à toute personne avec ou sans leur consentement, ou imposer la justification du motif de son accès sur le site du Groupe Hospitalier.

Il peut faire procéder aux contrôles qui lui semblent nécessaires (sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules), voir déclencher l'évacuation ou le confinement de l'établissement.

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.

### ■ **Sous-section 4 : la sécurité informatique**

Le Groupe Hospitalier du Havre a élaboré deux chartes (en annexe du présent Règlement intérieur), qui ont pour objet de décrire les

règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet du Groupe Hospitalier du Havre et de rappeler à leurs utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité du système d'information de la structure et la protection des données, dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux personnes, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par le Groupe Hospitalier du Havre.

La charte d'accès et d'usage du système d'information est mise à la disposition des utilisateurs permanents ou temporaires sur le réseau informatique et affichée dans les locaux de la structure.

Ces chartes s'imposent à tous les utilisateurs permanents ou temporaires du système d'information du Groupe Hospitalier du Havre.

## **Chapitre II - ADMISSIONS - CONDITIONS DU SEJOUR - SORTIES**

Les droits essentiels des personnes malades accueillies au Groupe Hospitalier du Havre sont rappelés dans la charte de la personne hospitalisée 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 patients**

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

##### **PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU PATIENT**

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.

##### **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 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 PATIENTS**

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](http://www.ch-havre.fr)).

Le livret d'accueil est un outil d'information destiné aux usagers. Il doit leur permettre 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 patient 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 patient 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 patient, dans le respect de la discrétion demandée éventuellement par le patient (par exception, la famille des patients détenus est informée par les services pénitentiaires).

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 patient 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 patient 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 PATIENT**

Se reporter au paragraphe concernant le consentement aux soins (cf. Section 2 sous-section 2 du présent chapitre).

#### **DEPOT DES OBJETS**

Lors de son admission, le patient 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 patients hospitalisés sont effectués auprès du régisseur de recettes du Groupe Hospitalier du Havre contre délivrance d'un reçu.

Si le patient est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont il est porteur est aussitôt dressé et signé par le personnel de l'établissement et l'accompagnant, et le dépôt est 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 ou l'unité de consultation.

#### **PIECES A FOURNIR POUR TOUTE PRISE EN CHARGE**

Sous réserve des dispositions relatives à l'anonymat des patients, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient 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 Protection Universelle Maladie**

Si le patient n'est pas assuré social, et ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la Protection Universelle Maladie (PUM), 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 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.

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 présentation d'une attestation de prise en charge par une assurance maladie complémentaire ou privée toutes deux valables à la date des soins, ils doivent payer le ticket modérateur à la date des soins.

Si, dans les huit jours de sa consultation, le patient 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 celle-ci ne fait pas obstacle à l'intérêt du service public hospitalier. Ils doivent à cette fin 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 médicotechniques 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 médicotechnique 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 au 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 du Groupe Hospitalier du Havre.

- Directement : les praticiens doivent transmettre au Directeur du Groupe Hospitalier du Havre 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 du Groupe Hospitalier du Havre: 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 Public 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 de naissance.

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 PATIENTS ETRANGERS**

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un patient 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 patient 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 PATIENTS AYANT LA QUALITE D'EVACUES SANITAIRES**

Des patients 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'Etat.

#### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS DEVANT CONFIER PROVISOIREMENT DES ENFANTS AU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE**

Lorsqu'un patient 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.

### **■ Sous-section 5 : service social des patients**

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

Sa mission est de les accompagner dans le contexte d'hospitalisation ou du suivi en consultation externe.

Dans le respect du secret professionnel, les assistantes sociales assurent le soutien, l'accompagnement, le conseil administratif, juridique, social et financier.

Elles reçoivent dans leur bureau sur rendez-vous. Elles peuvent aussi se rendre au chevet du patient, à la demande de ce dernier.



## Section 2 : SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS

---

### ■ Sous-section 1 : consentement aux soins

#### PRINCIPE DU CONSENTEMENT AUX SOINS

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

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

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

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

Toutefois, ce principe trouve sa limite dans l'obligation faite au médecin de protéger la santé de tout patient : dans certaines circonstances exceptionnelles (refus de transfusion sanguine d'un témoin de Jéhovah par exemple), un médecin peut accomplir, dans une situation d'urgence et dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à la survie d'un patient et proportionnel à son état, en l'absence d'alternative thérapeutique et après avoir tout mis en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables.

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

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

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

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

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

#### 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 patient de désigner une personne de confiance. Cette désignation demeure facultative et est faite par écrit. La personne de confiance devra cosigner le formulaire de désignation. Si le patient a des difficultés pour écrire, il peut demander à deux personnes d'attester par écrit que la désignation reflète bien sa volonté.

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. Il est recommandé que le patient prévienne dans ce cas sa précédente personne de confiance et les personnes qui détiennent son nom.

Un patient placé sous sauvegarde de justice ou sous curatelle peut désigner une personne de confiance. Il en est de même pour les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie dès lors que leurs facultés de discernement le leur permet. Le majeur sous tutelle peut le faire s'il a obtenu l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille.

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 :**

Lorsque le patient peut exprimer sa volonté, la personne de confiance a une mission d'accompagnement. Elle peut soutenir le patient dans ses démarches, assister à ses entretiens médicaux et, éventuellement, l'aider à prendre des décisions concernant sa santé.

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

Lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information médicale, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale. Elle sera la personne consultée en priorité lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour exprimer ce que le patient aurait souhaité. Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte ceux du patient.

Son témoignage l'emporte sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si le patient a rédigé ses directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui suit le patient si elles lui ont été confiées, ou bien elle indiquera qui les détient ou le lieu où elles se trouvent.

La personne de confiance n'est pas à confondre avec la 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.

### **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.

La personne de confiance n'a pas un accès direct au dossier médical du patient. 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.

### **LES DIRECTIVES ANTICIPEES**

Il s'agit d'un document écrit, par lequel une personne majeure exprime ses volontés concernant sa fin de vie et les décisions médicales à prendre, dans le cas où elle serait un jour dans l'incapacité de les exprimer (conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux). Les volontés doivent être univoques.

Ce document doit être daté et signé par le patient, et préciser ses noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Cette démarche est volontaire et non obligatoire. Les directives anticipées permettent aux professionnels de santé de connaître et de respecter les souhaits du patient concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements à appliquer, même lorsqu'il est dans l'incapacité de les exprimer.

Le médecin est tenu de les respecter quand il doit prendre une décision d'investigation, d'intervention ou de traitement.

Seuls deux cas permettent au médecin d'y déroger :

- En cas d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation,
- Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ce cas, la décision de refus d'appliquer les directives n'est pas prise par le médecin seul, mais à l'issue d'une procédure collégiale (prévue à l'article R4127-37-2 du Code de la santé publique). Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Les directives anticipées ont une durée illimitée.

Elles peuvent être annulées ou modifiées à tout moment. En cas de directives anticipées multiples, le document valide le plus récent fait foi.

La personne qui rédige des directives anticipées doit s'assurer que ses proches et son médecin connaissent leur existence et savent où les trouver. Il est recommandé qu'elles figurent dans le dossier médical partagé du patient, s'il en a été créé un.

Une personne sous tutelle peut rédiger ses directives anticipées avec l'autorisation soit du juge des tutelles, soit du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Si le patient est capable d'exprimer sa volonté mais se trouve dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même, il peut demander à ce qu'une personne la rédige pour lui. Deux témoins, dont la personne de confiance s'il en a désigné une, devront alors attester par écrit que le document est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées écrites, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

### **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 patients 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 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 sur les soins**

### **INFORMATION DU PATIENT**

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Les professionnels de santé sont tenus de délivrer aux patients une information claire, précise et fidèle à la réalité. Les moyens mis en œuvre doivent être adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'accès à l'information.

Le professionnel de santé doit s'assurer que le patient a compris l'information qui lui a été délivrée et doit l'inviter à s'exprimer et à lui poser des questions sur les informations données.

Le consentement du patient doit être recherché dans tous les cas.

Les patients mineurs ou majeurs sous tutelle reçoivent des informations adaptées à leur degré de maturité et à leurs facultés de discernement.

Les informations médicales les concernant sont également communiquées aux parents – dès lors qu'ils sont titulaires de l'autorité parentale – et au tuteur, sauf si, en application des dispositions de l'article 1111-5 du Code de la santé publique, la personne mineure s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale.

Avant tout acte ou toute intervention médicale, le médecin a l'obligation de donner au patient des informations concernant :

- Son état de santé et son évolution prévisible ;
- Les traitements ou actions de prévention et le déroulement des examens ;
- Leur utilité ;
- Leur urgence éventuelle ;
- Leurs conséquences ;
- Les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, même s'ils sont exceptionnels dans leur survenance ;
- Les solutions alternatives possibles ;
- Les conséquences prévisibles en cas de refus du patient de consentir à l'intervention.

Après l'acte ou l'intervention, si des risques nouveaux liés à l'intervention ou au traitement sont identifiés, le médecin en informera le patient.

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.

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



Le patient est le premier destinataire des informations relatives à son état de santé.

Cependant, 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.

Le patient a par ailleurs la possibilité de désigner une personne de confiance pour l'accompagner dans ses démarches.

Il est 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**

Les proches, toujours avec l'accord du patient, peuvent recevoir ces informations, en cas de diagnostic ou de pronostic grave. Le médecin ne communiquera alors à la famille ou aux proches que les informations de santé nécessaires au soutien direct du patient, sauf opposition du patient à ce que toute information sur son état de santé leur soit divulguée.

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

Sauf opposition expresse du patient mentionnée dans son dossier médical, la personne à prévenir (et la personne de confiance si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté) est avisée, si besoin par téléphone, des décisions importantes concernant le patient (changement de service, intervention chirurgicale, transfert vers un autre établissement, sortie...).

#### **INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT**

A l'entrée ou en cours d'hospitalisation, le médecin traitant peut-être contacté pour l'obtention de renseignements sur la prise en charge, dans un souci de continuité des soins.

Le patient et son médecin traitant reçoivent à la sortie d'hospitalisation une lettre de liaison ou un compte-rendu résumant les informations sur le séjour, et résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre.

#### **LE SECRET A L'HOPITAL**

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel et de tout membre du personnel du GHH.

Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

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

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins (au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique), ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Le patient est dûment informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant. Il peut exercer ce droit à tout moment.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

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

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

Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement

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 le 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.

Les autorités policières et judiciaires peuvent cependant requérir de toute personne susceptible de détenir des documents intéressant l'enquête ou l'instruction la remise de ces documents. Il est expressément prévu que le secret professionnel ne permet pas, sauf motif légitime, de s'opposer à la remise demandée. Le fait de s'abstenir de répondre dans les meilleurs délais à la réquisition est pénalement sanctionné.

Toutefois, cette obligation ne concerne pas les médecins, pour lesquels l'accord est nécessaire. S'ils acceptent, ils n'encourent pas les peines de la violation du secret professionnel. S'ils refusent, les autorités policières et judiciaires peuvent procéder à la saisie des documents concernés.

#### **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 médicotechniques, etc.

Soucieux de la protection de vos données personnelles, le Groupe Hospitalier du Havre est engagé dans une démarche continue de sécurisation et de maintien de la confidentialité de vos données personnelles en accord avec la Loi Informatique et Liberté du 06 janvier 1978 et du Règlement Général sur la Protection des Données du 25 mai 2018.

En vertu de l'Article 5 du chapitre II du RGPD, le Groupe Hospitalier du Havre s'assure que les données à caractère personnel sont traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée, qu'elles sont collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne seront pas traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités.

Ces données sont adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées.

Elles sont également conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées.

Elles sont de plus traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle.

En raison de l'Article 15 de la section 2 du chapitre III du RGPD, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant, à savoir :



- Les finalités des traitements
- Les catégories de données à caractères personnel concernés
- Les destinataires ou catégories de destinataires auxquels les données sont communiquées
- La durée de conservation des données
- Le droit de demander au responsable de traitement la vérification de l'exactitude, et le cas échéant la rectification, la complétion ou l'application du droit d'opposition à leur utilisation.

Pour toutes questions relatives à l'utilisation de leurs données personnelles, les usagers peuvent contacter le Délégué à la Protection des Données du GHH à l'adresse suivante : [dpd@ch-havre.fr](mailto:dpd@ch-havre.fr) ou par voie postale à :

Groupe Hospitalier du Havre  
Direction des Systèmes d'Information  
A l'attention du DPO  
BP 24, 76083 Le Havre Cedex.

### **DOSSIER MEDICAL DU PATIENT**

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Le cas échéant, un dossier est constitué pour un patient 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**

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par le GHH, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des 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**

Ce droit s'exerce auprès du médecin responsable de l'information médicale du GHH.

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.

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

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, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sans consentement, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins 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.

En cas de décès du patient, l'accès des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical est autorisé sous réserve que les informations demandées leur soient nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits.

Le patient ne doit pas avoir exprimé son refus à cette communication avant son décès.

En cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement (dans les cas expressément prévus par le code de la santé publique).

Une demande de communication du dossier médical est adressée au service Archives Centrales.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

#### **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**

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées.

Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et 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.

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

#### **DROIT AUX SOINS PALLIATIFS**

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé du Groupe Hospitalier du Havre mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

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, infirmières et psychologues, intervient sur sollicitation au sein du GHH et des établissements médicosociaux du territoire de santé.

Elle travaille en lien avec l'équipe du réseau RESPECT qui intervient au domicile, dans un souci de continuité des soins avec les professionnels libéraux.



## ■ **Sous-section 4 : le recueil et le suivi de l'expression des usagers**

### **QUESTIONNAIRE DE SORTIE**

Tout patient 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.

Le questionnaire de sortie fait partie intégrante de la démarche qualité, il permet de recueillir l'avis des patients et d'évaluer la qualité de l'accueil, de la prise en charge médicale, des soins prodigués, des conditions de vie au sein de l'établissement et de l'organisation de l'établissement.

Il fait l'objet d'une étude annuelle, qui met en évidence les points négatifs et positifs de chaque service. Toutes ces informations sont prises en compte dans le rapport annuel élaboré par la Commission des Usagers.

### **QUESTIONNAIRE NATIONAL E-SATIS MCO**

Pour partager leur expérience d'hospitalisation et leur niveau de satisfaction, les patients peuvent aussi conduire deux actions:

- Donner leur adresse mail lors de leur admission,
- Répondre au questionnaire national "e-Satis" qu'ils recevront par mail après leur hospitalisation.

Deux semaines après leur sortie, les patients reçoivent un courriel, envoyé automatiquement, contenant un lien unique, individuel et sécurisé leur permettant de se connecter au questionnaire e-Satis en ligne. Ils peuvent y répondre jusqu'à 10 semaines après cet envoi.

Le dispositif national e-Satis permet la production d'indicateurs de résultats, communs à tous les établissements de santé français, issus d'une évaluation du service rendu du point de vue des patients.

Deux questionnaires sont proposés : un pour les patients de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) hospitalisés plus de 48h et un pour les patients venus en chirurgie ambulatoire.

### **RECUEIL DES RECLAMATIONS, OBSERVATIONS ET REMERCIEMENTS**

Au-delà du questionnaire de sortie, que les patients sont encouragés à remplir, si les patients souhaitent faire part à la direction de toute remarque quant à leur prise en charge, ils sont invités à s'adresser au responsable du service dans lequel ils sont hospitalisés en première intention.

Si cette première démarche ne leur apporte pas satisfaction, ils peuvent solliciter le service des affaires générales chargé, par délégation du directeur, de recevoir toute réclamation ou tout remerciement émanant d'un usager, en se rendant dans ses locaux ou en écrivant à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur  
Groupe Hospitalier du Havre  
BP 24  
76083 LE HAVRE CEDEX

Les courriers exprimant une insatisfaction donnent lieu à une enquête interne puis à une analyse en commission des usagers, qui propose le cas échéant des actions correctrices dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Chaque courrier de réponse de la direction précisera la possibilité de rencontrer un médiateur, et de bénéficier de l'assistance d'un représentant des usagers.

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 d'une réclamation en vue d'obtenir réparation.

### **LE REPRESENTANT DES USAGERS**

Le représentant des usagers est un bénévole membre d'une association de santé agréée. Il est désigné par son association, et mandaté par l'ARS ou la Préfecture.

Garant du respect de leurs droits et de leurs intérêts, le représentant des usagers est le porte-parole de tous les usagers du

système de santé, dans les instances et commissions de la démocratie sanitaire. Même s'il a été présenté comme représentant des usagers par une association dont l'objet est la défense des droits des patients présentant un type de pathologie déterminé, il ne défend pas dans l'exercice de son mandat ces seuls patients mais bien tous les patients de la structure concernée de façon indifférenciée.

Il est indépendant de la structure dans laquelle il exerce sa mission de représentation.

Il a un devoir de discrétion, et doit respecter la vie privée des patients et leur intimité. Il est soumis au secret professionnel.

Le représentant des usagers représente les usagers dans les établissements de santé (au Conseil de Surveillance, à la CDU notamment), et participe à différents groupes de travail. Il participe aussi à la préparation des rapports annuels sur le respect des droits des patients.

Le représentant des usagers contribue à l'amélioration de la vie quotidienne des patients et de leurs proches en faisant connaître leurs besoins et leurs problèmes auprès des décideurs, en les conseillant sur les démarches à entreprendre et en les orientant si besoin dans le système de santé. Plus globalement, il contribue à la production de recommandations pour améliorer le système de santé.

Au sein de l'association à laquelle il appartient, le représentant alimente la réflexion de l'association, relaie les informations, recueille les demandes des usagers, et rend compte de son mandat.

Les usagers qui le souhaitent peuvent contacter les représentants des usagers qui siègent à la Commission Des Usagers.

Leurs coordonnées sont accessibles via différents supports :

- sur le site internet du Groupe Hospitalier du Havre, rubrique « Le GHH » / « Vos droits »,
- sur une plaquette d'information disponible dans le hall nord du site Monod, à l'entrée du Pavillon Femme-Mère-Enfant (PFME) et dans chaque service,
- sur une affiche apposée dans chaque service et dans les salles de consultations,
- sur les écrans disposés dans le hall nord du site Monod.

Les usagers peuvent également solliciter le personnel du Groupe Hospitalier du Havre pour les obtenir.

#### LA MEDIATION

Au sein du Groupe Hospitalier du Havre, un médiateur médecin et un médiateur non médecin (et leur suppléant) sont à la disposition des usagers. Ils ont été nommés par le directeur parmi le personnel de l'établissement.

Les médiateurs du GHH peuvent recevoir les usagers, s'ils le souhaitent, pour examiner les difficultés qu'ils ont pu rencontrer. Leur rôle est avant tout de faciliter le dialogue et la compréhension réciproques entre le corps médical ou l'institution, et le patient.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Le médiateur peut être saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la réclamation. Une rencontre est organisée. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Pour accomplir sa mission et si cela s'avère nécessaire, le patient ou ses ayants droit devront l'autoriser à consulter son dossier médical.

L'auteur de la réclamation peut être accompagné par un représentant des usagers s'il le souhaite.

Un compte-rendu est ensuite rédigé, il est adressé à l'utilisateur concerné et est communiqué aux membres de la Commission des usagers.



## **LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)**

Se reporter au chapitre I sous-section 5 du présent règlement.

## **Section 3 : Les règles de vie collective au Groupe Hospitalier du Havre**

---

### **REGLES GENERALES**

La vie hospitalière impose de se conformer aux règles essentielles de la vie en collectivité, nécessitant le respect des autres personnes hospitalisées et du personnel. Les usagers doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les patients ou le fonctionnement du service. Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène.

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

Les principes de neutralité et de laïcité s'appliquent au sein du Groupe Hospitalier du Havre. Toute forme de prosélytisme ou de manifestation à caractère politique est interdite.

### **INTRODUCTION D'OBJETS OU DE PRODUITS DANS L'ETABLISSEMENT**

Les personnes hospitalisées et leurs visiteurs ne doivent pas introduire dans l'établissement de médicaments, sauf accord du médecin.

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 alcool, armes, explosifs, produits incendiaires ou particulièrement inflammables, 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.

En cas de suspicion de détention d'objet ou de produit dangereux ou prohibé par la loi, le patient sera invité à permettre une inspection de sa chambre et de ses effets personnels par le personnel.

### **INTERDICTION DE FUMER**

Une signalétique apparente rappelle cette interdiction dans l'ensemble de l'établissement. Selon la législation en vigueur, il est interdit de fumer dans les locaux clos et couverts de l'établissement.

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.

La cigarette électronique est interdite dans les locaux clos et couverts de l'établissement.

### **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 péril imminent de mort, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du Groupe Hospitalier du Havre, en présence d'un officier de l'état civil qui pourra s'y transporter avant toute réquisition ou autorisation du procureur de la République, auquel il devra ensuite, dans le plus bref délai, faire part de la nécessité de cette célébration.

### **EXERCICE DES CULTES**

La liberté de conscience et le respect des pratiques religieuses sont des règles fondamentales. Elles s'exercent dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que leur exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.

Les patients hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur

part adressée aux Cadres soignants, la visite du ministre du culte de leur choix, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité et d'hygiène.

Les ministres du culte intervenant au sein de l'hôpital public ne peuvent pas faire de prosélytisme. Toute forme de prosélytisme, même non-violente, est sanctionnée.

La liste des Ministres des cultes présents au sein du GHH est disponible sur intranet.

Le personnel du GHH est mixte. Il est possible que pour raison de service, le GHH ne puisse répondre à la sollicitation d'un patient d'une prise en charge réalisée par une personne du même sexe que lui.

La loi du 11 octobre 2010 interdit la dissimulation du visage dans l'espace public. Cette dissimulation est punie d'une amende accompagnée ou non d'un stage de citoyenneté.

La loi prévoit plusieurs exceptions à l'interdiction : 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, ou si elle s'inscrit dans le cadre de pratiques sportives, de fêtes ou de manifestations artistiques ou traditionnelles.

#### **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 patients 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 patients hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

#### **DISPOSITIONS RELATIVES AU COMPORTEMENT DES PATIENTS HOSPITALISES ET AUX DESORDRES CAUSES PAR LE PATIENT**

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

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés.

Des agressions et dégradations sciemment commises peuvent entraîner le prononcé de la sortie de l'intéressé. De telles dégradations et agressions donneront lieu à un dépôt de plainte auprès des autorités judiciaires de la part de l'établissement.

#### **EFFETS PERSONNELS DES PATIENTS**

Les chambres ne disposent pas de coffre individuel ou d'armoire fermant à clé. Les biens personnels et objets conservés dans la chambre restent sous l'entière responsabilité du patient.

Ces biens, strictement personnels, sont ceux dont la nature justifie la détention pendant l'hospitalisation. Ce peut être des vêtements, le nécessaire de toilette, les lunettes ou des lentilles, des prothèses dentaires et auditives.

Il peut également s'agir d'autres biens que le patient a souhaité conserver et qui ne peuvent pas faire l'objet de dépôt au coffre du GHH, tels que papiers d'identité, ordinateur, tablette, téléphone portable, etc.

Le patient doit signaler au personnel du service qu'il porte une prothèse, et veiller à la ranger dans son étui afin d'éviter tout risque de perte ou de casse. Il est conseillé de ne jamais poser un appareil dentaire ou une prothèse auditive sur une serviette, dans les draps ou dans un papier quelconque, pour éviter tout risque de perte.

Le GHH ne saurait être tenu responsable en cas de perte ou de détérioration d'un appareil dentaire ou d'une prothèse auditive.

Les patients 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**

### **Téléphone**

Les patients hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone mis à disposition dans leur chambre; ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Ces téléphones sont fournis par un prestataire extérieur. Les litiges sont alors directement réglés avec le fournisseur de la ligne téléphonique.

Si les patients 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 sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « arrêt » dans les locaux du Groupe Hospitalier du Havre. La garde de ces matériels s'effectue sous leur seule responsabilité.

### **Informatique**

Sous réserve de l'accord du médecin, les patients peuvent être autorisés à utiliser leurs ordinateurs portables. L'installation, la garde et l'usage 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.

## **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.

Lorsque la situation, notamment sanitaire, le justifie, les visites peuvent être restreintes, soumises à condition ou suspendues, afin de protéger les patients et le personnel.

L'accès aux services 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.

Dans le but de préserver la sécurité des usagers et de ne pas gêner le fonctionnement des services, aucune personne ou institution étrangère au service, autres que les patients ou proches des malades, 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 visites à des fins politiques seront refusées.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients, 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 patients qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

Les associations et organismes qui envoient auprès des patients 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 patients 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 patients peuvent demander au Cadre soignant du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

#### **HORAIRES DES VISITES**

Les visites aux patients 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 patient le justifie (par exemple accompagnement de fin de vie) ou lorsque le patient hospitalisé est un enfant de moins de 16 ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite.

Lorsque la situation, notamment sanitaire, le justifie, les horaires de visites peuvent être soumis à modification.

#### **REGLES APPLICABLES AUX VISITEURS**

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le Directeur, 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 (physiques et/ou verbales) et dégradations sciemment commises peuvent entraîner l'exclusion du visiteur. De telles dégradations et agressions donneront lieu à un dépôt de plainte ou à un signalement au Procureur de la République de la part de l'établissement.

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

Le cadre soignant du service ou les personnes désignées par lui doit s'opposer, dans l'intérêt du patient, 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 patient.

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 ils ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores. Les téléphones mobiles 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.

#### **LES ANIMAUX AU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE**

Sans préjudice des activités de médiation animale organisées par l'établissement, les animaux ne sont pas autorisés dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites de l'Hôpital.

Seuls les chiens guides d'aveugles peuvent accompagner leur maître jusqu'aux halls d'accueil, lorsque celui-ci vient pour des soins.

#### **INTERDICTION DES REUNIONS PUBLIQUES**

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



## **ACCUEIL DES STAGIAIRES**

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.

## **Section 4 : SORTIE DES PATIENTS**

---

### **■ Sous-section 1 : conditions de sortie**

#### **PERMISSION DE SORTIE**

Les patients 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 ou son représentant.

La poursuite de la prise en charge en dehors de l'hôpital est organisée par le service où la personne est hospitalisée.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, il est considéré comme sortant (il s'agit alors d'une 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 de santé du patient ne requiert plus son maintien dans l'un des services 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, toutes les dispositions sont prises 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 patient, 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 patient 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 COURS D'HOSPITALISATION**

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, et sauf si le mineur a demandé le secret de son admission, dans les cas expressément prévus par l'article L1111-5 du code de la santé publique, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément

autorisées par elles.

La personne emmenant le mineur doit présenter une pièce d'identité si elle n'est pas connue des services.

Une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, et qui bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la maladie universelle, peut sortir seule.

#### **SORTIE DES MINEURS EN FIN D'HOSPITALISATION**

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur (sauf si le mineur a demandé le secret de son admission, dans les cas expressément prévus par l'article L1111-5 du code de la santé publique). Elles devront faire savoir à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

La présomption d'entente entre les parents s'applique a priori. Le Groupe Hospitalier du Havre n'est donc tenu d'informer qu'un seul des parents.

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 (sauf application de l'article L111-5).

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 patient.

Une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, et qui bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la maladie universelle, peut sortir seule.

Si la sortie est demandée contre l'avis du médecin par les titulaires de l'autorité parentale, ceux-ci sont tenus de remplir une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie représentait pour le mineur.

Cette attestation doit être signée par tous les titulaires de l'autorité parentale.

S'ils refusent de signer, un procès-verbal doit être dressé par l'équipe médicale et versé au dossier médical.

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation, s'il veut quitter l'établissement contre avis médical, sauf application de l'article L111-5.

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 parquet afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent. Le médecin délivre les soins indispensables, sans attendre la mesure d'assistance éducative, en cas d'urgence.

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



Si le patient 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 (sous réserve des dispositions de l'article R1111-5) et des personnes hospitalisées sans leur consentement, les patients 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 patient 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**

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

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

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient dans les modalités prévues à l'alinéa précédent.

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**

Il s'agit du cas où un patient hospitalisé quitte l'établissement de son propre chef sans autorisation du médecin et sans prévenir le service.

Cette sortie à l'insu du service peut avoir des conséquences graves, voire irréversibles, pour l'intégrité de la personne comme celle de tiers.

S'il s'agit d'une personne majeure ne manifestant aucun trouble du comportement, signes d'agitation ou tendance à la fugue au cours de son hospitalisation, aucune mesure particulière de surveillance ne s'impose au Groupe Hospitalier du Havre.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur, d'un majeur hospitalisé sans son consentement, d'un patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes, des recherches sont entreprises pour retrouver le patient au sein de l'unité de soins, de l'hôpital et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines, le service prévient le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Lorsque la situation s'y prête, un courrier est adressé au patient (ou à son représentant légal) à son domicile, lui rappelant son état de santé, les soins préconisés et les risques qu'il encourt du fait de son départ prématuré, avec copie adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient.

Lorsque l'absence excède 48 heures, la sortie définitive du patient est prononcée, aux date et heure précises du début de la sortie.

## TRANSPORT EN AMBULANCE

Lors de sa sortie, le patient a le libre choix de l'entreprise de transport que son état nécessite (véhicule sanitaire ou non sanitaire).

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

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

Si son état le permet, le patient a le choix d'utiliser les transports en commun qui desservent l'établissement ou d'être véhiculé par un membre de son entourage.

Dans tous les cas, les frais occasionnés sont à la charge du patient, 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, dans le respect des consignes de prévention sanitaire en vigueur. 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.

#### 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 patient 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 départemental,
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne 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 patient 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 soignant du service :

- Procède à la toilette et à l'habillage du patient 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 patient décédé, en présence d'un témoin,
- L'inventaire des effets une fois établi est transmis avec l'ensemble des effets à la régie de recettes du Groupe Hospitalier qui en assure la conservation et la gestion,
- Préviens immédiatement le service d'état civil et la chambre mortuaire pour la prise en charge du corps. En dehors des heures ouvrables, il prévient 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**

#### **ORGANISATION DE RITES RELIGIEUX ET DE VEILLES FUNERAIRES**

Au cas où les proches souhaitent que des rites religieux soient effectués dans la chambre mortuaire auprès du corps du (de la) défunt(e) et en accord avec la volonté du (de la) défunt(e) de son vivant, l'entreprise funéraire en assurera l'organisation avec les agents de la chambre mortuaire.

Les cérémonies civiles et / ou religieuses ne sont pas autorisées dans l'enceinte de la chambre mortuaire.

La présentation du corps peut être effectuée, à la demande des proches, aux jours et heures d'ouverture de la chambre mortuaire.

#### **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 patient,
- 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 avertir, 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.

Si aucune personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles n'est connue, le Directeur ou de son représentant réalise cette demande (dans ce 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<sup>er</sup> 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 de patients 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.

## **Section 6 - DISPOSITIONS PARTICULIERES A L'UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE**

---

La gestion de ce service est assurée par le Directeur de la Filière Gériatrie, qui anime le Conseil de vie sociale.

Le règlement de fonctionnement de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement du service, dans le respect des droits et libertés de chacun.

Il est adopté par le Conseil de Surveillance après avis du Conseil de Vie Sociale.

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. Les équipes sont à la disposition de la personne hébergée pour lui en faciliter la compréhension, le cas échéant.

Il est également remis à chaque personne qui exerce à titre libéral ou qui intervient à titre bénévole au sein du service.

## **Chapitre IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL**

### **Section 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX**

---

#### **■ Sous-section 1 : principes fondamentaux du service public hospitalier**

##### **PRINCIPE DE CONTINUITE 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 NEUTRALITE 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 patients**

### **SOLLICITUDE ENVERS LES PATIENTS**

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

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients 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 patients 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 PATIENTS 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'intégralité 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 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 badgage est facturé à son propriétaire.

## **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 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.

#### **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 CSE 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 24 mars 2023, après avis du Comité social d'Etablissement du 16 mars 2023 et de la Commission Médicale d'Etablissement du 14 mars 2023.

Il ne pourra être modifié que sur avis du Conseil de Surveillance du Groupe Hospitalier du Havre, après avis du Comité Social 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.