

 CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon		Référence : QUAL/FI/2012-035
			Date de création : 2008
			Date d'application : 07/05/2018
			Version : 02
			Page 1 sur 146
Rédigé par : Diane DUMONT Fonction : Stagiaire affaires générales et communication 07/05/2018	Vérifié par : Elodie DOS-SANTOS Fonction : Ingénieur qualité 07/05/2018	Validé par : Marianne LAVIGNON Fonction : Directeur des affaires générales, de la qualité et de la communication 07/05/2018	

REGLEMENT INTERIEUR

Centre hospitalier d'Arcachon

Mai 2018

 CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 2 sur 146

SOMMAIRE

Introduction : Présentation du Centre Hospitalier d'Arcachon	16
I. Le centre hospitalier d'Arcachon, présentation	16
II. Présentation du Règlement intérieur	17
Titre 1 : Organisation institutionnelle	18
Chapitre 1 : Direction et instances représentatives	18
Section 1 : Conseil de surveillance, instance décisionnelle et consultative	18
§1 : Composition	18
Article 1 : Composition et incompatibilité	18
Incompatibilité	18
Précisions :	19
§2 : Organisation	19
Article 2 : Compétences	19
Article 3 : Intervention du directeur général de l'ARS et administration provisoire	20
Article 4 : Présidence du Conseil de surveillance	21
Article 5 : Cessation anticipée des fonctions	21
Article 6 : Mandat	22
§3 : Fonctionnement du Conseil de surveillance	22
Article 7 : Les réunions	22
Conditions de quorum :	22
Article 8 : Vote	23
Article 9 : Registre des délibérations	23
Article 10 : Compte-rendu	23
Article 11 : Moyens de fonctionnement	23
Article 12 : Obligations des membres	23
Article 13 : Autorisation d'absence et représentation	23
Section 2 : La direction et l'équipe de direction	24
§1 : Le directeur	24
Article 14 : Nomination	24
Article 15 : Compétences et pouvoirs	24
Pouvoir hiérarchique :	25
Organisation de la permanence :	25
Pouvoir de police :	26
Pouvoir de nomination :	26

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 3 sur 146

<u>Pouvoir d'admettre par contrat des professionnels libéraux :</u>	26
<u>Protection des personnels :</u>	27
<u>Délégation de signature :</u>	27
<u>Article 16 : Information du directeur</u>	27
<u>Article 17 : Intervention du directeur comme voix consultative</u>	27
<u>Article 18 : Le directeur et l'administration provisoire</u>	27
<u>Article 19 : Empêchement du directeur</u>	28
<u>Article 20 : Assistance du directeur</u>	28
<u>§2 : L'équipe de direction</u>	28
<u>Article 21 : Réunion de l'équipe de direction et convocation</u>	28
<u>Article 22 : Convocation de tiers</u>	28
<u>Article 23 : Relevé de direction</u>	28
<u>Article 23 : Obligation de confidentialité</u>	29
<u>Section 3 : Le directoire, instance consultative</u>	29
<u>§1 : Composition</u>	29
<u>Article 24 : Composition</u>	29
<u>Présidence et vice-présidence :</u>	29
<u>Article 25 : Incompatibilité</u>	29
<u>Article 26 : Empêchement d'un membre</u>	29
<u>Article 27 : Durée du mandat</u>	29
<u>Renouvellement total du directoire</u>	30
<u>§2 : Compétences du directoire</u>	30
<u>Article 28 : Compétences et rôle du directoire</u>	30
<u>Article 29 : Rôle des membres du directoire</u>	31
<u>§3 : Fonctionnement du directoire</u>	31
<u>Article 30 : Convocation</u>	31
<u>L'ordre du jour :</u>	31
<u>Documents :</u>	32
<u>Article 31 : Réunion du directoire</u>	32
<u>Article 32 : Décisions consultatives du directoire</u>	32
<u>Article 33 : Experts et membres consultatifs</u>	32
<u>Article 34 : Secrétariat et compte rendu des réunions</u>	32
<u>Article 35 : La suspension du directoire</u>	33
<u>Article 36 : Obligations des membres du directoire</u>	33
<u>Confidentialité et responsabilité</u>	33

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 4 sur 146

<u>Principe d'impartialité :</u>	33
<u>Engagement contractuel des membres L6143-3-2 :</u>	33
<u>Gratuité des fonctions :</u>	34
Chapitre 2 : Institutions d'organisation interne	34
Section 1 : Les pôles d'activités	34
§1 : Champ d'action du pôle d'activité	34
Article 37 : Création d'un pôle et de ses structures internes	34
Article 38 : Mission des pôles d'activité	34
Article 39 : Contrat de pôle	34
Article 40 : Le projet de pôle	35
§2 : Le chef de pôle	36
Article 41 : Nomination et mandat	36
Article 42 : Compétences du chef de pôle	36
Formation spécifique :	37
Article 43 : Pouvoir du chef de pôle	37
Autorité du chef de pôle :	37
Délégation de signature accordée au chef de pôle :	37
Article 44 : Indemnité et fonctions	37
Section 2 : Services, unités fonctionnelles et autres structures internes	37
§1 : Organisation générale	38
Article 45 : Organisation selon le projet médical et les projets de pôle	38
§2 : Les responsables des structures internes	38
Article 46 : Autorité des responsables des structures internes	38
Article 47 : Désignation des responsables des structures internes et mandat	38
Article 48 : Empêchement des responsables de structures internes	38
Article 49 : L'équipe responsable des structures internes	39
Constitution de l'équipe :	39
Réunions de l'équipe :	39
Chapitre 3 : Les commissions et comités	39
Section 1 : La Commission médicale de l'établissement (CME)	39
§1 : Composition de la CME	39
Article 50 : Composition et désignation des membres	39
Composition de la CME :	39
Désignation des membres :	40
Article 51 : Mandat et cessation du mandat	40

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 5 sur 146

<u>Article 52 : Présidence et vice-présidence, mandat et incompatibilité</u>	41
<u>§2 : Missions et compétences</u>	41
<u>Article 53 : Attributions du CME</u>	41
<u>Propositions émises par le CME :</u>	42
<u>Consultation de la CME :</u>	42
<u>Information du CME :</u>	43
<u>Article 54 : Missions et statut du président de la CME</u>	43
<u>Avis émis par le président du CME :</u>	44
<u>§3 : Fonctionnement du CME</u>	44
<u>Article 55 : Réunion de la CME</u>	44
<u>Article 56 : Obligations des membres de la CME</u>	44
<u>Section 2 : Le comité technique d'établissement (CTE)</u>	45
<u>§1 : Composition et déroulement de l'élection</u>	45
<u>Article 57 : Membres composant la CTE</u>	45
<u>Article 58 : Mandat</u>	46
<u>Article 59 : Remplacement d'un membre</u>	46
<u>Article 60 : Empêchement temporaire</u>	46
<u>Article 61 : Date des élections</u>	47
<u>Article 63 : Qualité d'électeur et d'éligibilité</u>	47
<u>Electeurs :</u>	47
<u>Liste électorale :</u>	47
<u>Conditions d'éligibilité :</u>	48
<u>Article 64 : Scrutin et candidature</u>	48
<u>Présentation des candidatures :</u>	48
<u>Recevabilité des candidatures :</u>	49
<u>Rectification des listes :</u>	50
<u>Article 65 : Bulletin de vote et enveloppes</u>	50
<u>Article 66 : Election à la représentation proportionnelle</u>	51
<u>Article 67 : Bureau de vote</u>	51
<u>Article 68 : Déroulement des opérations électorales</u>	52
<u>Vote par correspondance :</u>	52
<u>Conditions de légalité du vote :</u>	52
<u>Article 69 : Dépouillement</u>	53
<u>Article 70 : Proclamation des résultats</u>	53
<u>En l'absence de candidature :</u>	54

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 6 sur 146

<u>Article 71 : Contestation de l'élection</u>	54
<u>§2 : Compétences et missions</u>	54
<u>Article 72 : Consultation du CTE</u>	54
<u>Article 73 : Information du CTE</u>	55
<u>§3 : Fonctionnement</u>	55
<u>Article 74 : Convocation aux réunions</u>	55
<u>Article 75 : Déroulement des réunions et ordre du jour</u>	55
<u>Article 76 : Les non-membres</u>	56
<u>Article 77 : Secrétariat du CTE</u>	56
<u>Article 78 : Validité des délibérations du CTE</u>	56
<u>Vœux et avis du comité :</u>	56
<u>Article 79 : Règles diverses</u>	57
<u>Article 80 : Obligations des membres</u>	57
<u>Section 3 : Dispositions communes à la CME et au CTE</u>	57
<u>Article 81 : Délibérations communes</u>	58
<u>Article 82 : Le droit d'alerte</u>	58
<u>Article 83 : Représentant de chacune des instances</u>	58
<u>Article 84 : Discretion professionnelle, exclusion en séance</u>	58
<u>Section 4 : La Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT)</u>	59
<u>§1 : Composition</u>	59
<u>Article 85 : Présidence de la CSIRMT</u>	59
<u>Article 86 : Composition et collègues</u>	59
<u>Article 87 : Participants à voix consultative</u>	59
<u>Article 88 : Invités permanents</u>	60
<u>Article 89 : Remplacement des membres titulaires au court d'un mandat</u>	60
<u>Article 90 : Electeurs et mandat</u>	60
<u>§2 : Compétences et missions</u>	61
<u>Article 91 : Consultation de la CSIRMT</u>	61
<u>Article 92 : Information de la CSIRMT</u>	61
<u>Article 93 : Participation des membres de la CSIRMT dans les Instances ou Commissions de l'établissement</u>	61
<u>Le compte-rendu de l'activité de ces représentants</u>	61
<u>Article 94 : Les groupes de travail de la CSIRMT</u>	62
<u>Article 95 : Le bureau</u>	62
<u>Les missions du bureau :</u>	62
<u>Les réunions du bureau :</u>	62

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 7 sur 146

<u>§3 : Le fonctionnement de la CSIRMT</u>	63
<u>Article 96 : Séance d'installation</u>	63
<u>Article 97 : Ordre du jour et convocation</u>	63
<u>Article 98 : Délibération</u>	63
<u>Article 99 : Procès-verbal ou compte-rendu</u>	63
<u>Article 100 : Rapport d'activité de la CSIRMT</u>	63
<u>Section 5 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)</u>	64
<u>§1 : Composition</u>	64
<u>Article 101 : Membres du CHSCT</u>	64
<u>Désignation :</u>	64
<u>Article 102 : Mandat et empêchement</u>	64
<u>Article 103 : Participants à titre consultatif</u>	65
<u>Article 104 : Invités et experts</u>	65
<u>Invités :</u>	65
<u>Experts :</u>	65
<u>Article 105 : Secrétariat</u>	66
<u>Article 106 : Missions</u>	67
<u>Article 107 : Information du CHSCT</u>	67
<u>Article 108 : Consultation du CHSCT</u>	67
<u>Article 109 : Avis du CHSCT</u>	68
<u>Article 110 : Inspections et enquêtes</u>	68
<u>Article 111 : Rôle du CHSCT en cas de danger grave et imminent</u>	68
<u>Article 112 : Rôle du CHSCT en cas d'accident ayant ou eu, qui aurait ou pu avoir des conséquences graves</u>	69
<u>§3 : Fonctionnement</u>	69
<u>Article 113 : Mandat et remplacement</u>	69
<u>Article 114 : Obligation des membres</u>	69
<u>Article 115 : Formation des membres</u>	70
<u>Congé de formation :</u>	70
<u>Article 116 : Heures de délégation</u>	71
<u>Article 117 : Moyens</u>	71
<u>Article 118 : Libre circulation</u>	71
<u>Article 119 : Visites</u>	72
<u>Information des services à visiter :</u>	72
<u>Composition de la délégation :</u>	72
<u>Dispositions propres à la visite :</u>	72

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 8 sur 146

<u>Compte rendu de la visite :</u>	72
<u>Article 120 : Réunions</u>	73
<u>Périodicité :</u>	73
<u>Ordre du jour et convocation :</u>	73
<u>Séance :</u>	74
<u>Article 121 : Vote</u>	74
<u>Article 122 : Procès-verbal</u>	74
<u>Section 6 : Le Comité Qualité et gestion des Risques (CQGR)</u>	75
<u>Section 7 : Le groupe communication</u>	75
<u>Section 8 : La commission des usagers (CDU)</u>	75
<u>§1 : Composition</u>	75
<u>Article 123 : Composition et mandat</u>	76
<u>Article 124 : Présidence et vice-présidence</u>	76
<u>Empêchement</u>	76
<u>Article 125 : Médiateurs et empêchement</u>	77
<u>Article 126 : Représentants des usagers</u>	77
<u>Article 127 : Invités à voix consultative</u>	77
<u>Article 128 : Secrétariat</u>	77
<u>§2 : Compétences et attributions</u>	78
<u>Article 129 : Missions</u>	78
<u>Article 130 : Information de la CDU</u>	78
<u>§3 : Fonctionnement</u>	78
<u>Article 131 : Obligation des membres</u>	78
<u>Article 132 : Rapport relatif aux droits des usagers</u>	78
<u>Article 133 : Réunion et ordre du jour</u>	79
<u>Article 134 : Règles de vote</u>	79
<u>Règle de partialité :</u>	79
<u>Article 135 : Moyens de la CDU</u>	79
<u>Article 136 : Indemnisation des membres</u>	80
<u>Section 9 : Le groupe de qualité au travail</u>	80
<u>Section 10 : Espace éthique</u>	80
<u>Section 11 : L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière</u>	80
<u>§1 : Composition</u>	80
<u>Article 137 : Composition de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène</u>	80
<u>§2 : Missions</u>	81

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 9 sur 146

Article 138 : Les missions de l'EOH	81
Article 139 : Programme d'action de lutte contre les infections	82
Article 140 : BILANLIN	82
Section 12 : Le Comité de Sécurité Transfusionnelle Hospitalière (CSTH)	83
Section 13 : Le Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD)	83
Section 14 : Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)	83
Section 15 : Le Comité de Pilotage de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	83
Section 16 : La cellule d'identitovigilance	83
Section 17 : Le Conseil de Bloc	84
Section 18 : Le comité ambulatoire	84
Section 19 : La Commission de la Permanence de Soins et des Admissions non programmées	84
Section 20 : Le Comité Développement Durable	84
Section 21 : Le Comité Ville-Hôpital	84
Section 22 : Les commissions paritaires locales (CAPL)	85
Section 23 : Comité Local de Prévention du Tabagisme (CLPT)	85
Section 24 : La maison des usagers	86
Titre 2 : Dispositions relatives aux patients et personnels hospitaliers	87
Chapitre 1 : Organisation des soins	87
Section 1 : Dispositions générales	87
Article 141 : Accès aux soins	87
Article 142 : Permanence d'accès aux soins de santé pour les plus démunis	87
Article 143 : Personnel médical et continuité du service	87
Article 144 : Gardes médicales et pharmaceutiques	88
Précisions :	88
Article 145 : Visite médicale quotidienne	88
Article 146 : Coordination des soins dispensés aux malades	89
Article 147 : Le département de l'information médicale (DIM)	89
Article 148 : La sécurité générale	89
Article 149 : Plan de Sécurisation de l'Etablissement et convention Santé-Sécurité-Justice	90
Article 150 : Accès à l'hôpital	90
Article 151 : Calme et tranquillité au sein de l'établissement	91
Article 152 : Règles de responsabilité	91
Article 153 : Interdiction de fumer et de vapoter	91
Hôpital sans tabac	92
Article 154 : Matériel de sécurité générale	92

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 10 sur 146

<u>Article 155 : Sécurité incendie</u>	92
<u>Mesures préventives :</u>	93
<u>Moyens d'extinction :</u>	93
<u>Article 156 : Rapports avec l'autorité judiciaire</u>	93
<u>Article 157 : Rapports avec les autorités de police</u>	93
<u>Article 158 : Circonstances exceptionnelles</u>	94
<u>Plan Vigipirate :</u>	94
<u>Péril ou catastrophe :</u>	94
<u>Article 159 : Maîtrise des risques et menaces sanitaires graves</u>	95
<u>Article 160 : La circulation et le stationnement automobile</u>	95
<u>Voirie hospitalière :</u>	95
<u>Règles de compétence :</u>	95
<u>Signalisation et sanctions :</u>	95
<u>Section 2 : Démarche qualité, communication</u>	96
<u>Article 161 : Certification et indicateurs qualité</u>	96
<u>Article 162 : Signalement des évènements indésirables</u>	96
<u>Signaler un évènement indésirable lié aux soins, une vigilance, notamment liée au circuit du médicament contribue à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans l'établissement :</u>	97
<u>Staffs qualité :</u>	97
<u>Article 163 : Développement durable</u>	97
<u>Article 164 : Ennov et documentations</u>	98
<u>Article 165 : La communication dans l'établissement</u>	98
<u>Le téléphone :</u>	98
<u>L'information orale :</u>	98
<u>Le TEXTO et le FLASH QUALITE :</u>	98
<u>La Lettre semestrielle aux Libéraux :</u>	98
<u>Le BLA BLA CHA :</u>	98
<u>L'intranet :</u>	99
<u>L'internet :</u>	99
<u>Section 3 : Admission et consultation</u>	99
<u>§1 : Dispositions générales</u>	99
<u>Article 166 : Compétence du directeur en matière d'admission</u>	99
<u>Article 167 : Admissions</u>	99
<u>Admission à la demande d'un médecin traitant suite à une consultation</u>	99
<u>Admission programmée :</u>	100

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 11 sur 146

<u>Admission directe dans le service :</u>	100
<u>Admission suite à un transfert :</u>	100
<u>Pièces à fournir lors de l'admission :</u>	100
<u>Article 168 : Régimes d'hospitalisation</u>	101
<u>Article 169 : Secret de l'hospitalisation</u>	101
<u>Article 170 : Dossier médical du patient</u>	101
<u>Constitution et contenu du dossier médical</u>	101
<u>Conservation des dossiers médicaux :</u>	102
<u>Article 171 : Désignation de la personne de confiance</u>	103
<u>Article 172 : Information des familles des patients ou blessés hospitalisés en urgence</u>	103
<u>Article 173 : Refus de soins</u>	104
<u>Refus de soins sans urgence médicale</u>	104
<u>Refus de soins avec urgence médicale :</u>	104
<u>Article 174 : Responsabilité des objets déposés et dépôt</u>	105
<u>Responsabilité :</u>	105
<u>Dépôt :</u>	105
<u>Inventaire à l'admission en urgence :</u>	105
<u>Réclamation et voies de recours :</u>	106
<u>Prévention des vols :</u>	106
<u>Article 175 : Principe de libre choix du patient</u>	106
<u>Article 176 : Consultation et activité libérales</u>	107
<u>Consultation externe :</u>	107
<u>Organisation de l'activité libérale :</u>	107
<u>Article 177 : Commission d'activité libérale</u>	108
<u>Composition :</u>	108
<u>Missions :</u>	108
<u>Fonctionnement :</u>	109
<u>§2 : Dispositions spécifiques</u>	110
<u>Article 178 : Les femmes enceintes</u>	110
<u>Admission en maternité :</u>	110
<u>Secret de la grossesse ou de la naissance :</u>	110
<u>Admission des femmes désirant obtenir une interruption volontaire de grossesse (IVG) :</u>	111
<u>Déclaration de naissance :</u>	112
<u>Article 179 : Militaires et victimes de guerre</u>	112
<u>Admission des militaires :</u>	112

 CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 12 sur 146

<u>Admission des militaires en urgence</u>	112
<u>Hospitalisation des militaires :</u>	112
<u>Admission des bénéficiaires de l'article L115 du code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre :</u>	113
<u>Article 180 : Les détenus et personnes gardées à vue</u>	113
<u>Article 181 : Les mineurs et majeurs protégés</u>	114
<u>Admission des patients mineurs :</u>	114
<u>Admission des patients mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance :</u>	114
<u>Consultations pour les mineurs non accompagnés :</u>	114
<u>Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur les mineurs ou majeurs protégés :</u>	114
<u>Garde et protection des mineurs :</u>	115
<u>Gestion des biens des majeurs incapables :</u>	115
<u>Article 182 : Les patients étrangers et les patients amenés par la police</u>	115
<u>Patients amenés par la police :</u>	115
<u>Article 183 : Maladies à déclaration obligatoire</u>	116
<u>Chapitre 2 : Conditions de séjour</u>	116
<u>Article 184 : Accueil des patients</u>	116
<u>Article 185 : Livret d'accueil</u>	116
<u>Article 186 : Traitement informatisé des données relatives aux patients</u>	117
<u>Déclaration des incidents graves de sécurité des systèmes d'information :</u>	117
<u>Article 187 : Partage des données de santé</u>	117
<u>Article 188 : Information du patient, de sa famille et de ses proches</u>	118
<u>Modalités de dispensation de l'information :</u>	118
<u>Article 189 : Consentement aux actes médicaux</u>	119
<u>Article 190 : Droits et obligations des patients et de leurs familles et proches</u>	119
<u>Prise en charge de la douleur :</u>	119
<u>Respect de la dignité, de la vie privée et de l'intimité du patient :</u>	119
<u>Liberté d'opinion et exercice du culte :</u>	120
<u>Liberté d'expression :</u>	120
<u>Liberté d'aller et venir :</u>	121
<u>Article 191 : Modalités d'exercice du droit de visite</u>	121
<u>Horaires de visite :</u>	121
<u>Recommandations aux visiteurs :</u>	121
<u>Repas et accompagnants</u>	122
<u>Article 192 : Règles applicables aux personnes extérieures</u>	122

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 13 sur 146

<u>Associations bénévoles :</u>	122
<u>Accès des professionnels de la presse et des médias :</u>	122
<u>Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs :</u>	122
<u>Article 193 : Services et prestations : courrier, télévision, téléphone, internet</u>	123
<u>Courrier :</u>	123
<u>Téléphone :</u>	123
<u>Usage des téléviseurs :</u>	123
<u>Animaux :</u>	123
<u>Interdiction des pourboires et donations :</u>	123
<u>Article 194 : Effets personnels</u>	123
<u>Article 195 : Hospitalisation des enfants</u>	124
<u>Organisation de l'hospitalisation :</u>	124
<u>La présence des parents, représentants légaux, gardiens de l'enfant :</u>	124
<u>Information des titulaires de l'autorité parentale :</u>	124
<u>Consentement du mineur :</u>	124
<u>Visite :</u>	124
<u>Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation :</u>	124
<u>Suivi scolaire :</u>	125
<u>Article 196 : Accès aux informations de santé</u>	125
<u>Article 197 : Directives anticipées</u>	126
<u>Chapitre 3 : Sortie du patient</u>	126
<u>Article 198 : Les différents modes de sortie</u>	127
<u>Autorisation de sortie :</u>	127
<u>Liberté du patient de sortir :</u>	127
<u>Sortie contre avis médical</u>	127
<u>Sortie contre avis médical du mineur</u>	127
<u>Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation</u>	127
<u>Sortie à l'insu du service</u>	128
<u>Sortie des nouveaux nés :</u>	128
<u>Sortie disciplinaire :</u>	128
<u>Article 199 : Les formalités de sortie</u>	128
<u>Compétence du directeur en matière de sortie :</u>	128
<u>Modalités de la sortie :</u>	128
<u>Questionnaire de sortie :</u>	129
<u>Transports sanitaires :</u>	129

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 14 sur 146

<u>Retrait des sommes et objets déposés :</u>	129
<u>Sommes, biens déposés non réclamés :</u>	129
<u>Objets abandonnés :</u>	130
<u>Chapitre 4 : Relations entre les patients, médecins hospitaliers et médecins traitants</u>	131
<u>Section 1 : Relation entre le(s) médecin(s) hospitaliers et le médecin traitant</u>	131
<u>Article 200 : Information du médecin traitant</u>	131
<u>Information à l'admission du patient :</u>	131
<u>Information en cours d'hospitalisation :</u>	131
<u>Information à la sortie du malade :</u>	131
<u>Article 201 : Communication du dossier médical</u>	131
<u>Transfert d'un dossier médical :</u>	131
<u>Communication du dossier médical :</u>	131
<u>Opposition du mineur à la communication de son dossier médical :</u>	132
<u>Délai de conservation :</u>	132
<u>Section 2 : Droits des patients</u>	133
<u>Article 202 : Choix de l'établissement et accès</u>	133
<u>Article 203 : Droit à l'information</u>	133
<u>Article 204 : Consentement libre et éclairé</u>	134
<u>Article 205 : Qualité des soins</u>	134
<u>Article 206 : Expression du patient</u>	134
<u>Article 207 : Respect de la personne et confidentialité</u>	134
<u>Article 208 : Participation des usagers</u>	135
<u>Article 209 : Le décès</u>	136
<u>Attitude à suivre à l'approche du décès</u>	136
<u>Constat du décès :</u>	136
<u>Notification du décès :</u>	136
<u>Registre des décès et personnes déclarées sans vie :</u>	137
<u>Annonce du décès :</u>	137
<u>Indices de mort violente ou suspecte :</u>	137
<u>Déclaration des enfants nés sans vie :</u>	137
<u>Article 210 : L'après décès</u>	137
<u>Toilette mortuaire et inventaire après décès :</u>	137
<u>Objets abandonnés ou déposés par le défunt :</u>	138
<u>Dépôt des corps à la chambre mortuaire :</u>	138
<u>Transport sans mise en bière en chambre funéraire :</u>	138

 CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 15 sur 146

<u>Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de la famille :</u>	139
<u>Mise en bière et transport après mise en bière :</u>	139
<u>Corps non réclamés :</u>	139
<u>Libre choix des opérateurs funéraires :</u>	140
<u>Article 211 : Dons d'organes</u>	140
<u>Article 212 : Dons de tissus et de cellules hématopoïétique</u>	140
<u>Chapitre 5 : Le personnel hospitalier</u>	142
<u>Article 213 : Principes fondamentaux liés au respect du patient</u>	142
<u>Demande d'information :</u>	142
<u>Confidentialité et discrétion professionnelle :</u>	142
<u>Article 124 : Secret professionnel</u>	142
<u>Déroptions légales au secret professionnel :</u>	142
<u>Déroptions facultatives :</u>	143
<u>Article 215 : Respect de la liberté de conscience et d'opinion</u>	143
<u>Article 216 : Respect de la dignité, de la vie privée et de l'intimité du patient</u>	143
<u>Sollicitude envers les patients :</u>	143
<u>Accueil et respect du libre choix des familles ou des proches</u>	144
<u>Article 217 : Principes de bonne conduite des professionnels</u>	144
<u>Obligation de désintéressement :</u>	144
<u>Interdiction d'exercer une activité privée lucrative :</u>	144
<u>Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce :</u>	144
<u>Exécution des instructions reçues :</u>	144
<u>Information du supérieur hiérarchique :</u>	144
<u>Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation de produits et biens de santé :</u>	145
<u>Témoignage en justice :</u>	145
<u>Bon usage des biens de l'hôpital :</u>	145
<u>Assiduité et ponctualité :</u>	145
<u>Obligation de déposer argent ou objets confiés par le patient, ou trouvés dans l'établissement :</u>	145
<u>Respect des règles d'hygiène et de sécurité :</u>	145
<u>Exigence d'une tenue correcte :</u>	146
<u>Lutte contre le bruit :</u>	146
<u>Article 218 : Droit de grève et liberté syndicale</u>	146

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 16 sur 146

Introduction : Présentation du Centre Hospitalier d'Arcachon

Le centre hospitalier d'Arcachon, présentation

Le Centre Hospitalier d'Arcachon est composé de trois établissements : l'Hôpital qui se situe avenue Jean Hameau à La-Teste-de-Buch (204 lits et places) ainsi que l'EPHAD Larrieu (80 lits) et l'EPHA d'Eyssartier (7 logements) situés 2 bis avenue du Général Berdoulat à Arcachon.

Le centre hospitalier d'Arcachon est un établissement public intégré dans le groupement hospitalier « Alliance de Gironde ».

Le Centre Hospitalier d'Arcachon mobilise toute son expertise médicale afin d'apporter les meilleures réponses possibles aux questions exprimées par chaque personne hospitalisée.

776 professionnels formés à la qualité médicale maximale ainsi que des équipements médicaux permettent de présenter une offre de soin composée de :

Pôle Urgences et Médecoteknique :

- Urgences et consultations post-urgences / SMUR / UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) : 6 lits
- Surveillance continue : 12 lits
- Dépôt de sang
- Pédiatrie : 6 lits
- Laboratoire d'analyse médicale
- Imagerie médicale (radiologie conventionnelle, scanner, IRM)
- Équipe de psychiatrie (par convention avec le CH Charles Perrens, à Bordeaux)
- Permanence d'Accès aux soins de santé (PASS) mobile

Pôle Médecine :

- Médecine interne / Hepato-gastroenterologie : 28 lits
- Neurologie : 14 lits
- Cardiologie : 14 lits
- Soins de Suite et de Réadaptation : 20 lits
- Gériatrie court séjour : 28 lits
- Hôpital de jour, avec chimiothérapie *: 20 places
- Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)
- Évaluation Gériatrique Standardisée

(EGS)

- Consultations : mémoire, douleur chronique, nutrition-tabacologie, addictologie, pneumologie et néphrologie.
- Équipe Mobile de Gériatrie extra hospitalière et intra hospitalière

Pôle Chirurgie :

- Chirurgie générale, digestive et carcinologique : 14 lits
- Chirurgie vasculaire : 6 lits
- Chirurgie orthopédique et traumatologique : 14 lits
- Chirurgie gynécologique et carcinologique

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 17 sur 146

- Maternité /Planning familial : 22 lits
- Anesthésiologie
- Bloc opératoire
- Pharmacie et stérilisation
- Unité de chirurgie ambulatoire : 20 places (unités mutualisées – chimiothérapie, en association avec le CHU de Bordeaux. Pôle Médecine

I. Présentation du Règlement intérieur

Le Règlement Intérieur du Centre hospitalier d'Arcachon constitue un document de référence et d'information relatif aux modalités d'organisation et de bon fonctionnement des services hospitaliers dans le respect des droits et obligations des usagers.

Ce document s'impose à tous : usagers, personnels médicaux et non médicaux.

Au titre de l'autonomie et de la liberté d'organisation de chaque établissement, la loi et les textes réglementaires confient au Règlement intérieur le soin de définir certaines dispositions de l'organisation interne.

Le Règlement intérieur est rédigé en conformité avec le Code de la Santé publique et autres références législatives ou réglementaires, ses annexes pourront être complétées au gré de l'évolution législative.

Le Règlement intérieur est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la Direction. Il est également disponible sur le site internet :

Le Règlement intérieur rappelle :

- Les droits et obligations des patients et usagers
- Les droit et obligations des personnels, les conditions réglementaires de travail
- Les règles d'organisation et de fonctionnement de l'établissement
- Les règles relatives à la qualité, sécurité, gestion des risques et à la communication au sein de l'établissement

Le directeur, président du Directoire arrête le Règlement intérieur après concertation du Directoire et l'avis du Conseil de surveillance, du CME et du CTE. La CSIRMT est informée.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 18 sur 146

Titre 1 : Organisation institutionnelle

Chapitre 1 : Direction et instances représentatives

Section 1 : Conseil de surveillance, instance décisionnelle et consultative

§1 : Composition

Article 1 : Composition et incompatibilité

Le Conseil de surveillance est composé de 9 membres avec voix délibérative, ils sont répartis dans 3 collèges en nombre identique :

- Collège des représentants des collectivités territoriales : représentant de la commune, représentant de la communauté d'agglomération, représentant du Conseil départemental
- Collège des représentants du personnel : membre de la Commission des Soins infirmiers de rééducation et médicotextique, représentant de la Commission médicale de l'établissement, représentant de l'organisation syndicale la plus représentative
- Collège des personnalités qualifiées, membre désigné par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, deux représentants des usagers

Peuvent assister au Conseil de surveillance :

- Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (voix consultative)
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique (voix consultative) :
- Le directeur de la caisse d'Assurance Maladie (voix consultative)
- Le représentant des familles des personnes accueillies (voix consultatives) pour les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Incompatibilité

Nul ne peut être membre d'un Conseil de surveillance :

- A plus d'un titre
- S'il encourt l'une des incapacités prévues aux articles L.5 et L.6 du code électoral
- S'il est membre du Directoire
- S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé
- S'il est lié à l'établissement par contrat mentionné aux articles L-6142-3, L1110-11, L1112-5 du CSP ou pris pour l'application des articles L6146-1, L6146-2 et L6152-1 du CSP.
- S'il est agent salarié de l'établissement, toutefois l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière.
- S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'ARS.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 19 sur 146

Précisions :

Les représentants des collectivités territoriales ou de leur groupement sont élus en leur sein par leurs organes délibérants. Si l'un d'eux se trouve en situation d'incompatibilité ou d'incapacité, les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements en désignent un nouveau. A défaut de désignation par ces organes délibérants et après un mois suite à la saisine du directeur général de l'ARS, le représentant de l'Etat procède à cette désignation.

Le membre désigné par la CSIRMT est élu en son sein par cette commission. L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé : la majorité simple suffit. En cas de partage égalitaire des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

Le membre désigné par la CME est élu en son sein par cette commission. L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé : la majorité simple suffit. En cas de partage égalitaire des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le directeur général de l'ARS compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies au sein de l'établissement concerné, à l'occasion des élections au comité technique d'établissement.

Lorsque le Conseil de surveillance compte un représentant du personnel, le siège est attribué à l'organisation syndicale ayant remportée le plus de voix. Lorsque le Conseil de surveillance compte deux représentants du personnel, le premier le siège est attribué à l'organisation syndicale ayant remportée le plus de voix, le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre deux toutes les listes

§2 : Organisation

Article 2 : Compétences

Le Conseil de surveillance exerce un contrôle permanent sur la gestion de l'établissement et définit les orientations stratégiques. A tout moment, le conseil de surveillance peut opérer les contrôles et vérifications qu'il juge opportuns et peut demander communication de tout document qu'il estime nécessaire à sa mission.

Il communique à l'Agence régionale de santé son avis sur le rapport annuel sur la gestion de l'établissement présenté par le Directeur.

Il délibère sur :

- Le projet d'établissement (L6143-2 du Code de la santé publique)
- La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L6142-5 du Code de la santé publique)
- Le compte financier et l'affectation des résultats
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté chaque année par le Directeur
- La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire (L6142-5 du Code de la santé publique)
- Tout projet de fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé *

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 20 sur 146

- Toute convention intervenant entre l'établissement public et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance : il en est de même des conventions où l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée. A peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au Conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une situation citée ci-dessous.
- Les statuts des fondations hospitalières créent par l'établissement.

Le Conseil de surveillance 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
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariats (L6148-2 du Code de la Santé Publique)
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire
- Le règlement intérieur de l'établissement

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le Conseil de surveillance nomme, le cas échéant le commissaire aux comptes.

Les décisions 2-4-8 du Conseil de surveillance sont exécutoires à défaut d'opposition du directeur général de l'ARS dans les deux mois à compter de la réunion du Conseil de surveillance s'il y'a assisté soit à compter de la réception de la délibération.

Le Conseil de surveillance est informé sur :

- L'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi que sur les programmes d'investissement présenté par le Directeur
- La nomination et la révocation des membres du Directoire par le président du Directoire

Article 3 : Intervention du directeur général de l'ARS et administration provisoire

En vertu de l'article L6143-3, le directeur de l'ARS peut exiger d'un établissement public de présenter un plan de redressement dans le délai qu'il fixe compris entre un et trois mois dans les cas suivants :

- Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige
- Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret

Les modalités de recours à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat annuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Par décision motivée, le directeur général de l'ARS peut placer l'établissement public sous administration provisoire des personnes désignées à l'article L6143-3-1 du CSP pour une durée n'excédant pas douze mois en cas de manquement grave portant à la sécurité des patients ou lorsque, après qu'il est exécuté la procédure de l'article L6113-3, ou si l'établissement ne présente pas de plan de redressement, refuse de signer l'avenant au CPOM ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 21 sur 146

Le directeur général de l'ARS peut préalablement saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement, la chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois à compter de la saisine.

Durant la période d'administration provisoire, les attributions du Conseil de surveillance et du directeur sont assurées par les administrateurs provisoires. Le directeur est placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné dans la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs de soin.

Les administrateurs provisoires tiennent le Conseil de surveillance et tiennent le directoire régulièrement informé des mesures prises. Le directeur général de l'ARS peut décider de la suspension du directoire.

Un rapport de gestion doit être remis par les administrateurs provisoires au directeur général de l'ARS deux mois avant la fin de leur mandat. Au vu de ce rapport, ce dernier pourra proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois/ A défaut de décision en ce sens, la fin du mandat des administrateurs, l'administration provisoire cesse de plein droit.

Article 4 : Présidence du Conseil de surveillance

Le Président du Conseil de surveillance est élu pour cinq ans par et parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du Conseil de surveillance cessent, son mandat de président cesse également.

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

La réunion au cours de laquelle le Conseil de surveillance procède à cette élection est présidée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

En cas d'empêchement momentané du président il désigne parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un vice-président qui préside le Conseil en son absence. Si le président et le vice-président sont tous deux empêchés simultanément, la présidence est assurée par le plus âgé des représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées.

Article 5 : Cessation anticipée des fonctions

Les membres du Conseil de surveillance qui tombent sous le coup d'une situation d'incompatibilité ou d'incapacité précédemment citées démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur général de l'ARS.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 22 sur 146

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du Conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le directeur général de l'ARS constate cette démission de faits et la notifie à l'intéressé qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est pourvu dans le délai de trois mois à son remplacement dans les mêmes conditions. Dans ce cas, le mandat du remplaçant prend fin à l'issue du mandat du remplacé.

Article 6 : Mandat

La durée des fonctions des membres du Conseil de surveillance est de cinq ans. Ce mandat prend fin à l'issue du terme des cinq ans sous réserve des dispositions de l'article 5 ci-dessus.

Le mandat des personnes désignées par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin à chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, les représentants continuent de siéger au Conseil de surveillance jusqu'à la désignation de nouveaux représentants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Toutefois, ils continuent de siéger au Conseil de surveillance jusqu'à désignation de leurs remplaçants.

§3 : Fonctionnement du Conseil de surveillance

Article 7 : Les réunions

Le Conseil de surveillance se réunit sur convocation du président ou à la demande du tiers de ses membres. L'ordre du jour est adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres et aux personnes délivrant un avis consultatif. Le délai peut être abrégé par le président en cas d'urgence.

La convocation, l'ordre du jour et les pièces s'y rapportant sont communiquées par le directeur au nom du président.

Le Conseil se réunit au moins quatre fois par an, les séances ne sont pas publiques.

Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le Conseil de surveillance est réuni de nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

Conditions de quorum :

Le Conseil ne peut délibérer valablement que si la moitié plus un des membres au moins siègent à la séance. Toutefois, quand après une convocation régulière ce quorum n'est pas atteint, une seconde délibération est organisée (entre trois et huit jours), elle sera valable sans conditions de quorum soit à la majorité des membres présents. Dans ce cas-là, en début de séance le conseil peut décider du renvoi de toute partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 23 sur 146

Article 8 : Vote

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à scrutin secret si l'un des membres en fait la demande. En cas de partage égal des voix un second scrutin est organisé, la voix du président est prépondérante. Les votes par correspondance ou procuration ne sont pas admis.

Article 9 : Registre des délibérations

Les délibérations sont conservées dans un registre sous la responsabilité du Directeur, président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du Conseil de surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits de délibérations.

Article 10 : Compte-rendu

Les membres du Conseil de surveillance reçoivent un compte-rendu de séance dans les quinze jours suivants la réunion du Conseil de surveillance.

Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'ARS.

Article 11 : Moyens de fonctionnement

Le Conseil de surveillance dispose de moyens mis à sa disposition par le directeur, le directeur organise le secrétariat du Conseil de surveillance et lui apporte tous les éléments nécessaires à une délibération ou un avis, ainsi que pour son utile information.

Article 12 : Obligations des membres

Lorsque le Conseil de surveillance examine des questions individuelles, l'avis est donné hors de la présence du membre du Conseil dont la situation examinée ou de toute personne ayant un lien de parenté et d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus.

Les membres du Conseil de surveillance ainsi que les autres personnes incluses appelées à assister à ces réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Article 13 : Autorisation d'absence et représentation

Des autorisations spéciales d'absence n'entrant pas en compte dans le calcul des congés annuels sont accordées dans les conditions prévues à l'article 45 titre XV du statut général des

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 24 sur 146

fonctionnaires, aux agents rémunérés de l'établissement membre du Conseil de surveillance pour leur permettre d'accomplir leur mission au sein du Conseil.

Les représentants des usagers au sein du Conseil de surveillance bénéficient du congé de représentation prévu à l'article L3142-51 du code du travail les fonctions de membres du Conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit, cependant ils peuvent être indemnisés de leurs frais de transport engagés au titre de leur mission.

Section 2 : La direction et l'équipe de direction

§1 : Le directeur

Article 14 : Nomination

Le directeur d'un centre hospitalier (article 2 de la loi n°86-83 du 9 janvier 1986) est nommé par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance.

Dans le cadre de sa prise de fonction, le directeur suit une formation adaptée à sa fonction et dont le contenu est fixé par décret.

Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la commission administrative paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L6143-3-1 du CSP.

Article 15 : Compétences et pouvoirs

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

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

Après concertation avec le directoire qu'il préside, le directeur :

- Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L6114-1

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 25 sur 146

- Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations (L174-3 du code de la sécurité sociale) et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité
- Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier du CSP ou des réseaux mentionnés à l'article L6321-1
- 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
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement
- Conclut les délégations de service public
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement
- Arrête le plan blanc de l'établissement
- Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale
- Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L162-17-18 et L162-17-du code de la sécurité sociale

Pouvoir hiérarchique :

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.

Organisation de la permanence :

Le Directeur organise avec l'équipe de direction élargie aux cadres administratifs un service de garde administrative.

Le Directeur organise la garde technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 26 sur 146

sécurité et le bon fonctionnement de l'hôpital. Il désigne les agents des services techniques de l'établissement qui assurent la garde, distincte de la garde administrative.

Pouvoir de police :

Le directeur exerce un pouvoir de police en matière de sécurité générale, de tranquillité des usagers ou encore de sécurité des personnes et des biens.

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

Pouvoir de nomination :

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement :

- A l'exception des membres de droit il nomme les membres du directoire et peut mettre fin à leurs fonctions après information du Conseil de surveillance
- Il nomme les chefs de pôle d'activité sur liste proposée par le président du CME pour les pôles d'activité clinique ou médicotechnique. Au sein du pôle il nomme également les collaborateurs du chef de pôle sur proposition du chef de pôle
- Il nomme les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du chef de pôle, après avis du président du CME. Il peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service de sa propre initiative ou sur proposition du chef de pôle

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

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

Pouvoir d'admettre par contrat des professionnels libéraux :

Sur proposition du chef de pôle, le directeur peut après avis du président de la CME admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral et autre que des praticiens statutaires à participer à l'exercice de missions de service public attribuées à l'établissement et aux activités de soin.

Des auxiliaires médicaux à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 27 sur 146

Protection des personnels :

Le directeur est compétent pour assurer aux personnels concernés (fonctionnaires, personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques) la garantie de leur protection en vertu de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983.

Délégation de signature :

Dans le cadre de ses compétences le directeur de l'établissement public de santé peut déléguer sa signature, sous sa responsabilité. Toute délégation doit mentionner :

- Le nom et la fonction de l'agent délégataire
- La nature des actes délégués
- Les éventuelles conditions ou réserves jugées opportunes par le directeur dans le cadre de la délégation

Les délégations ainsi que leurs éventuelles modifications ci-dessus mentionnées devront être publiées par tout moyen pour être consultables. Elles sont communiquées au Conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement si elles concernent les actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses et recettes.

Article 16 : Information du directeur

Le directeur reçoit tous les éléments d'actualité et d'information fournis dans le cadre de la contractualisation interne relatif à l'état d'avancement du projet de pôle et comportant une évaluation de la qualité des soins. Ces éléments lui seront communiqués par les chefs de pôles.

Article 17 : Intervention du directeur comme voix consultative

Le directeur ou, en cas d'empêchement son représentant, assiste avec voix consultative aux séances du Conseil de surveillance, il peut être assisté des collaborateurs de son choix.

Article 18 : Le directeur et l'administration provisoire

Pendant la période d'administration provisoire, les attributions du Conseil de surveillance et du directeur sont assurées par un ou plusieurs administrateurs provisoires. Ainsi, le ou les administrateurs provisoires nommés exercent les fonctions du directeur qui se voit placé en recherche d'affectation auprès du Conseil national de gestion, sans que l'avis de la commission administrative compétente se prononce. Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres personnels de direction ou à des directeurs de soins.

Le directeur général de l'ARS peut également demander la suspension du Conseil de surveillance.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 28 sur 146

Les administrateurs provisoires tiennent informé le Conseil de surveillance ainsi que le directoire des mesures prises.

Deux mois avant le terme de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur de l'ARS. Au vu de ce rapport le directeur de l'ARS peut mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L6131-1 et suivants du CSP. Il pourra également décider de la prorogation de l'administration provisoire pour une durée de douze mois supplémentaires, à défaut d'une telle décision l'administration provisoire cesse de plein droit.

Article 19 : Empêchement du directeur

En cas d'empêchement du directeur ce dernier est remplacé par le directeur adjoint. Si le remplacement n'est pas temporaire le remplacement relève des autorités sanitaires.

Article 20 : Assistance du directeur

Le directeur de l'établissement est assisté d'une équipe de direction.

§2 : L'équipe de direction

Article 21 : Réunion de l'équipe de direction et convocation

Le directeur réunit l'équipe de direction selon une date préalablement fixée à raison d'une fois par semaine ou par quinzaine de jour pour aborder les affaires en cours ou à venir. Ces réunions ne sont pas publiques, aucune condition de quorum n'est requise.

Le secrétariat de direction adresse une convocation écrite ou électronique aux membres de la direction, préalablement à la réunion d'équipe.

Article 22 : Convocation de tiers

Le directeur a la faculté de convier toute personne dont il estime discrétionnairement la présence utile à la réunion.

C'est par une convocation écrite ou électronique que le secrétariat de direction adresse la convocation, elle indique les motifs et l'objet de la convocation du tiers.

Article 23 : Relevé de direction

En fonction des attributions respectives des membres de l'équipe de direction, le directeur décide des actions à mettre en œuvre. Un relevé de décision peut être par l'un des membres de la direction pour être soumis au directeur.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 29 sur 146

Article 23 : Obligation de confidentialité

Le directeur, les membres de la direction et les tiers intervenant aux réunions de direction sont soumis à une obligation de discrétion professionnelle.

Section 3 : Le directoire, instance consultative

§1 : Composition

Article 24 : Composition

Présidé par le directeur de l'établissement le directoire est composé au maximum de sept représentants du corps médical et du corps de direction. Les membres de droit sont le directeur, le président de la CME, le président de la CSIRMT

Sur proposition du président de la CME, vice-président du directoire, le directeur nomme quatre membres admis à siéger au directoire dont au moins trois issus du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique de l'établissement.

Une fois saisi par le directeur, le président de la CME dispose de trente jours pour présenter une liste de trois noms. En cas d'incomplétude ou de désaccord sur la liste proposée, le directeur peut exiger la présentation d'une nouvelle liste. Si aucun accord n'est trouvé, le directeur nomme les personnes de son choix.

Présidence et vice-présidence :

Le président et le vice-président sont des membres de droit, le directeur de l'établissement assure la présidence, le président de la CME assure la vice-présidence.

Article 25 : Incompatibilité

Les membres du Conseil de surveillance ne peuvent pas être membres du directoire, les membres du directoire ne peuvent pas être membres du Conseil de surveillance.

Article 26 : Empêchement d'un membre

Les membres du directoire n'ont pas de suppléant, ils ne peuvent se faire représenter aux réunions du directoire en cas d'empêchement du fait de leur désignation ad nominem par le directeur.

Article 27 : Durée du mandat

La durée du mandat des membres du directoire désignés par le directeur est de quatre ans.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 30 sur 146

Le mandant prend fin en vertu des situations suivantes :

- La nomination d'un nouveau directeur
- Lorsque le membre du directoire titulaire quitte l'établissement
- Lorsque le membre du directoire cesse d'exercer les fonctions lui donnant droit à siéger
- Une absence de plus de trois fois non justifiée aux réunions, une participation partielle aux réunions de façon répétée
- En cas de manquement à ses obligations de membre du directoire tel que le devoir de confidentialité, d'impartialité, respect des décisions et avis pris par le directoire

Il doit être procédé au remplacement du membre dont le mandat n'est plus valable dans le délai de deux mois dans les conditions de nomination précédemment citées.

Renouvellement total du directoire

Les membres du directoire voient leurs fonctions cesser en cas de renouvellement total du directoire.

Un membre du directoire peut être renouvelé dans sa fonction.

Un renouvellement total a lieu en cas de démission collective, ainsi, il faudra procéder au renouvellement du directoire dans un délai de deux mois selon les modalités précédemment citées.

§2 : Compétences du directoire

Article 28 : Compétences et rôle du directoire

Le Directoire a pour rôle d'approuver le projet médical et de préparer, le projet d'établissement mais aussi de conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le directoire est consulté par le directeur de l'établissement sur :

- La conclusion du CPOM
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- Le bilan social et la politique d'intéressement
- Le programme d'investissement en ce qui concerne les investissements médicaux
- Les prévisions de recette et de dépense (L6145-1 du CSP), le plan global d'investissement pluriannuel ainsi que sur les propositions de tarifs et prestation ainsi que sur les activités sociales et médicosociales
- Le compte financier
- L'organisation interne de l'établissement notamment les contrats de pôle d'activité
- Les propositions par le directeur de la participation ou constitution à des formes de coopération ou réseaux
- Les aliénations, échanges d'immeubles, leur affectation et mes baux de plus de dix-huit ans
- Les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ainsi que les conventions de location

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 31 sur 146

- Le projet d'établissement
- Les délégations de service public
- Le règlement intérieur
- A défaut d'accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement sur l'organisation du travail et les temps de repos
- Le plan de redressement de l'établissement
- Le plan blanc de l'établissement
- La participation à ou la création de filiales
- 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

Article 29 : Rôle des membres du directoire

Les membres du directoire se prononcent en tant que représentants de l'établissement, dans l'intérêt général de celui-ci et non dans l'intérêt du secteur duquel ils sont issus ou dans lesquels ils assument une responsabilité.

Cette représentation s'inscrit dans le respect des règles législatives, réglementaires et déontologiques.

§3 : Fonctionnement du directoire

Article 30 : Convocation

La convocation des membres du directoire est adressée par le président par écrit (électronique ou non), elle doit comporter l'ordre du jour de la réunion et les documents y afférant.

La convocation aux réunions régulières doit être, dans la mesure du possible, adressée aux membres quatre jours auparavant : elle comprendra une confirmation du calendrier prévisionnel.

S'agissant des réunions exceptionnelles la convocation doit être, dans la mesure du possible, adressée deux jours auparavant.

L'ordre du jour :

L'ordre du jour des réunions est arrêté par le président du directoire.

Les membres du directoire peuvent solliciter l'inscription d'une thématique à l'ordre du jour sur demande écrite adressée au directeur, lors des réunions urgentes la demande doit comporter des notes succinctes justifiant la requête.

Pour les réunions régulières la demande doit parvenir au moins quinze jours ouvrables avant la réunion, si le délai n'est pas respecté la thématique sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion régulière du directoire.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 32 sur 146

Documents :

Les documents qui se rapportent à l'ordre du jour sont adressés aux membres du directoire en même temps que la convocation à la réunion. Si la communication de certains documents est difficile, une consultation des documents est organisée à la direction de l'établissement.

Des documents utiles à l'information du directoire peuvent être distribués pendant la réunion.

Article 31 : Réunion du directoire

Le président du directoire ouvre la réunion sans condition formelle de quorum.

Les réunions régulières ont lieu au moins huit fois par an ainsi, une réunion ordinaire est tenue toutes les six semaines par le président du directoire.

Des séances exceptionnelles peuvent également être organisées par le directeur de l'établissement ou à la demande écrite de trois membres du directoire au moins, dans le respect des dispositions relatives à l'ordre du jour. Si le président du directoire accepte la demande, la réunion exceptionnelle devra se tenir dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande écrite.

Article 32 : Décisions consultatives du directoire

Les prises de position du directoire sont issues d'un consensus, à défaut de consensus un vote à la majorité absolue des membres présents est requis. Si un membre en fait la demande, le vote aura lieu à bulletin secret.

En cas d'égalité des voix, la voix d'un président est prépondérante.

Les décisions du directoire engagent tous ses membres, quel que soit leur prise de position individuelle.

Les réunions du directoire ne sont pas publiques, aucune personne étrangère au directoire ne peut assister aux réunions, avis et décisions.

Article 33 : Experts et membres consultatifs

Le directoire peut entendre toute personne compétente sur les thématiques de l'ordre du jour dès lors que ces personnes se retirent avant avis ou décision.

Les experts et membres consultatifs seront convoqués par le président selon les modalités précédemment citées pour intervenir sur les questions de l'ordre du jour.

Article 34 : Secrétariat et compte rendu des réunions

Le secrétariat du directoire est assuré par le secrétariat général, placé auprès du directeur ou de la direction.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 33 sur 146

Il secrétariat général assure la convocation aux réunions, accompagnée de l'ordre du jour et des documents y afférant.

Le secrétariat établit le relevé des propositions et conclusions qui comporte les avis et décisions du directoire, sans indication nominative ou de répartition des votes. Le relevé est signé par le président et remis aux membres du directoire.

Les relevés de décisions et avis sont remis à l'ensemble des responsables des pôles chargés de les distribuer aux responsables internes de leur pôle.

Article 35 : La suspension du directoire

En cas d'administration provisoire de l'établissement, le directeur de l'ARS peut décider de la suspension du directoire.

Deux mois avant le terme de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au directeur de l'ARS. Au vu de ce rapport, le directeur de l'ARS peut mettre en œuvre les mesures prévues aux articles L6131-1 et suivants du CSP. Il pourra également décider de la prorogation de l'administration provisoire pour une durée de douze mois supplémentaires, à défaut d'une telle décision l'administration provisoire cesse de plein droit.

Article 36 : Obligations des membres du directoire

Confidentialité et responsabilité

Toute personne qui participe aux travaux du directoire est tenue à une obligation professionnelle de discrétion pour les faits et document dont elle a connaissance à l'occasion de ces travaux.

Les prises de positions et le déroulé des débats sont également confidentiels, ces prises de positions lient les membres du directoire.

Principe d'impartialité :

En vertu de l'obligation d'impartialité, les débats concernant un membre du directoire justifient son éviction momentanée.

Un membre qui s'estime dans une position partielle lors de débats, avis ou prises de position peut demander à être évincé dudit débat, avis ou prise de position.

Engagement contractuel des membres L6143-3-2 :

Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

Il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 34 sur 146

A peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans une des situations mentionnées ci-dessus.

Le directeur de l'ARS peut déférer les délibérations relative à ces matières au tribunal administratif s'il les juge illégales dans un délai de deux mois suivants leur réception. Le directeur de l'ARS informe sans délai l'établissement et l'informe de tous les motifs d'illégalité invoqués, il peut accompagner son recours d'une demande de sursis à exécution.

Gratuité des fonctions :

Les fonctions des membres du directoire sont exercées à titre gratuit.

Chapitre 2 : Institutions d'organisation interne

Section 1 : Les pôles d'activités

§1 : Champ d'action du pôle d'activité

Article 37 : Création d'un pôle et de ses structures internes

Dans l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics organisent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions suivantes.

Le directeur de l'établissement définit les différents pôles d'activités en conformité avec le projet médical de l'établissement, après avis du président de la CME. Les pôles d'activité comportent des structures internes de prise en charge du patient par les équipes médicales, soignantes ou médicotechnique et les structures afférentes.

Le directeur général de l'ARS peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Article 38 : Mission des pôles d'activité

Chaque pôle d'activité assure des missions de gestion ou d'actions dans le cadre des délégations donnés par le directeur aux chefs de pôle.

Article 39 : Contrat de pôle

Sur la base de l'organisation arrêtée par le directeur, le contrat de pôle définit les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique, du

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 35 sur 146

président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical. Le président de la CME atteste par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement.

Le contrat fixe également les indicateurs modalités d'évaluation des activités du pôle.

Le contrat de pôle fixe les conditions de délégations de signature permettant d'engager des dépenses relatives:

- Aux dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents
- Aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux
- Aux dépenses à caractère hôtelier
- Aux dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical
- Aux dépenses de formation des personnels : sous réserve de la formation des dépenses des personnels paramédicaux engagée dans le cadre du groupement hospitalier de territoire

Le contrat de pôle définit également les missions du chef de pôle dans les domaines suivants :

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

Le contrat de pôle précise les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de gestion.

Le contrat de pôle est conclu pour une durée de quatre ans, il peut faire l'objet d'avenants. Il donne lieu à une ou plusieurs réunions par an de dialogue de gestion entre la direction et le pôle.

Article 40 : Le projet de pôle

Après sa nomination, le chef de pôle prépare dans un délai de trois mois le projet de pôle, il sera soumis à l'acceptation du CME et à l'avis du directoire.

Il est élaboré de manière participative avec les responsables des structures internes des pôles, il doit être conforme au projet d'établissement et au projet médical des autres pôles.

Sur la base du contrat de pôle, le projet de pôle définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles ainsi que les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs mis en œuvre par les pôles.

Le projet prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découle.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 36 sur 146

Le projet de pôle prévoit les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles, approuvées et suivies par les responsables des structures internes au pôle.

§2 : Le chef de pôle

Article 41 : Nomination et mandat

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les pôles d'activité clinique ou médicotechnique.

La liste doit comporter au moins trois noms, elle est présentée dans un délai de trente jours au directeur à compter de sa demande

En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste sous quinze jours ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix.

La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. A l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique :

- Les praticiens hospitalo-universitaires
- Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens consacrent tout ou partie de leur activité à l'établissement
- Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire
- Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus

Les chefs de pôles sont membres de la CME.

Article 42 : Compétences du chef de 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 fixés au pôle.

Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

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

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

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 37 sur 146

Formation spécifique :

Dans les deux mois suivants leur nomination les chefs de pôle se voit proposer par le directeur de l'établissement une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. Le contenu de cet apprentissage est agréé par l'ANAP, la formation ne peut être d'une durée inférieure à soixante heures.

Article 43 : Pouvoir du chef de pôle

Autorité du chef de pôle :

Le chef de pôle exerce son autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels exerçant dans le pôle ainsi que les personnels des structures internes.

Le chef de pôle demeure soumis au pouvoir hiérarchique du directeur de l'établissement.

Délégation de signature accordée au chef de pôle :

Il revient au directeur de négocier avec chaque chef de pôle, sur la nature et l'ampleur des délégations qu'il lui accordera au sein du contrat de pôle, dans les domaines précédemment énumérés.

Cette délégation de signature obéit aux mêmes règles de formalités relatives aux délégations de signatures.

Les délégations ainsi que leurs éventuelles modifications devront être notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen pour les rendre consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement si elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

Toute délégation peut être retirée à tout moment sous réserve d'être notifiée et publiée.

Article 44 : Indemnité et fonctions

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle, elle est modulée en fonction des objectifs figurant au contrat et de pôle.

Le versement de l'indemnité peut être suspendu lorsque les fonctions du chef de pôle prennent fin ou lorsque le praticien démissionne avant le terme de son mandat.

La fonction de chef de pôle peut prendre fin prématurément dans l'intérêt du service apprécié par le directeur de l'établissement, après avis du président de la CME.

Section 2 : Services, unités fonctionnelles et autres structures internes

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 38 sur 146

§1 : Organisation générale

Article 45 : Organisation selon le projet médical et les projets de pôle

L'organisation en services, unités fonctionnelles et structures internes découle du projet médical et des projets de pôles dont les modalités ont été validées par le directoire.

Les responsables de ces secteurs sont nommés conformément aux règles législatives et réglementaires du CSP.

§2 : Les responsables des structures internes

Les responsables des structures internes proposent le recrutement du personnel médical en formation affecté à leur structure, en conciliant les objectifs de formation et de fonctionnement de la structure.

Les responsables de structures internes assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils détiennent la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale afférant.

Article 46 : Autorité des responsables des structures internes

Les responsables des structures internes exercent leur autorité sur le personnel de la structure dont ils ont la charge.

Article 47 : Désignation des responsables des structures internes et mandat

Les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-clinique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME.

Le responsable de la structure interne est placé sous l'autorité du chef de pôle.

La durée du mandat des responsables des structures internes est de quatre ans renouvelable, il peut être mis fin à ce mandat dans l'intérêt du service.

Article 48 : Empêchement des responsables de structures internes

Si le responsable des structures internes est temporairement empêché, il est remplacé par son adjoint qu'il désigne dès sa nomination.

Si le responsable des structures internes met fin à ses fonctions ou si le chef de pôle y met fin, il est remplacé par son adjoint le temps que le chef de pôle procède à une nouvelle proposition

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 39 sur 146

que le directeur sera libre d'accepter ou non. A défaut d'acceptation, une nouvelle liste sera demandée au chef de pôle, à défaut d'accord ou pour une raison d'incomplétude le directeur pourra procéder à la désignation d'un nouveau responsable de structure interne.

Il peut être mis fin aux fonctions du responsable de structure interne par le directeur, à sa propre initiative après avis du président de la CME et du chef de pôle. Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME.

Dans ce cas le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Article 49 : L'équipe responsable des structures internes

Constitution de l'équipe :

Dans chaque structure interne du pôle, un cadre de santé peut exercer la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des explorations sous l'autorité du chef de pôle.

Les cadres de santé exerçant à l'intérieur du pôle sont nommés par le directeur.

Réunions de l'équipe :

L'équipe se réunit selon la fréquence la plus adaptée au fonctionnement de leur structure, cette réunion est initiée par le responsable qui convoque l'équipe pour gérer les affaires en cours et à venir.

Ces réunions ne sont pas publiques et sont soumises à l'obligation de discrétion professionnelle.

Un compte rendu est rédigé par un membre de l'équipe désigné au début de la réunion pour remplir cette fonction. A l'issue, un exemplaire du compte rendu est remis à toute l'équipe et au chef de pôle.

Chapitre 3 : Les commissions et comités

Section 1 : La Commission médicale de l'établissement (CME)

§1 : Composition de la CME

Article 50 : Composition et désignation des membres

Composition de la CME :

En fonction de ses spécificités de l'établissement le règlement intérieur définit la composition de la CME qui comprend des membres de droit et des membres élus. La répartition et

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 40 sur 146

le nombre de siège a pour objectif d'assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

L'ensemble des chefs de pôles cliniques et médicotechniques sont membres de droit de la CME.

Parmi les membres élus qui assurent la représentation :

- Des responsables de structures internes, des services ou unités fonctionnelles :
- Des praticiens titulaires de l'établissement
- Des personnels titulaires et non titulaires de l'établissement et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral
- Des sages-femmes qui élisent un membre au sein de leur catégorie

Une représentation des internes est assurée, un membre est élu pour la médecine générale et un autre pour les autres spécialités, un pour la pharmacie et un pour l'odontologie. Ils sont désignés tous les six mois, à chaque début de stage par le directeur général de l'ARS après avis des organisations représentatives.

Sont également membre de ma CME avec voix consultative :

- Le directeur, président du directoire ou son représentant qui peut se faire assiste de toute personne de son choix
- Le président de la CSIRMT
- Le praticien responsable de l'information médicale
- Le représentant du CTE élu en son sein
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- L'ensemble des praticiens non membres de la CME

Désignation des membres :

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres à titre consultatif, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentant par la voie de l'élection au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué. Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour de scrutin, le candidat doit obtenir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrage au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection se joue à la majorité relative quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent le même nombre de suffrage alors le plus âgé d'entre eux est élu.

La convocation aux élections ainsi que leur organisation incombe au directeur de l'établissement, il proclame les résultats et arrête la liste des membres du CME.

Article 51 : Mandat et cessation du mandat

La durée des mandats est de quatre ans renouvelables.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 41 sur 146

catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix. Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle aurait cessé le mandat des remplacés.

Article 52 : Présidence et vice-présidence, mandat et incompatibilité

La CME élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Le vote a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à trois tours et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours un troisième est organisé où la majorité relative suffira. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenus le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Le mandat de président de la CME est de quatre ans, renouvelable une seule fois. Elles prennent fin sur présentation de la démission du président ou au terme du mandat des membres de la CME.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la CME, le vice-président sera chargé de remplir ses fonctions jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

La fonction de président de la CME est incompatible avec la fonction de chef de pôle, cela s'explique par le rôle de proposition d'une liste de candidats potentiels au poste de chef de pôle. Cependant, le règlement intérieur peut déroger à cette incompatibilité si l'effectif médical le justifie, cette dérogation est applicable au centre hospitalier d'Arcachon.

§2 : Missions et compétences

Article 53 : Attributions du CME

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment ce qui est relatif à :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins, à prévenir et traiter l'iatrogénie et autres événements indésirables liés à l'activité 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, pharmaceutique et odontologiques

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

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale
- L'évaluation et la prise en charge des patients, en particulier aux services d'urgences et d'admission 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 soin

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 42 sur 146

Ainsi, la CME élabore un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments notamment des antibiotiques et des dispositifs médicaux stériles. Ce programme contribue au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Elle présente la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement. La CME élabore des préconisations en matière de prescription des dispositifs médicaux stériles et des médicaments notamment les antibiotiques.

En vue d'assurer la mise en œuvre du programme mentionné, le représentant légal de l'établissement désigne, en concertation avec le président de la un référent en antibiothérapie. Ce référent assiste la CME dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre de ces mesures ; il organise le conseil thérapeutique et diagnostique dans l'établissement. Une même personne peut assurer cette fonction au sein de plusieurs établissements de santé dans le cadre d'une action de coopération.

Propositions émises par le CME :

La CME propose au directeur le programme d'action en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui prend en compte le bilan d'amélioration à la suite des événements indésirables.

Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les engagements et objectifs du CPOM en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme comprend des indicateurs de suivi des actions menées, un rapport annuel est présenté par la CME sur l'évaluation de ces indicateurs de suivi.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité et de la prise en charge des soins infirmiers, de rééducation et médicotexte contribue à l'amélioration de ce programme d'action.

Le directeur de l'établissement tient le programme d'action et le rapport annuel à la disposition du directeur de l'ARS.

Consultation de la CME :

La CME est consultée sur :

- Le projet médical de l'établissement
- Les délibérations du Conseil de surveillance
- Le projet d'établissement
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux
- Le plan de développement professionnel continu des professions médicales, maïeutiques, pharmaceutiques et odontologiques
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
- Les conventions constitutives des centres hospitaliers universitaires
- Des statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 43 sur 146

- Le plan de redressement
- Le fonctionnement interne de l'établissement : à cette fin elle vérifie sa cohérence médicale notamment avec le projet médical de l'organisation des pôles
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- Le CPOM
- La politique de recrutement des emplois médicaux
- La politique de formation des internes et étudiants

Information du CME :

La CME est informée sur :

- L'état des prévisions de dépenses et de recettes initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats
- Le CPOM
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- Les contrats de pôles
- Le bilan annuel des tableaux de services
- La politique de recrutement des emplois médicaux
- L'organisation de la formation des étudiants et internes ainsi que la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir
- Le projet des soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique
- L'organisation interne de l'établissement
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

Article 54 : Missions et statut du président de la CME

Le président de la CME assure la coordination médicale au sein de l'établissement, en binôme avec le directeur.

Le président de la CME :

- Est le vice-président du directoire
- Coordonne la politique médicale de l'établissement
- Elabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM le projet médical de l'établissement
- Participe au Conseil de surveillance avec voix consultative
- Propose au directeur la liste des candidats en vue d'une nomination en tant que chef de pôle

Le statut du président du CME lui confère trois missions essentielles :

- Il est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sûreté des soins ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers conjointement avec le directeur, et sous réserve des attributions de la CME

A ce titre il peut organiser des évaluations internes, veiller à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en la matière (résultant des inspections et de la certification). Il présente au directoire le programme d'action proposé au directeur par la CME.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 44 sur 146

- Le président élabore le projet médical avec le directeur et en conformité avec le CPOM : il en assure le suivi annuel et dresse un bilan annuel des actions.

- Il coordonne la politique médicale de l'établissement

A ce titre, il contribue à la diffusion et l'évaluation des bonnes pratiques, il veille à la coordination de la prise en charge du patient. Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique, il coordonne le plan de développement professionnel continu. Enfin, il présente au directoire et au conseil de surveillance un rapport sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Avis émis par le président du CME :

Le président de la CME émet des avis sur :

- La nomination et la recherche en affectation des praticiens hospitaliers : cet avis est communiqué au directeur général du conseil national de gestion chargé de ces nominations sous proposition du président du directoire
- Avant la signature des contrats de pôle, il vérifie la cohérence du contrat avec le projet médical concernant les pôles cliniques et medicotechnique
- Sur l'admission contractuelle de médecins, sages-femmes, odontologistes exerçant à titre libéral (autres que les praticiens statutaires de l'établissement) : cette admission est procédée par le directeur sur proposition du chef de pôle

-

§3 : Fonctionnement du CME

Article 55 : Réunion de la CME

La CME se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Elle peut également être réunie à la demande d'un tiers de ses membres ou sur demande du président du directoire, du directeur de l'ARS. Ainsi, l'auteur de la demande de réunion propose l'ordre du jour que la CME examinera lors de la réunion.

Sauf urgence, l'ordre du jour doit être envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission ainsi qu'aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour, et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission, peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

Article 56 : Obligations des membres de la CME

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

Le président de la CME veille au bon fonctionnement de la commission.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 45 sur 146

L'établissement doit concourir au bon fonctionnement de la CME et doit mettre à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Section 2 : Le comité technique d'établissement (CTE)

Le comité technique d'établissement dans la fonction publique hospitalière est une instance de concertation chargée de donner son avis sur les questions et projets de textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des services. Y sont examinées notamment les questions relatives aux effectifs, aux emplois et aux compétences, aux règles statutaires, aux méthodes de travail, aux grandes orientations en matière de politique indemnitaire, à la formation, à l'insertion professionnelle, à l'égalité professionnelle et à la lutte contre les discriminations.

Le CTE composé de représentants du personnel, élus sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement.

Le CTE est présidé par le directeur ou son représentant, membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Le décret 2014-822 du 18 juillet 2014 a supprimé les collèges au sein du comité technique d'établissement des établissements publics de santé et des établissements publics sociaux et médico-sociaux.

§1 : Composition et déroulement de l'élection

Article 57 : Membres composant la CTE

Le comité technique d'établissement comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, les représentants de 10 membres titulaires et 10 membres suppléants (établissements de 500 à 999 agents).

Sont pris en compte l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, des agents contractuels ainsi que les contractuels de droit public n'occupant pas un emploi permanent et les contractuels de droit privé, à l'exception des personnels mis à disposition d'un groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public et des personnels présent dans l'établissement.

L'effectif retenu, comprenant les parts respectives de femmes et d'hommes, est apprécié au 1er janvier de l'année de l'élection des représentants du personnel. Il est déterminé au plus tard huit mois avant la date du scrutin.

Le nombre de sièges à pourvoir indiquant le nombre de femmes et d'hommes devant figurer sur les listes de candidats est affiché dans l'établissement six mois au plus tard avant la date du scrutin.

Toutefois, si dans les six premiers mois de l'année du scrutin une réorganisation d'établissements entraîne une variation d'au moins 20 % des effectifs représentés au sein du comité technique d'établissement, l'effectif de référence est apprécié au plus tard quatre mois avant la date du scrutin. Le nombre de sièges à pourvoir est affiché dans l'établissement immédiatement après ce délai.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 46 sur 146

En cas d'élection partielle, l'effectif de référence est apprécié à la date d'effet de la décision à l'origine de l'organisation de cette élection.

Article 58 : Mandat

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Lors du renouvellement d'un comité technique d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Article 59 : Remplacement d'un membre

Les modalités de remplacement d'un représentant du personnel qui cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions en raison de son décès, ou à la suite d'une démission de ses fonctions dans l'établissement ou dans le groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public ou de son mandat, d'un changement d'établissement ou de la fin de sa mise à disposition, ou parce qu'il est frappé de l'une des causes d'inéligibilité prévues à l'article [R. 6144-53](#) (CSP) sont les suivantes pour une élection sur liste (effectif supérieur à 50 agents) :

- Le représentant titulaire est remplacé par un suppléant de la liste au titre de laquelle il a été élu. Le suppléant est lui-même remplacé par le premier candidat restant non élu de la même liste.
- Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles en application des dispositions de l'article R. 6144-53 (CSP)

Le mandat des représentants titulaires ou suppléants désignés dans les conditions prévues par le présent article prend fin à la date à laquelle aurait normalement pris fin le mandat des titulaires ou des suppléants qu'ils remplacent.

Article 60 : Empêchement temporaire

En cas d'empêchement temporaire d'un membre du CTE, les modalités de remplacement d'un représentant titulaire qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à une réunion du comité technique d'établissement pour une élection au scrutin de liste, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 47 sur 146

Article 61 : Date des élections

La date des élections pour le renouvellement général des CTE des établissements publics de santé ou des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public est fixée par arrêté du Premier ministre, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la santé. Cette date est rendue publique au moins six mois à l'avance par affichage dans les établissements concernés.

Lorsque l'élection des membres d'un CTE a lieu entre deux renouvellements généraux, notamment en cas de création d'un nouveau CTE, la date du scrutin est fixée par le directeur de l'établissement ou par l'administrateur du groupement, après consultation des organisations constituées dans l'établissement ou dans le groupement ou au niveau départemental ou au niveau national.

En cas de fusion d'établissements intervenant moins de six mois avant ou moins de six mois après le renouvellement général des CTE, les représentants du personnel au comité technique d'établissement du nouvel établissement sont désignés sur la base des suffrages cumulés obtenus par les organisations syndicales dans chacun des établissements à l'origine du nouvel établissement.

Article 63 : Qualité d'électeur et d'éligibilité

Electeurs :

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires et stagiaires ainsi que les agents contractuels ainsi que les contractuels de droit public n'occupant pas un emploi permanent et les contractuels de droit privé.

Toutefois, les fonctionnaires appartenant à un corps de catégorie A géré et recruté au niveau national en application de l'avant-dernier alinéa de l'article 4 du titre IV du statut général des fonctionnaires n'ont pas la qualité d'électeur. Egalement, les agents mentionnés à l'article 7 du décret n° 2016-1065 du 3 août 2016 relatif au Comité consultatif national de la fonction publique hospitalière n'ont pas la qualité d'électeur.

Liste électorale :

Le directeur de l'établissement dresse la liste électorale. La qualité d'électeur est appréciée à la date du scrutin. Dans le cas prévu à [l'article R. 6144-58](#), une liste électorale est établie pour chaque section de vote.

La liste électorale est affichée dans l'établissement ou au sein du groupement et, s'il y a lieu, dans les établissements annexes, soixante jours au moins avant la date fixée pour le scrutin.

Dans un délai de huit jours suivant l'affichage, les électeurs peuvent vérifier les inscriptions et, le cas échéant, présenter au directeur de l'établissement des demandes d'inscription ou des réclamations contre les inscriptions ou omissions sur la liste électorale. A l'expiration de ce délai de huit jours, le directeur affiche dans les quarante-huit heures les modifications apportées à la liste électorale. Pendant cinq jours, à compter de cet affichage, des réclamations peuvent être

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 48 sur 146

formulées contre les inscriptions ou radiations ainsi prononcées. Le directeur ou l'administrateur statue alors dans les vingt-quatre heures.

A l'expiration du délai de seize jours suivant l'affichage, la liste électorale est close. La liste électorale ainsi close est transmise, sur leur demande, aux organisations syndicales.

Aucune modification n'est alors admise, sauf si un événement postérieur et prenant effet au plus tard la veille du scrutin entraîne, pour un agent, l'acquisition ou la perte de la qualité d'électeur.

Dans ce cas, l'inscription ou la radiation est prononcée au plus tard la veille du scrutin par le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'intéressé, et immédiatement portée à la connaissance des personnels par voie d'affichage, sans toutefois entraîner de modification du nombre des sièges à pourvoir.

Conditions d'éligibilité :

Sont éligibles les personnels inscrits sur la liste électorale et qui, à la date du scrutin, sont en fonctions depuis au moins trois mois dans l'établissement.

Toutefois, ne peuvent être élus :

- Les personnels en congé de longue maladie, en congé de longue durée ou de grave maladie ;
- Les personnels qui ont été frappés d'une rétrogradation ou d'une exclusion temporaire de fonctions de trois mois à deux ans, à moins qu'ils n'aient été amnistiés ou n'aient été relevés de leur sanction
- Les agents frappés d'une des incapacités énoncées par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral.

Article 64 : Scrutin et candidature

Les représentants du personnel au CTE sont élus au scrutin de liste.

Présentation des candidatures :

Les candidatures sont présentées par les organisations syndicales. Elles sont déposées auprès de la direction de l'établissement ou de l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public au moins quarante-deux jours avant la date fixée pour les élections.

L'administration affiche dès que possible, après la date limite de dépôt des candidatures, la liste des organisations syndicales ayant légalement déposé une candidature de liste ou de sigle. Ces candidatures sont tenues à disposition des organisations syndicales et des électeurs dans un lieu déterminé par le directeur d'établissement.

Lorsque l'administration constate que l'organisation syndicale ne satisfait pas aux conditions fixées au I de l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983, elle informe le délégué de liste

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 49 sur 146

par décision motivée et au plus tard le jour suivant la date limite de dépôt de l'irrecevabilité de la candidature.

En cas de contestation de la décision de l'administration devant le tribunal administratif compétent, le délai mentionné ne court qu'à compter de la notification du jugement du tribunal administratif.

Lorsque plusieurs organisations syndicales affiliées à une même union de syndicats de fonctionnaires ont déposé des candidatures concurrentes pour une même élection, l'administration en informe, dans un délai de trois jours à compter de la date limite de dépôt des candidatures, les délégués de chacune des listes concernées. Ces derniers disposent alors d'un délai de trois jours pour procéder aux modifications ou aux retraits de candidatures nécessaires.

Si, après l'expiration de ce dernier délai, ces modifications ou retraits ne sont pas intervenus, l'administration informe dans un délai de trois jours l'union des syndicats dont les listes se réclament. Celle-ci dispose alors d'un délai de cinq jours pour indiquer à l'administration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste qui pourra se prévaloir de l'appartenance à l'union.

En l'absence de cette indication, les organisations syndicales ayant déposé les listes en cause ne peuvent se prévaloir de l'appartenance à l'union pour l'application du présent décret. Ces organisations syndicales ne peuvent alors participer au scrutin que si elles satisfont elles-mêmes aux dispositions du 1° de l'article 9 bis de la loi du 13 juillet 1983 susmentionnée.

Chaque organisation syndicale ne peut présenter qu'une candidature pour un même scrutin.

Recevabilité des candidatures :

Chaque candidature doit comporter le nom d'un délégué qui, en cas de scrutin de liste, peut être ou non candidat, désigné par l'organisation syndicale afin de représenter la candidature dans toutes opérations électorales. L'organisation syndicale peut désigner un délégué suppléant.

Les candidatures peuvent être communes à plusieurs organisations syndicales.

Le dépôt des candidatures fait l'objet d'un récépissé établi selon un modèle type remis ou adressé au délégué de candidature ou à son suppléant.

En cas d'élection au scrutin de liste, nul ne peut être candidat sur plusieurs listes pour un même scrutin.

Chaque liste comprend un nombre de noms égal au moins aux deux tiers et au plus au nombre de sièges de représentants titulaires et de représentants suppléants à pourvoir, sans qu'il soit fait mention pour chacun des candidats de la qualité de titulaire ou de suppléant. En outre, elle doit comporter un nombre pair de noms au moment de leur dépôt.

Chaque liste comprend un nombre de femmes et d'hommes correspondant aux parts respectives de femmes et d'hommes représentés au sein du comité technique d'établissement. Ce nombre est calculé sur l'ensemble des candidats inscrits sur la liste.

Lorsque l'application de l'alinéa précédent n'aboutit pas à un nombre entier de candidats à désigner pour chacun des deux sexes, l'organisation syndicale procède indifféremment à l'arrondi à l'entier inférieur ou supérieur.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 50 sur 146

Si une liste comporte, à la date limite de dépôt prévue à [l'article R. 6144-53-2](#), un nombre de candidats supérieur ou inférieur à celui fixé au cinquième alinéa du présent article, l'organisation syndicale qui a déposé cette liste est réputée n'avoir présenté aucun candidat.

Le dépôt de chaque liste est accompagné d'une déclaration de candidature signée par chaque candidat. Le dépôt fait l'objet d'un récépissé, établi selon un modèle type, remis par le directeur ou par l'administrateur au délégué de liste ou au délégué suppléant. Chaque liste déposée mentionne les noms, prénoms et sexe de chaque candidat et indique le nombre de femmes et d'hommes.

Rectification des listes :

Dans le délai de huit jours suivant la date limite de dépôt des listes, le directeur ou l'administrateur procède à leur vérification et porte sans délai les irrégularités constatées à la connaissance des délégués de listes. Ces derniers peuvent alors procéder, dans un délai de cinq jours à compter de l'expiration du délai de huit jours susmentionné, aux modifications nécessaires.

Chaque candidat inéligible est remplacé par un candidat désigné. A l'occasion de cette désignation, le délégué de liste peut modifier l'ordre de présentation de la liste. Aucune liste ne peut être modifiée après l'expiration de ce délai de cinq jours. A défaut de rectification au terme de ce délai, le directeur raye de la liste les candidats inéligibles.

Cette liste peut néanmoins participer aux élections si elle satisfait toujours aux conditions fixées au II de l'article [R. 6144-54](#) (CSP) et si elle respecte sur ce nombre les parts respectives de femmes et d'hommes définies précédemment.

Les candidatures sur liste ou sigle établies dans les conditions conformes aux textes, sont affichées dans l'établissement dès que possible et au plus tard à l'expiration des délais mentionnés à l'article R. 6144-53-2 (CSP).

Toutefois, si le fait motivant l'inéligibilité d'un candidat est intervenu après la date limite prévue pour le dépôt des listes, ce candidat peut être remplacé sans qu'il y ait lieu de modifier la date du scrutin.

Sous réserve des alinéas précédents, aucun retrait de candidature ne peut être opéré et aucune nouvelle candidature ne peut être présentée après le dépôt des listes de candidats.

Article 65 : Bulletin de vote et enveloppes

Le directeur de l'établissement fixe, après consultation des organisations syndicales présentant leur candidature, le modèle des bulletins de vote et des enveloppes.

Les bulletins de vote et les enveloppes établis d'après un modèle type défini par arrêté du ministre chargé de la santé, ainsi que les professions de foi répondant aux conditions fixées par le même arrêté, sont réalisés par l'administration et à ses frais.

Les bulletins de vote mentionnent l'objet et la date du scrutin, l'intitulé de la liste et le nom des candidats ou, le cas échéant, la dénomination du sigle ainsi que l'appartenance éventuelle de l'organisation syndicale à une union de syndicats à caractère national.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 51 sur 146

Les documents électoraux sont adressés par l'établissement et à ses frais au domicile de chaque électeur dans des conditions prévues par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Seul le matériel électoral fourni par l'administration est valide.

Article 66 : Election à la représentation proportionnelle

Les représentants du personnel sont élus à la représentation proportionnelle. La désignation des membres titulaires est effectuée dans les conditions suivantes :

Chaque organisation syndicale a droit à autant de sièges de représentants titulaires du personnel que le nombre de voix recueillies par elle contient de fois le quotient électoral.

Les sièges de représentants titulaires restants éventuellement à pourvoir sont attribués suivant la règle de la plus forte moyenne.

En cas de liste ne comportant pas un nombre de noms égal au nombre de sièges de titulaires ou de suppléants à pourvoir, lors du dépôt des candidatures ou au terme de la procédure, l'organisation syndicale ne peut prétendre à l'obtention de plus de sièges de représentants titulaires et de représentants suppléants du personnel que ceux pour lesquels elle a proposé des candidats. Les sièges éventuellement restant ne sont pas attribués.

En cas de scrutin de liste, lorsque, pour l'attribution d'un siège, des listes obtiennent la même moyenne, le siège est attribué à la liste ayant obtenu le plus grand nombre de voix. Si les listes en cause ont recueilli le même nombre de voix, le siège est attribué à celle qui a présenté le plus grand nombre de candidats. Si plusieurs listes ont obtenu le même nombre de voix et ont présenté le même nombre de candidats, le siège est attribué au candidat le plus âgé.

Les représentants titulaires sont désignés dans l'ordre de présentation des listes par les organisations syndicales en fonction du nombre de sièges qu'elles ont obtenus. Les représentants suppléants sont également désignés dans l'ordre de présentation desdites listes à la suite des représentants titulaires et en nombre égal à ceux-ci.

Lorsqu'une candidature de liste ou de sigle commune a été établie par des organisations syndicales, la répartition entre elles des suffrages exprimés se fait sur la base indiquée et rendue publique par les organisations syndicales concernées lors du dépôt de leur candidature. Cette répartition est mentionnée sur les candidatures affichées dans les bureaux et sections de vote. A défaut d'une telle indication, la répartition des suffrages se fait à part égale entre les organisations syndicales concernées.

Article 67 : Bureau de vote

Un bureau de vote est institué dans chaque établissement. Le bureau de vote est présidé par le directeur ou son représentant ou par l'administrateur.

Un assesseur est désigné par chaque organisation syndicale ayant présenté sa candidature. Le nombre d'assesseurs ne peut être inférieur à deux. Dans le cas où les

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 52 sur 146

organisations syndicales n'ont pas désigné d'assesseurs en nombre suffisant, le président complète le bureau de vote en faisant appel à des personnels en activité dans l'établissement ou au sein du groupement.

En cas de dispersion des services, les électeurs peuvent être répartis en sections de vote par décision du directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public prise après consultation des organisations syndicales présentant leur candidature.

Le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement désigne le président de chaque section de vote. Celle-ci comprend des assesseurs désignés.

Article 68 : Déroulement des opérations électorales

Les opérations électorales se déroulent dans l'établissement ou dans le groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public pendant les heures de service.

Le scrutin est ouvert sans interruption pendant au moins sept heures. Les horaires d'ouverture et de clôture du scrutin sont arrêtés en fonction des effectifs de l'établissement ou du groupement par le directeur ou par l'administrateur après consultation des organisations syndicales ayant présenté leur candidature.

Le vote par procuration n'est pas admis.

Vote par correspondance :

Le vote peut avoir lieu par correspondance.

En cas de vote par correspondance, le bulletin de vote est inclus dans une première enveloppe non cachetée vierge de toute inscription. Cette enveloppe est placée dans une seconde enveloppe cachetée, signée par l'agent et portant au recto l'identité de l'électeur. L'ensemble est adressé par voie postale au directeur de l'établissement ou à l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public et doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin. Les bulletins arrivés après cette heure limite n'entrent pas en compte dans le résultat du dépouillement. En outre, seul le matériel électoral fourni par l'établissement ou par le groupement peut être utilisé.

Le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement tient un registre des votes par correspondance.

Conditions de légalité du vote :

Dans chaque lieu de vote est déposée une liste électorale, qui est émargée par chaque électeur votant et par un membre du bureau, ou par ce dernier seulement dans le cas du vote par correspondance.

Le vote a lieu au scrutin secret. En cas de scrutin de liste, les électeurs ne peuvent voter que pour une liste sans radiation ni adjonction de noms et sans modification de l'ordre de présentation des candidats.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 53 sur 146

Est nul tout bulletin établi en méconnaissance de l'une de ces conditions.

Article 69 : Dépouillement

Le dépouillement des bulletins est effectué par le bureau de vote et, le cas échéant, les sections de vote dès la clôture du scrutin.

Les votes par correspondance sont dépouillés par le bureau de vote ou, le cas échéant, par les sections de vote, en même temps et dans les mêmes conditions que les votes sur place après qu'il a été procédé à leur recensement dans les conditions fixées aux alinéas suivants.

Pour le recensement des votes par correspondance, la liste électorale est émargée par un membre du bureau au fur et à mesure de l'ouverture des enveloppes extérieures cachetées portant les mentions relatives à l'identification de l'électeur.

L'enveloppe intérieure vierge est déposée sans être ouverte dans l'urne contenant les suffrages des électeurs ayant voté sur place.

Sont mises à part sans donner lieu à émargement :

- Les enveloppes extérieures non acheminées par la poste
- Les enveloppes parvenues au bureau de vote ou à la section de vote après le délai fixé à l'article [R. 6144-60](#) (CSP)
- Les enveloppes qui ne comportent pas la signature de l'électeur et son nom, écrit lisiblement
- Les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous la signature d'un même électeur
- Les enveloppes comprenant plusieurs enveloppes intérieures
- Les enveloppes émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place

Les suffrages correspondant à ces enveloppes sont déclarés nuls.

Le bureau de vote procède successivement :

- Au dépouillement du scrutin pour les électeurs inscrits auprès de ce bureau ;
- Le cas échéant, au récolement des suffrages dépouillés par les sections de vote qui lui sont transmis par celles-ci accompagnés d'un procès-verbal établi dans les conditions prévues à l'article [R. 6144-65](#) (CSP)
- A la détermination du nombre total de suffrages valablement exprimés obtenus par chaque candidature.

Il détermine en outre le quotient électoral en divisant le nombre de suffrages valablement exprimés par le nombre de représentants titulaires à élire.

Article 70 : Proclamation des résultats

Le bureau de vote proclame les résultats.

Un procès-verbal des opérations de recensement et de dépouillement est rédigé par les membres du bureau de vote et, le cas échéant, de chaque section de vote. Dans ce dernier cas, le bureau de vote établit le procès-verbal récapitulatif.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 54 sur 146

Tous les bulletins et enveloppes déclarés blancs ou nuls et les bulletins contestés doivent être annexés au procès-verbal, après avoir été paraphés ou contresignés par les membres du bureau avec indication, pour chacun, des causes d'annulation et de la décision prise. Ces documents sont conservés par le directeur de l'établissement ou par l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public.

En présence des membres du bureau de vote, son président enregistre les résultats des élections et télécharge le procès-verbal signé par chacun des membres du bureau sur la plateforme de saisie automatisée des résultats mise à disposition par le ministre chargé de la santé.

Le président du bureau de vote communique, dans les vingt-quatre heures suivant le scrutin, les procès-verbaux des élections à chaque organisation syndicale ayant présenté sa candidature ainsi qu'au directeur général de l'ARS.

Ce dernier vérifie la concordance entre les procès-verbaux et les résultats enregistrés par les présidents des bureaux de vote sur la plateforme de saisie automatisée des résultats. Cette opération entraîne l'agrégation automatisée des résultats ainsi que leur transmission au ministre chargé de la santé.

Le directeur général de l'ARS communique dans un délai de quarante-huit heures les résultats régionaux au ministre chargé de la santé.

Les résultats du scrutin sont publiés par voie d'affichage sans délai par le directeur de l'établissement, son représentant ou l'administrateur.

En l'absence de candidature :

Lorsqu'aucune candidature de liste ou de sigle n'a été présentée par les organisations syndicales, il est procédé à un tirage au sort parmi les électeurs.

Article 71 : Contestation de l'élection

Sans préjudice des dispositions prévues au [dernier alinéa du I de l'article 9 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983](#) portant droits et obligations des fonctionnaires, les contestations de la validité des élections sont portées dans un délai de cinq jours à compter de la proclamation des résultats devant le directeur de l'établissement ou devant l'administrateur du groupement de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Celui-ci statue dans les quarante-huit heures par une décision motivée, dont il adresse aussitôt une copie au directeur général de l'agence régionale de santé. Les contestations sont ensuite portées, le cas échéant, devant la juridiction administrative.

§2 : Compétences et missions

Article 72 : Consultation du CTE

Le CTE est consulté sur des matières sur lesquelles la CME est également consultée :

- Les projets de délibération du Conseil de surveillance

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 55 sur 146

- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- Le plan de redressement
- L'organisation interne de
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire

Le comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

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

Article 73 : Information du CTE

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

Il est également informé du CPOM ainsi que sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, il est informé sur les projets de constitution et la participation à des formes de coopération.

§3 : Fonctionnement

Article 74 : Convocation aux réunions

Les réunions du comité ont lieu sur convocation de son président, ou sur demande écrite de l'initiative d'au moins la moitié des membres représentants les titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans le délai d'un mois.

La convocation doit contenir l'ordre du jour de la séance.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

Article 75 : Déroulement des réunions et ordre du jour

Lorsqu'ils ne siègent pas en voix délibérative, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité dans la limite d'un représentant par organisation syndicale ou par liste, sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 56 sur 146

L'ordre du jour est fixé par le président, il contient impérativement les questions entrant dans la compétence du comité. Ces questions peuvent avoir été initiées par au moins la moitié des membres représentants titulaires du personnel.

Article 76 : Les non-membres

Le président du CTE, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Les experts n'ont pas voix délibérative, ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions justifiant leur présence, aucune participation au vote de ne leur est reconnue. Leur avis est purement consultatif.

Lorsque des questions inscrites à l'ordre du jour comportent des enjeux relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

En sa qualité de chef d'établissement, le président du CTE peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

Les réunions et séances du comité ne sont pas publiques.

Article 77 : Secrétariat du CTE

Le comité élit parmi les membres titulaires du CTE un secrétaire, cette élection se déroule à la majorité simple des membres, au moins la moitié des membres présents doivent prendre part au vote.

Un procès-verbal est établi à chaque séance par le secrétariat, il est signé par le président et le secrétaire. Le procès-verbal est transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité qui l'approuveront lors de la séance suivante.

Article 78 : Validité des délibérations du CTE

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour initialement prévu sans condition de quorum, soit quel que soit le nombre de membres présents.

Vœux et avis du comité :

Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret.

Le président ne prend pas part au vote.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 57 sur 146

En cas d'égalité des suffrages exprimés, l'avis est réputé donné ou la proposition formulée.

Les vœux et avis du CTE doivent être portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Dans un délai de deux mois, le CTE doit être informé par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ces avis ou vœux.

Article 79 : Règles diverses

Toutes facilités doivent être données aux membres du CTE pour exercer leurs fonctions.

Communication doit leur être faite des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, au plus tard quinze jours avant la date de séance.

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au CTE, la durée maximale de ce congé est de cinq jours. Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé. Les organismes chargés d'assurer la formation sont soit les organismes figurant sur la liste établie en application de l'article 1er du décret n° 88-676 du 6 mai 1988 relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière, soit les organismes figurant sur la liste mentionnée aux articles R. 4614-26 et R. 4614-27 du code du travail.

Le congé de formation est pris en une ou deux fois à la demande du bénéficiaire.

Les dépenses afférentes à ce congé comprennent notamment les dépenses d'enseignement et d'organisation matérielle des stages ainsi que les frais de déplacement et de séjour des stagiaires. Le montant journalier est fixé par référence à l'arrêté mentionné aux articles D. 1442-3, D. 1442-4 et D. 1442-5 du code du travail.

Les dépenses prises en charge par l'établissement au titre de cette formation ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation prévues par le décret n° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

Article 80 : Obligations des membres

Toutes les personnes qui participent, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CTE sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces, documents et échanges dont ils ont connaissance à l'occasion de ces travaux.

Les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions de ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par les textes législatifs et réglementaires.

Section 3 : Dispositions communes à la CME et au CTE

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 58 sur 146

Article 81 : Délibérations communes

La CME et le CTE peuvent décider de délibérer conjointement sur les questions relevant de leurs compétences communes, tout en émettant des avis distincts, adoptés à la majorité du suffrage de ses membres. Le vote se déroule dans les mêmes modalités citées précédemment dans le règlement intérieur.

Cette procédure n'affecte en rien leur composition et leurs compétences respectives.

Ces délibérations communes astreignent les membres du CTE et de la CME à l'obligation de discrétion professionnelle ainsi qu'à l'obligation d'impartialité. Ainsi, les avis sont donnés hors de la présence du membre concerné par la situation examinée ou toute autre personne ayant un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus.

Article 82 : Le droit d'alerte

Lorsque la CME et le CTE 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 fournir des explications sur ladite situation.

La question est inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance du CTE et de la CME.

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

Un avis sera émis de ce rapport pour apprécier l'opportunité de saisir le Conseil de surveillance dans le but d'engager une procédure d'audit.

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

Article 83 : Représentant de chacune des instances

Un représentant du CTE et un représentant de la CME assistent, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives des deux instances.

La désignation des représentants procède d'un vote à bulletin secret dans chacune des assemblées concernées.

Article 84 : Discrétion professionnelle, exclusion en séance

Les membres de la CME et du CTE sont tenus à une obligation de discrétion professionnelle et à un devoir de réserve, notamment dans le cadre des débats nécessaires sous réserve du respect des personnes. Les informations dont ils ont connaissance ne peuvent être communiquées à un tiers, le cas échéant cette communication porte atteinte à l'établissement ou est susceptible de nuire à un agent de l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 59 sur 146

Le président de la CME et du CTE a la faculté d'exclure de la séance tout membre de l'une des instances qui, par son attitude ou ses propose gêne le bon déroulement de la séance. Le motif d'exclusion sera communiqué par écrit à l'impétrant par le président de la CME et du CTE, il sera également précisé dans le compte-rendu.

Il appartient au directeur d'apprécier la suite nécessaire à donner selon la nature du manquement à ses obligations commis par l'agent.

Section 4 : La Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT)

La CSIRMT est présidée par le directeur des soins, elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de réduction et medicotechnique. La CSIRMT du centre hospitalier d'Arcachon se compose de douze membres titulaires et de douze membres suppléants.

§1 : Composition

Article 85 : Présidence de la CSIRMT

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et medicotechniques.

Article 86 : Composition et collèges

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et medicotechniques : elle se compose de douze membres titulaires et douze membres remplaçants.

Les représentants élus constituent trois collèges :

- Collège des cadres de santé : trois membres titulaires et trois membres suppléants
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et medicotechniques : six sièges de titulaires et six sièges de suppléants
- Collège des aides-soignants : trois sièges de titulaires et trois sièges de remplaçants

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Article 87 : Participants à voix consultative

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- Le coordinateur technique et pédagogique de l'institut de formation des aides-soignants rattaché centre hospitalier d'Arcachon
- Un représentant des élèves aides-soignants de l'IFAS rattaché au centre hospitalier et nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'IFAS

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 60 sur 146

- Un représentant de la commission médicale d'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 ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement

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

Article 88 : Invités permanents

Sont conviés aux différentes réunions de la CSIRMT au titre d'invités permanents :

- Les cadres de santé non élus à la CSIRMT ainsi que les faisant fonction de cadre de santé dans l'établissement
- Un représentant de chaque profession paramédicale non représenté suite aux élections ayant obtenu le plus grand nombre de voix

Les invités susmentionnés ne participent pas aux délibérations de la CSIRMT.

Article 89 : Remplacement des membres titulaires au court d'un mandat

Lors d'un remplacement ponctuel, en cas d'empêchement de siéger, le titulaire est remplacé par le suppléant. Le titulaire informe la direction des soins et transmet l'ensemble des éléments nécessaires au suppléant pour qu'il puisse assurer pleinement sa mission.

Lors d'un remplacement définitif, le titulaire qui cesse son mandat par démission ou qu'il cesse d'appartenir au collège qu'il représente sera remplacé par le suppléant de la liste ayant obtenu le plus grand nombre de voix pour la durée du mandat.

Article 90 : Electeurs et mandat

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 au sein de la CSIRMT ne doit pas dépasser les 30 membres élus pour les centres hospitaliers.

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.

Le président du directoire arrête la liste des membres composant la commission.

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 61 sur 146

§2 : Compétences et missions

Article 91 : Consultation de la CSIRMT

La CSIRMT prévue par l'article L. 6146-9 du CSP est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins
- 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 ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

Article 92 : Information de la CSIRMT

La CSIRMT est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (exercice de professions libérales à des missions de service public, notamment l'hospitalisation à domicile)
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Article 93 : Participation des membres de la CSIRMT dans les Instances ou Commissions de l'établissement

Un représentant de la CSIRMT est élu parmi les candidats, pour la durée de son mandat et sur la base d'un scrutin majoritaire à un tour : un scrutin nominal, secret, à la majorité absolue.

Le représentant de la CSIRMT siège au Conseil de surveillance avec voix délibérative.

Le président de la CSIRMT assiste avec voix consultative à la CME.

Le président de la CSIRMT peut désigner au sein de la commission, un membre mandaté pour siéger dans une commission ou un groupe de travail institutionnel tel que :

- Commission de formation
- Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
- Autres comités et groupes de travail nécessitant une représentation de la CSIRMT

Le compte-rendu de l'activité de ces représentants

Les membres représentants de la CSIRMT dans les différentes instances de l'établissement communiquent une synthèse des réunions auxquelles ils ont participé.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 62 sur 146

Article 94 : Les groupes de travail de la CSIRMT

Les membres de la CSIRMT doivent s'impliquer dans la mise en œuvre et le suivi du projet de soins. A ce titre, ils sont membres actifs d'un ou plusieurs groupes de travail conduits par les cadres pilotes des projets identifiés comme axes prioritaires du projet de soins.

L'ordre du jour de chaque séance de la CSIRMT prévoit un temps réservé à l'expression des groupes de travail.

Article 95 : Le bureau

Le bureau est présidé par le directeur des soins, coordinateur général des soins.

Les membres composant le bureau sont trois membres de la CSIRMT ainsi que le président.

Les missions du bureau :

Le bureau est chargé de :

- Préparer les ordres du jour et se répartir les rôles pour contacter les intervenants extérieurs, recueillir les données nécessaires à l'analyse des thématiques mises à l'ordre du jour

Il est à noter que le président de la CSIRMT peut inviter ponctuellement toute personne appartenant ou non à la Commission, susceptible de documenter le bureau sur un sujet particulier traité en séance.

- Etudier les thèmes abordés en Conseil de surveillance et CME relevant des attributions de la CSIRMT
- Participer au suivi des indicateurs de mise en œuvre du projet des soins
- Participer à l'élaboration du rapport d'activité de la CSIRMT

Les réunions du bureau :

Le bureau se réunit a minima avant chaque réunion de la CSIRMT, sur convocation du président de la CSIRMT.

Le bureau peut être convoqué à la demande de la moitié de ses membres pour une réunion extraordinaire.

Les représentants de la CSIRMT, du Conseil de surveillance et de la CME peuvent demander, sous réserve de l'accord du président, que des points inscrits à l'ordre du jour dès ces instances puissent être examinés par le bureau, au regard de l'impact institutionnel.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 63 sur 146

§3 : Le fonctionnement de la CSIRMT

Article 96 : Séance d'installation

La première réunion est une séance d'installation en présence du recteur de l'établissement et de l'ensemble des membres.

Article 97 : Ordre du jour et convocation

L'ordre du jour, validé par le président est transmis avec les convocations aux réunions au moins dix jours avant la date de réunion.

Article 98 : Délibération

La CSIRMT délibère valablement lorsqu'au moins la moitié de ses membres élus sont présents.

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

Le mode ordinaire de vote est le vote à main levée, le vote à bulletin secret est mis en œuvre chaque fois qu'il s'agit d'élire une personne ou si au moins un membre de la CSIRMT le demande : le thème doit nécessiter un avis.

En cas d'égalité des voix exprimées, la voix du Président est prépondérante.

Article 99 : Procès-verbal ou compte-rendu

Un secrétaire de séance peut être désigné par le président.

Chaque séance de la CSIRMT donne lieu à un compte-rendu synthétique sous forme de document n'excédant pas deux pages intitulé « l'écho de la CSIRMT ». Ce document est élaboré par le président ou son secrétariat.

L'écho de la CSIRMT est diffusé par mail aux membres de la CSIRMT, au Conseil de surveillance, au directeur de l'établissement, aux chefs de pôles et aux cadres de santé. Il sera également affiché au plus tard dans les cinq jours suivants la réunion. L'écho est mis en ligne sur l'intranet du centre hospitalier dans le même délai.

Article 100 : Rapport d'activité de la CSIRMT

Un rapport annuel est élaboré par le bureau de la CSIRMT, il sera soumis à la validation du président de la CSIRMT et au président du Conseil de surveillance.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 64 sur 146

Section 5 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Présidé par le directeur, le CHSCT est composé de représentants du personnel, de participants à titre consultatif, de l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale

§1 : Composition

Article 101 : Membres du CHSCT

Le directeur ou son représentant, préside le CHSCT composé d'une délégation de personnels et de participants à titre consultatif.

La délégation des personnels au CHSCT est composée de :

- Six représentants titulaires du personnel non médical
- Six représentants suppléants qui ne participent aux réunions et aux visites qu'en cas d'absence des titulaires. Tout suppléant peut représenter n'importe quel titulaire.
- Un représentant titulaire du personnel médical, pharmacologique et odontologique désigné par la CME, ainsi qu'un suppléant qui ne participe aux réunions et visites qu'en l'absence du titulaire

Désignation :

Les représentants titulaires du personnel non médical sont désignés par les organisations syndicales existant dans l'établissement lors de la constitution ou du renouvellement du comité.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales, dans l'établissement, à l'occasion du renouvellement du CTE. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

Lorsqu'aucune candidature n'a été déposée lors des élections au comité technique d'établissement, les représentants sont élus par l'ensemble du personnel au scrutin uninominal à un tour. Chaque candidat au siège de représentant titulaire se présente avec un candidat suppléant appelé à le remplacer en cas d'indisponibilité.

Le directeur d'établissement informe l'autorité de tutelle de sa réclamation éventuelle contre la décision de créer un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou de créer des comités distincts, prise par l'inspecteur du travail.

Le représentant du personnel médical est désigné par la CME, en son sein. Tout représentant suppléant désigné selon le cas par une organisation syndicale ou la CME peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions.

Article 102 : Mandat et empêchement

Le renouvellement des représentants du personnel intervient dans un délai de trois mois à compter du renouvellement du Comité technique d'établissement. Le mandat est renouvelable.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 65 sur 146

Les représentants du personnel non médecins cessent de faire partie du CHSCT lorsque l'organisation qui les a désignés en a fait la demande par écrit au chef d'établissement. Ils sont remplacés dans le délai d'un mois.

Article 103 : Participants à titre consultatif

Participent aux réunions du CHSCT à titre consultatif :

- Le médecin du travail
- Le directeur adjoint chargé des services financiers, économiques
- Le directeur adjoint chargé des ressources humaines et du système d'information
- Le directeur adjoint chargé des affaires générales, de la certification et de la communication
- L'ingénieur des services techniques, biomédicaux et sécurité incendie
- La coordinatrice générale des soins
- L'infirmière hygiéniste
- L'ingénieur qualité

L'inspecteur du travail est également convié aux séances du CHSCT ainsi que les agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale.

Le directeur arrête la liste nominative des membres du CHSCT, cette liste est affichée dans les locaux affectés au travail. Elle doit comporter les indications relatives à l'emplacement habituel des membres du comité.

Chaque année, la direction de l'établissement diffuse en janvier, la mise à jour de cette liste après communication par les organisations syndicales des modifications éventuelles : cette démarche permet une bonne information des personnels.

Article 104 : Invités et experts

Invités :

Le CHSCT peut faire appel à titre consultatif à toute personne de l'établissement qui lui paraît qualifiée, cette personnalité qualifiée sera convoquée en même temps que les membres du comité.

Elle(s) ne peut prendre part au débat qu'à la demande président, elle n'a pas voix délibérative et ne peut assister qu'à la partie des débats relative aux questions pour lesquelles elle a été conviée, à l'exception des votes éventuels.

Experts :

Le CHSCT peut faire appel à un expert agréé :

- Lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 66 sur 146

- En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail

Les conditions dans lesquelles l'expert est agréé par l'autorité administrative et rend son expertise sont déterminées par voie réglementaire.

Le président du CHSCT convoque les experts quarante-huit heures au moins avant la date retenue pour la séance. Le délai de convocation peut être réduit en cas d'urgence.

L'expert, désigné lors de sa première réunion par le CHSCT ou par l'instance de coordination dans le cadre d'une consultation sur un projet de restructuration et de compression des effectifs, présente son rapport au plus tard quinze jours avant l'expiration du délai mentionné à l'article L. 1233-30 du code du travail. A l'expiration de ce délai, ils sont réputés avoir été consultés.

Les frais d'expertise sont à la charge de l'employeur.

L'employeur qui entend contester la nécessité de l'expertise, la désignation de l'expert, le coût, l'étendue ou le délai de l'expertise, saisit le juge judiciaire. Toutefois, lorsque l'expert a été désigné sur le fondement de l'article L. 4614-12-1, toute contestation relative à l'expertise avant transmission de la demande de validation ou d'homologation est adressée à l'autorité administrative, qui se prononce dans un délai de cinq jours. Cette décision peut être contestée (L. 1235-7-1 code du travail).

L'employeur ne peut s'opposer à l'entrée de l'expert dans l'établissement. Il lui fournit les informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

L'expert est tenu aux obligations de secret et de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par l'employeur et pour toutes les questions relatives aux procédés de fabrication.

L'expert ne participe qu'à la partie relative aux questions pour lesquelles il a été convoqué, à l'exclusion des votes éventuels.

Article 105 : Secrétariat

Un secrétaire doit être élu pour la durée d mandat lié aux élections professionnelles.

Le (la) secrétaire est désigné(e) par la voie de l'élection, au sein du CHSCT, au scrutin majoritaire à deux tours. Seul peut être élu un représentant du personnel non médical. Au premier tour, la majorité absolue est exigée : au second tour, la majorité relative suffit.

En cas de partage des voix, le poste de secrétaire revient au plus âgé des candidats.

Par dérogation à la réglementation et après entente entre les organisations syndicales représentatives, le secrétariat peut être assuré par alternance pour une durée de un an.

§2 : Attributions, compétences

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 67 sur 146

Article 106 : Missions

Le CHSCT a pour mission :

- De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure
- De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité
- De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes. Il procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité.

Le CHSCT contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel. Le refus de l'employeur est motivé.

Article 107 : Information du CHSCT

Lors des visites de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, les représentants du personnel au CHSCT sont informés de sa présence par l'employeur et peuvent présenter leurs observations.

Article 108 : Consultation du CHSCT

Le CHSCT est consulté :

- Avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail
- Le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies, sur les conséquences de ce projet ou de cette introduction sur la santé et la sécurité des travailleurs.
- Sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides
- Sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.
- Sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur.

- Lorsqu'il tient de la loi un droit d'accès aux registres mentionnés à l'article L. 8113-6, le CHSCT est consulté préalablement à la mise en place d'un support de substitution dans les conditions prévues à ce même article

Lorsque les mentionnées portent sur un projet commun à plusieurs établissements, l'employeur peut mettre en place une instance temporaire de coordination de leurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, qui a pour mission d'organiser le recours à une expertise unique par un expert agréé, l'instance est seule compétente pour désigner cet expert.

Indépendamment des consultations obligatoires prévues par le présent article, le CHSCT se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par l'employeur, le comité d'entreprise et les délégués du personnel.

Article 109 : Avis du CHSCT

Le CHSCT examine et donne son avis sur un rapport et un programme annuel présentés par le chef d'établissement. Ce rapport annuel écrit fait le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées au cours de l'année écoulée avec mention spécifique de la question du travail de nuit.

Le rapport contient programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail qui fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût (code du travail, L 4612-16 et L 4612-17).

Article 110 : Inspections et enquêtes

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède, à intervalles réguliers, à des inspections.

La fréquence de ces inspections est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Article 111 : Rôle du CHSCT en cas de danger grave et imminent

Si un membre du CHSCT constate qu'il existe dans un service une cause de danger grave et imminent, il doit en aviser immédiatement la direction de l'établissement. Le signalement peut être exprimé verbalement. Il doit être consigné par écrit dans le registre prévu à cet effet qui se trouve au secrétariat de direction.

Le directeur ou son représentant est alors tenu de procéder à une enquête avec un membre du CHSCT et de prendre les dispositions nécessaires pour remédier à cette situation. Une délégation du CHSCT peut être constituée pour procéder à l'enquête.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 69 sur 146

En cas de divergence d'appréciation sur la réalité du danger ou sur les moyens de la faire cesser, le CHCSCT devra être réuni en urgence dans les vingt-quatre heures au plus tard. En outre, la direction devra informer immédiatement l'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention de la CARSAT, lesquels peuvent assister à la réunion du CHSCT.

La circulaire du 25 mars 1993 précise qu'un danger grave est « un danger susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée ». La gravité a donc des conséquences définitives ou longues, au-delà d'un simple inconfort.

De même, est imminent « tout danger susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché ». L'imminence du danger suppose qu'il ne soit pas encore réalisé mais qu'il soit susceptible de se concrétiser dans un bref délai.

Article 112 : Rôle du CHSCT en cas d'accident ayant ou eu, qui aurait ou pu avoir des conséquences graves

Dès que la direction a connaissance d'un accident ayant eu, ou qui aurait pu avoir des conséquences graves elle doit informer verbalement le plus rapidement possible au moins un membre du CSCHT. Elle confirme cette information par écrit au secrétaire du CHSTC.

§3 : Fonctionnement

Article 113 : Mandat et remplacement

Lorsqu'au cours de son mandat, un représentant cesse ses fonctions dans l'établissement, il est remplacé dans le délai d'un mois, dans les formes précédemment citées. Il en est de même des représentants frappés des incapacités.

Dans les établissements où il n'existe pas d'organisation syndicale, il n'est pas procédé au remplacement d'un représentant du personnel non médecin, non pharmacien et non odontologiste cessant ses fonctions lorsque la période du mandat restant à courir est inférieure à trois mois.

Les représentants des personnels non médicaux cessent de faire partie CHSCT lorsque l'organisation qui les a désignés en a fait la demande par écrit au directeur de l'établissement. Ils sont remplacés dans le délai d'un mois, dans les formes mentionnées ci-dessus.

Article 114 : Obligation des membres

Les membres du comité sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par l'employeur.

Ils sont tenus au secret professionnel pour toutes les questions relatives aux procédés de fabrication.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 70 sur 146

Les séances du CHSCT sont des réunions au cours desquelles les principes de courtoisie et de respect mutuel doivent être respectés. Ne sont abordés que les points fixés dans l'ordre du jour.

Les membres ne peuvent prendre part au débat qu'à la demande du président.

Article 115 : Formation des membres

La formation des représentants du personnel aux CHSCT qui revêt un caractère théorique et pratique, a pour objet :

- De développer leur aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et leur capacité d'analyse des conditions de travail
- De les initier aux méthodes et procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail,

Les organismes chargés d'assurer la formation d'un représentant du personnel aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sont :

- Soit les organismes figurant sur la liste établie en application de l'article 1er du décret du 6 mai 1988 relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière
- Soit les organismes figurant sur la liste arrêtée par le ministre chargé du travail ou agréés par le préfet de région

Congé de formation :

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au CHSCT.

La durée maximale de ce congé de formation est de cinq jours. Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé. Le congé de formation est, à la demande du bénéficiaire, pris en une ou deux fois.

Le représentant du personnel au CHSCT qui souhaite bénéficier de son droit à un congé de formation en fait la demande au chef d'établissement. La demande précise la date à laquelle il souhaite prendre son congé, la durée de celui-ci, le prix du stage et le nom de l'organisme chargé de l'assurer. La demande de congé est présentée au moins trente jours avant le début du stage.

Si les nécessités du service l'imposent, le congé de formation peut être refusé après avis de la commission administrative paritaire compétente siégeant en formation plénière. En ce qui concerne les agents non titulaires, la commission consultée est la commission compétente à l'égard des agents titulaires exerçant les mêmes fonctions que l'agent non titulaire intéressé. La décision de refus est motivée.

Les dépenses prises en charge par l'établissement au titre de la formation des représentants du personnel au CHSCT ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

Les frais de déplacement et de séjour sont pris en charge par l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 71 sur 146

Article 116 : Heures de délégation

L'employeur laisse à chacun des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail le temps nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Ce temps est au moins égal à quinze heures par mois dans les établissements employant de 500 à 1 499 salariés.

Ce temps peut être dépassé en cas de circonstances exceptionnelles ou de participation à une instance de coordination prévue à l'article L. 4616-1 du code du travail.

Le crédit mensuel, globalisé au niveau de chaque section syndicale est répartie par elle entre ses divers représentants titulaires au début de chaque mois.

Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux les heures de délégation dont ils disposent. Ils en informent la direction ainsi que les ajustements éventuels.

Le temps passé en délégation est considéré comme du temps de travail.

Certaines tâches, également considérées comme du temps de travail effectif, ne sont pas déduites des heures de délégation et donnent lieu à des autorisations d'absence. Il s'agit des situations suivantes :

- Temps passé aux réunions
- Temps passé aux enquêtes menées après un accident du travail grave ou des incidents répétés ayant révélé un risque grave, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave
- Temps passé à la recherche de mesures préventives dans toute situation d'urgence et de gravité

Article 117 : Moyens

La direction de l'établissement met à disposition du CHST les moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions selon le besoin. Elle communique notamment toutes les pièces et documents nécessaires à l'accomplissement des missions du CHST.

Des moyens en documentation seront également mis à la disposition des membres du CHST en cas de besoin.

Lors de la fixation du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, les représentants du personnel du CHST pourront, pour des propositions précises, solliciter l'attribution d'une enveloppe budgétaire spécifique.

Article 118 : Libre circulation

Les représentants du personnel titulaires du CHST peuvent, dans le cadre des crédits d'heures dont ils disposent, se déplacer librement dans l'établissement et y prendre tous contacts

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 72 sur 146

nécessaires à l'accomplissement de leur mission, notamment auprès d'un agent à son poste de travail ; sous réserve qu'ils ne gênent pas le bon fonctionnement du service.

Article 119 : Visites

Sur proposition des représentants du personnel non médical, le planning des visites à réaliser est arrêté à chaque séance du CHSCT pour le trimestre à venir.

Le secrétariat de direction s'assure sans délai auprès des unités concernées que les dates retenues ne présentent pas de difficultés. Si des difficultés apparaissent, le secrétariat en informe aussitôt le secrétaire du CHSCT pour que celui-ci fasse de nouvelles propositions.

Information des services à visiter :

Quinze jours avant la date prévue pour la visite, le Président et le secrétaire adressent conjointement une notification écrite au responsable de l'unité et aux membres de la délégation.

Cette notification vaut convocation pour les représentants du personnel non médical, elle ne vaut pas autorisation d'absence et doit être sollicitée à la hiérarchie dans les conditions habituelles.

Composition de la délégation :

La délégation se compose :

- De représentants du personnel non médical du CHSCT
- Du représentant du corps médical de la CHSCT
- Du médecin du travail
- D'un membre de la direction ou son représentant
- De l'ingénieur

Dispositions propres à la visite :

Dans la mesure du possible, chaque membre de la délégation dispose au moment de la visite des plans de la structure concernée.

Au terme de la visite, les membres de la délégation se réservent un temps de mise en commun des observations essentielles sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail.

Compte rendu de la visite :

Le compte-rendu de la visite est rédigé par les représentants du personnel, il est diffusé par le secrétariat de direction auprès de chacun des membres du CHSCT et présenté en séance par un des représentants du personnel.

Après chaque examen en séance du CHSCT, le compte-rendu de la visite est adressé au service concerné. Pour les services de soins ce compte-rendu est adressé au chef de pôle, au responsable de structure et à la coordinatrice générale des soins.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 73 sur 146

La première séance annuelle du CHSCT est réservée au bilan des actions réalisées à la suite des observations formulées lors de l'examen des comptes rendus des visites effectuées l'année précédente (d'octobre à octobre).

Article 120 : Réunions

Périodicité :

Le CHSCT se réunit au moins une fois par trimestre mais aussi à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves ou à la demande motivée de deux de ses membres.

Il détermine, dans un règlement intérieur les modalités de son fonctionnement et l'organisation de ses travaux (le caractère obligatoire de l'établissement d'un règlement intérieur au CHSCT résulte de la loi du 17 août 2015, en vigueur depuis le 19 août 2015).

Dans l'exercice de ses attributions consultatives, le CHSCT dispose d'un délai d'examen suffisant, qui ne peut être inférieur à 15 jours, pour lui permettant d'exercer utilement ses attributions, en fonction de la nature et de l'importance des questions qui lui sont soumises. A l'expiration de ce délai, le CHSCT est réputé avoir été consulté et avoir rendu un avis négatif. Des dispositions similaires sont prévues au titre de la consultation de l'instance temporaire de coordination des CHSCT (ICCHSCT) lorsque celle-ci est mise en place.

Le recours à la visioconférence pour réunir le CHSCT peut être autorisé par accord entre la direction et les membres désignés du comité.

Ordre du jour et convocation :

Un mois avant la séance, les partenaires sociaux, le médecin du travail et les directions fonctionnelles font parvenir au secrétaire la liste des points qu'ils souhaitent voir aborder. Ces points doivent être accompagnés d'un court exposé les explicitant (fiche de projet).

L'ordre du jour de chaque réunion du CHSCT est arrêté par le président et le secrétaire du comité choisi parmi les représentants du personnel.

Toutefois, les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire ou par un accord collectif de travail sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le président ou le secrétaire.

La convocation aux réunions contient l'ordre du jour et tous les documents s'y afférant, elle est envoyée aux membres du CHSCT au moins quinze jours avant la tenue de la réunion.

La convocation ne vaut pas autorisation d'absence, cette dernière doit être sollicitée par chaque représentant du personnel non médical dans les formes hiérarchiques habituelles, sur le support adéquat.

Tout refus d'accorder une autorisation d'absence doit être motivé, essentiellement pour des raisons de service.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 74 sur 146

Les chefs de pôle et les cadres des unités et services sont informés, dans les meilleurs délais, de la tenue des réunions du CHSCT.

Séance :

Les séances du CHSCT sont des réunions au cours desquelles les principes de courtoisie et de respect mutuel doivent être respectés. Ne sont abordés que les points fixés dans l'ordre du jour.

Les membres ne peuvent prendre part au débat qu'à la demande du président.

Le président peut, de sa propre initiative, provoquer une suspension de séance. A la demande de la moitié des membres présents ayant voix délibérative, le président doit accorder une suspension de séance. Dans tous les cas, la suspension de séance ne peut dépasser les trente minutes.

Les documents utiles à l'information du CHSCT, autres que ceux versés à la convocation, peuvent être lus ou distribués pendant la séance à la demande d'un de ses membres ayant voix délibérative. Ces documents sont alors considérés comme une information, s'ils nécessitent un vote ou une approbation, les sujets dont ils traitent doivent être inscrits à l'ordre du jour de la séance suivante.

Le CHSCT peut demander la création d'un groupe de travail sur un point relevant de sa compétence et évoqué en séance.

Après épuisement des thématiques versées à l'ordre du jour, le président clôt la séance.

Article 121 : Vote

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si une personne ayant voix délibérative demande le vote à bulletin secret.

Les avis du comité sont adoptés à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

Article 122 : Procès-verbal

Le procès-verbal est établi à partir des notes prises en séance, le document ainsi rédigé est soumis au président et au secrétaire pour d'éventuelles corrections avant d'être mis sous forme définitive et signé.

Le procès-verbal dans sa forme définitive est envoyé dans les meilleurs délais à chacun des membres du CHSCT.

Le procès-verbal est soumis à l'approbation lors de la séance suivante, il ne peut enfreindre les obligations de discrétion professionnelle auxquelles sont tenus les participants aux réunions, ni faire état d'informations mettant en cause nominativement des personnes, ni contenir des inexactitudes, propos injurieux ni allégations diffamatoires.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 75 sur 146

A l'occasion de l'examen du procès-verbal, le président peut donner tout complément d'information sur les points évoqués.

Le procès-verbal approuvé et diffusé auprès de chaque pôle ou services, cependant, les procès-verbaux de visite ne sont transmis qu'au service concerné.

Chacune des unités dispose d'un classeur pour le rangement des procès-verbaux du CHSCT, ce classeur doit être tenu en permanence à la disposition des personnels.

Section 6 : Le Comité Qualité et gestion des Risques (CQGR)

Piloté par le coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins, et placé sous la responsabilité directe du directeur, et du président de la CME, il est composé du directeur qualité, de l'ingénieur qualité, du directeur des soins et des cadres de Pôle.

Il a pour rôle d'organiser et de suivre la démarche qualité en cours dans l'établissement, d'identifier et d'analyser les risques, en lien avec tous les pilotes de processus.

Section 7 : Le groupe communication

Le groupe communication, piloté par la direction qualité, est ouvert à tous les professionnels souhaitant s'investir dans les actions de communication interne et externe du Centre Hospitalier.

Section 8 : La commission des usagers (CDU)

Dans chaque établissement de santé, une 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 des patients et de leur proches et de la prise en charge.

Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles 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 CDU s'articule autour de l'article R1112-91 du CSP qui prévoit que « tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai ».

§1 : Composition

 CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 76 sur 146

Article 123 : Composition et mandat

La CDU doit être composée comme suit :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet
- Deux médiateurs, un médecin et un non médecin, et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'ARS

La CDU du centre hospitalier composée du directeur, du Président de la CME, du directeur des soins, d'un médiateur non médical, d'un cadre supérieur représentant la CSIRMT, et de l'ingénieur qualité.

Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur général de l'ARS. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil.

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelable. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Article 124 : Présidence et vice-présidence

La CDU du centre hospitalier d'Arcachon est présidée par le médecin médiateur et un représentant des usagers, élus par cette commission.

Le président est élu, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission.

Le vote a lieu au scrutin secret et uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. 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 commission des usagers élit dans les conditions prévues aux alinéas précédents un vice-président parmi le représentant légal de l'établissement, les deux médiateurs et les deux représentants des usagers. Le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

Empêchement

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 77 sur 146

Article 125 : Médiateurs et empêchement

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans.

Ces nominations interviennent après avis de la CME, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale.

Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.

En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le directeur général de l'ARS en désigne un sur proposition du conseil départemental de l'ordre des médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies à l'alinéa précédent.

Une même personne ne peut assurer les missions de médiateur médecin titulaire ou suppléant auprès de plus de trois établissements simultanément. Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

Article 126 : Représentants des usagers

Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur général de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations agréées.

Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du conseil de surveillance ou de l'instance habilitée à cet effet dans l'établissement considéré demandent à siéger à ce titre au sein de la commission, le directeur général de l'agence est dispensé de solliciter de telles propositions.

Article 127 : Invités à voix consultative

Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Tous les participants à la CDU sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle concernant les travaux, documents et débats qui s'y déroulent.

Article 128 : Secrétariat

Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 78 sur 146

§2 : Compétences et attributions

Article 129 : Missions

La commission des usagers 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 ou la conférence 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 ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

Article 130 : Information de la CDU

La CDU est informée :

- De l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.
- En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier.

Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée

Elle est informée de tous les signalements d'Evènements Indésirables Graves liés aux soins (EIG), et peut formaliser un projet des usagers.

§3 : Fonctionnement

Article 131 : Obligation des membres

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Article 132 : Rapport relatif aux droits des usagers

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé délibère au moins une fois par an 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, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 79 sur 146

Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

Article 133 : Réunion et ordre du jour

La CDU se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises et proposer une réponse ou une rencontre au patient ou à ses proches.

La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

Article 134 : Règles de vote

En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Règle de partialité :

Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

Article 135 : Moyens de la CDU

Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 80 sur 146

Article 136 : Indemnisation des membres

Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

Section 9 : Le groupe de qualité au travail

Composé de la direction de ressources humaines, de la directrice des soins, de la médecine du travail, du référent du Document Unique et des partenaires sociaux, ce groupe actualise annuellement le Document Unique des risques professionnels.

Il élabore et met en œuvre le plan d'action relatif aux risques psycho-sociaux et à la qualité de vie au travail.

Section 10 : Espace éthique

Coordonnée par le praticien responsable de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), l'Espace Ethique se réunit une à deux fois par an, pour échanger sur des questions éthiques se posant dans le cadre de la prise en charge des patients ou de l'activité professionnelle dans l'établissement.

Tout professionnel doit signaler sur Ennov les questions éthiques qu'il rencontre et peut participer à cet Espace. Les représentants des usagers en font partie et des personnalités extérieures peuvent y être conviées.

Section 11 : L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière

L'hygiène hospitalière est un vaste sujet transversal. Cette vigilance est au cœur du dispositif de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité des soins. Les mesures qui permettent de prévenir la transmission croisée des micro-organismes, appelées les précautions standard, constituent la pierre angulaire de la prévention.

§1 : Composition

Article 137 : Composition de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène

L'EOH est composée d'un médecin hygiéniste, biologiste, de deux pharmaciens, d'une infirmière hygiéniste et d'une secrétaire médicale.

Ce personnel a reçu une formation spécifique adaptée à ses fonctions. Chaque membre de l'équipe dispose d'une fiche de poste inhérent à sa fonction.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 81 sur 146

Au sein de chaque service de soin, un correspondant paramédical en hygiène est identifié assurant le rôle de relais entre les soignants et l'EOH. Le correspondant hygiène est une personne ressource, chargée de sensibiliser ses collègues au respect des règles d'hygiène de les informer sur les protocoles en vigueur et de les conseiller en cas de besoin. Les correspondants hygiène participent à trois réunions annuelles, animées par l'infirmière hygiéniste, pour faire vivre le réseau.

§2 : Missions

Article 138 : Les missions de l'EOH

- Au sein de l'établissement, l'EOH a pour missions de :
- Promouvoir la prévention des infections en veillant au respect des bonnes pratiques d'hygiène (précautions standard, précautions complémentaires et spécifiques)
- Planifier des moments d'informations et des formations à l'ensemble des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, médicotechniques, techniciens...) par le biais de « staff hebdo qualité », identifiés dans un planning institutionnel.
- Participer aux deux journées annuelles dédiées à l'accueil des nouveaux arrivants
- Participer à la réunion annuelle des usagers pour les sensibiliser sur les règles d'hygiène à observer
- Participer à la semaine nationale sécurité patients (animation d'une chambre des erreurs, mise à disposition d'outils de formation informatique avec proposition de « serious game », quiz de connaissances, animation d'ateliers hygiène des mains...)
- Préparer chaque année, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales
- Dépister les suspicions d'infections nosocomiales, en lien avec le laboratoire de bactériologie à l'aide de requêtes informatiques
- D'assurer le suivi des prélèvements environnementaux (assurés par des prestataires externes pour eau, air, et surfaces) en collaboration avec les services techniques.
- Réaliser un courrier personnalisé d'appel à déclaration aux praticiens en cas de suspicion d'infection
- Déclarer en externe les cas d'infections nosocomiales auprès de l'ARS et du CPIAS selon une liste de critères prédéfinis
- Vérifier la mise en place de l'identification informatique des patients porteurs de BMR ou BHRé dans le dossier patient informatisé

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 82 sur 146

- Rédiger les procédures en lien avec le risque infectieux et mettre à jour le manuel qualité, via le logiciel de gestion documentaire
- Participer à l'évaluation des pratiques professionnelles par le biais d'audits ou d'enquêtes dans différents domaines (hygiène des mains, gestion des cathéters veineux périphériques, respect des précautions complémentaires, manipulations de l'aiguille de Huber sur chambre implantable....)
- Réaliser le suivi des tableaux de bords et des indicateurs
- Compléter annuellement le BILANLIN
- D'adresser aux services de soins les résultats d'audits, et des informations sur le thème de l'hygiène, via un journal interne appelé « Clin D'œil »
- Promouvoir avec la commission des anti-infectieux (CAI) le bon usage des antibiotiques.
- D'élaborer le rapport annuel d'activités de l'hygiène. Ce rapport d'activité est accessible par tous les professionnels dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement. Il comporte le suivi des tableaux de bord et des d'indicateurs, l'analyse des AES, la présentation de la couverture vaccinale des agents, les résultats des surveillances environnementales, le tonnage des DASRI, le plan de formation de l'année écoulée. Le rapport d'activité présente également le programme d'actions de l'année en cours.
- D'être consultée lors de la programmation de travaux, d'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.

Article 139 : Programme d'action de lutte contre les infections

L'EOH élabore chaque année un programme d'actions, présenté à plusieurs instances de l'établissement (CSIRMT, CDU, CHSCT, CME).

Article 140 : BILANLIN

Les établissements de santé doivent fournir chaque année un Bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales (BILANLIN) qui reflète le niveau d'engagement de l'établissement en matière de prévention.

Ce bilan est composé de plusieurs indicateurs. Les résultats sont diffusés aux usagers par voie d'affichage dans le hall d'entrée de l'hôpital ainsi que dans la salle d'attente des urgences. Ils sont également diffusés aux professionnels de santé via le logiciel de gestion documentaire eNNOV de l'établissement, auprès des soignants par le biais de journal interne appelé « Clin d'œil », ainsi que dans Scope Santé.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 83 sur 146

Section 12 : Le Comité de Sécurité Transfusionnelle Hospitalière (CSTH)

Le CSTH exerce, en collaboration avec le correspondant d'hémovigilance, une mission générale de coordination sur les questions d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle.

Il s'assure de la mise en œuvre des règles de sécurité transfusionnelle et des procédures d'hémovigilance.

Section 13 : Le Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD)

Il s'agit d'une structure de réflexion et de propositions, appelée à travailler en collaboration permanente avec la direction du Centre Hospitalier et la CME, ainsi qu'avec les services cliniques, médicotechniques, administratifs, logistiques et techniques.

Son rôle est d'inciter à une meilleure organisation et à une amélioration continue de la prise en charge de la douleur, sans pour autant se substituer aux unités cliniques.

Section 14 : Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)

Le CLAN est une structure de réflexion pour l'organisation et l'amélioration continue de l'alimentation de la nutrition des patients hospitalisés et des personnels. Il définit le programme d'actions de l'établissement dans le cadre du Programme National Nutrition Santé.

Section 15 : Le Comité de Pilotage de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Ce comité pluridisciplinaire organise et suit l'activité de la PASS chargée de rendre effectif l'accès aux soins, la prise en charge des personnes démunies, tant à l'hôpital que dans les réseaux institutionnels ou associatifs des soins ou d'accueil et d'accompagnement social.

Chaque professionnel doit participer au repérage et au circuit du patient relevant de la PASS, en liaison avec les assistantes sociales, conformément à la procédure sur intranet.

La PASS déploie son intervention en extrahospitalier (PASS mobile).

Section 16 : La cellule d'identitovigilance

Pilotée par le correspondant d'identitovigilance dans le but de sécuriser l'identité du patient tout au long de sa prise en charge, cette cellule a une mission de réflexion et d'évaluation de la politique d'identitovigilance (actualisation des procédures, suivi des indicateurs, formation du personnel...).

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 84 sur 146

Une charte d'identification du patient est accessible sur intranet. Elle précise les règles obligatoires de saisie de l'identité du patient qui doit s'effectuer à partir d'un document officiel, mis à jour et valide, portant photographie (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).

Section 17 : Le Conseil de Bloc

Le Conseil de Bloc se réunit mensuellement pour analyser les signalements d'Evènements Indésirables, les dysfonctionnements, actualiser la Charte de Bloc et améliorer et sécuriser le circuit du patient opéré.

Il réunit le coordonnateur et le cadre du bloc, la direction qualité, la direction des soins, des représentants d'IBODE et de IADE, ainsi que le pharmacien et le responsable de la stérilisation, le cas échéant.

Un conseil de Bloc commun avec la Clinique se réunit annuellement.

Section 18 : Le comité ambulatoire

Le Comité Ambulatoire se réunit régulièrement pour mener la démarche qualité sur l'unité ambulatoire. Il réunit les responsables de l'hôpital de jour et de la chirurgie ambulatoire, la direction.

Section 19 : La Commission de la Permanence de Soins et des Admissions non programmées

Cette Commission se réunit trois à quatre fois par an pour analyser les signalements d'Evènements Indésirables concernant les urgences et la permanence des soins.

Elle définit le Plan Hôpital en Tension, et le Plan Blanc. Elle réunit les responsables du service des urgences, des représentants des Pôles de Médecine et de Chirurgie, et la direction qualité et la direction des soins.

Section 20 : Le Comité Développement Durable

Ce Comité, pluri-professionnel, commun avec la Clinique, définit et met en œuvre la politique de développement durable du Pôle de Santé d'Arcachon.

Section 21 : Le Comité Ville-Hôpital

Sous l'égide du Président de la CME et de la directrice des soins, un Comité Ville- Hôpital réunit deux à trois fois par an, les représentants médicaux et paramédicaux des services de soins

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 85 sur 146

et des représentants des médecins et infirmiers libéraux des structures d'HAD et de SSIAD, la MAIA, ainsi que les représentants des usagers.

Il vise à améliorer la continuité et la coordination des soins sur le territoire.

Section 22 : Les commissions paritaires locales (CAPL)

Présidées par le président du Conseil de Surveillance ou son représentant, les CAPL traitent des questions d'ordre individuel relatives à un agent de l'établissement public hospitalier.

Elles délibèrent sur les propositions de titularisation, la notation et la révision de notes, les avancements d'échelons et de grades ...

Elles sont composées d'un nombre égal de représentants du personnel et de représentants de l'administration.

Section 23 : Comité Local de Prévention du Tabagisme (CLPT)

Le Centre Hospitalier d'Arcachon adhère depuis 2006 à la charte « Hôpital sans tabac », aujourd'hui devenue le RESeau de Prévention des ADDictions (RESPADD).

En 2017, un groupe de travail, le « Comité Local de Prévention du Tabagisme (CLPT) » a été créé et a élaboré un plan stratégique de réduction du tabagisme au sein de l'établissement. Il se réunit environ trois fois par an.

Il est composé de membres de la direction de l'établissement, de l'Unité Fonctionnelle Nutrition Addictologie (UFNA), du service de maternité, de la médecine du travail, de l'animatrice de santé publique, du service de la qualité et de la communication, du service formation du personnel des ressources humaines, de la pharmacie, des syndicats, de l'association la Ligue Contre le Cancer, de la Fédération Girondine de Lutte contre les Maladies Respiratoires.

La personne identifiée comme référent tabac est le médecin de l'UFNA.

Un "hôpital sans tabac" n'est pas un hôpital sans fumeurs. C'est un établissement de santé au sein duquel on s'abstient de fumer et de vapoter (respect de la législation sur le tabagisme dans les lieux collectifs) et où l'on met en œuvre une politique active de prévention au côté de la prise en charge du tabagisme des patients et des personnels (mission de santé publique).

La stratégie à mettre en œuvre regroupe l'ensemble des initiatives de nature administratives ou médicales, prises par l'établissement de santé dans le cadre du projet débattu et planifié, pour tendre vers la disparition du tabagisme du personnel et favoriser la motivation et l'aide au sevrage des patients.

L'impact de cette stratégie est évalué par enquête interne ainsi que par le score obtenu sur le questionnaire européen des hôpitaux sans tabac.

Elle s'articule autour de 4 types d'actions :

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 86 sur 146

- La communication : vise à informer du respect de la loi Evin et mettre en évidence les initiatives de l'établissement dans l'abord du fumeur et sa prise en charge (patients, famille, personnel, instances et écoles de professions de santé)
- La prévention : soutient, complète et crédibilise la communication par l'information dispensée sur les dangers du tabac, et sur les bénéfices à l'arrêt. Elle informe patients, visiteurs et personnels sur les opportunités d'entreprendre un sevrage tabagique. Elle oriente également vers le professionnel le plus adapté (y compris en ville)
- La formation du personnel : pour permettre l'orientation et/ou la prise en charge des fumeurs et pour disposer de relai dans les services pour la mise en œuvre de la politique (soignants, administratifs, techniques)
- La prise en charge des fumeurs : prise en charge ou orientation suivant que l'établissement dispose ou non de compétences nécessaires en interne

Section 24 : La Maison des usagers

Située au niveau 1, à gauche en entrant dans le hall d'accueil, à côté de l'espace culturel, la Maison des usagers est un lieu dédié aux associations de patients, aux représentants des usagers, et aux intervenants bénévoles (bibliothécaires, Visiteurs des Malades en Etablissement Hospitalier (VMEH)...).

Ils assurent des permanences physiques et téléphoniques, selon un planning affiché dans le hall d'accueil et joint au livret d'accueil. Ils se déplacent dans les services au plus près des patients et de leur entourage. Ces bénévoles constituent un réel soutien pour les patients ou leurs proches.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 87 sur 146

TITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET PERSONNELS HOSPITALIERS

Chapitre 1 : Organisation des soins

Section 1 : Dispositions générales

Article 141 : Accès aux soins

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.

Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

La personne malade a droit au respect de sa dignité. Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Article 142 : Permanence d'accès aux soins de santé pour les plus démunis

L'accès à la prévention et aux soins est un droit qui s'applique à tous les individus, notamment aux personnes les plus démunies.

Ainsi, le centre hospitalier d'Arcachon dispose d'une permanence d'accès aux soins de santé. Elle est formalisée par des dispositifs de prise en charge médico- sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Il s'agit de leur faciliter l'accès au système de santé, et de les accompagner dans les démarches.

Article 143 : Personnel médical et continuité du service

Afin d'assurer la continuité des soins, la sécurité et la qualité de la prise en charge ainsi que le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical, et les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques assurent :

- Les services du matin et de l'après-midi des jours ouvrables : cela comprend les examens et les soins des patients hospitalisés, les services de soins et consultations des patients externes, les analyses de laboratoires et examens radiologiques, la préparation et la dispensation des médicaments (visés à l'article L4211-1 du CSP)

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 88 sur 146

- La participation au service des dimanches et jours fériés, au service des gardes de nuit ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés des personnels.

Ces personnels sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades et blessés en urgence.

Article 144 : Gardes médicales et pharmaceutiques

Le service de garde médicale a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou, le cas échéant admis en urgence ainsi que la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

La garde est organisée sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile. L'organisation médicale décrite par les tableaux généraux de service, détermine la durée du service normal de jour et du service relatif à la permanence des soins, sur vingt-quatre heures. Ces durées ne peuvent en aucun cas avoir une amplitude supérieure à quatorze heures.

Chaque chef de service ou responsable de structure interne établit en relation avec le responsable de pôle un tableau général de service précisant l'horaire hebdomadaire normal des différentes activités de soins ainsi que les horaires du service de permanence.

Ce tableau est arrêté annuellement par le directeur. Le tableau général de service permet de définir l'organisation annuelle prévisionnelle des activités médicales, médicotechniques et pharmaceutiques.

Il se décline mensuellement en tableaux de services nominatifs, ces tableaux mensuels doivent être communiqués au directeur avant le vingt du mois précédent. Toute demande de modification doit être faite auprès du directeur au moins quarante-huit heures à l'avance, en apportant une correction nominative.

La diffusion dans l'ensemble de l'établissement est assurée après visa du directeur par le secrétariat général selon une périodicité mensuelle ou hebdomadaire.

Précisions :

Le système de garde ou d'astreinte de nuit débute à dix-huit heures trente et s'achève à huit heures trente. L'astreinte du week-end (samedi est un jour ouvrable) commence à treize heures trente.

Article 145 : Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque matin, dans la mesure du possible elle doit être terminée avant le déjeuner des patients. Le chef de service ou responsable de structure interne organise une contre-visite, si nécessaire.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 89 sur 146

La contre-visite est assurée par le chef de service, le responsable de structure ou l'un de ses collaborateurs.

Les dimanches et jours-fériés, la visite médicale est assurée dans le cadre des gardes et astreintes médicales.

Article 146 : Coordination des soins dispensés aux malades

L'ensemble des personnels hospitaliers est chargé de la prise en charge des patients, dans le respect de leurs droits. Ils procèdent, à cet égard, à la dispensation des soins et au suivi de leur état de santé. Ils assurent un devoir d'assistance aux patients et à leurs proches ou familles.

L'activité des personnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tant compte des besoins des patients, que ces besoins soient exprimés explicitement ou non.

Article 147 : Le département de l'information médicale (DIM)

Le département de l'information médicale est un service chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. Il a 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).

Il est destinataire de toutes les statistiques concernant son service.

Tout médecin est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. La saisie des actes médicaux relève de l'obligation professionnelle de chaque praticien.

Le médecin responsable de ce service transmet à la CME et au directeur de l'établissement toute information nécessaire à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'activité de l'établissement que chacune des structures médicales.

Le DIM est régi par un règlement intérieur voté par le Conseil de surveillance après avis de la CME, il est modifié selon les mêmes formes.

Article 148 : La sécurité générale

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels susceptibles de nuire à la continuité, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital doit assurer à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnes, leurs biens et outils et de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quel que soit la raison de sa présence dans l'établissement, toute personne y pénétrant 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. A défaut, elles seront susceptibles d'être renvoyées de l'établissement, conformément à l'utilisation du pouvoir de police détenu par le directeur de l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 90 sur 146

Article 149 : Plan de Sécurisation de l'Etablissement et convention Santé-Sécurité-Justice

Le Pôle de Santé d'Arcachon est partie à la convention Santé-Sécurité-Justice, signé au centre hospitalier d'Arcachon le 25 avril 2018. Elle entre dans le cadre de la politique de sécurisation des établissements de santé.

La convention précise le rôle des ARS dans l'animation et la coordination de la politique régionale de sécurité de l'offre de soin, elle aborde es mesures à mettre en œuvre par les établissements de santé ainsi que les moyens financiers alloués auxdits établissements en mesures nouvelles pour renforcer leur sécurité. Elle rappelle les prescriptions spécifiques en matière de prévention de la radicalisation.

Dans le cadre de la politique de sécurisation de l'établissement un plan de sécurisation de l'établissement (PSE) a été adopté pour le Pôle de Santé. Le PSE comprend une partie sur l'analyse des risques, sur la sécurisation de l'établissement en temps normal, sur la sécurisation complémentaire en situation d'attentat ou de crise locale ainsi qu'une partie sur l'articulation du PSE avec les autres plans.

La convention Santé-Sécurité-Justice ainsi que le PSE sont consultables sur l'intranet de l'établissement (Ennov).

Article 150 : Accès à l'hôpital

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, leurs accompagnants et 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 lui paraissant justifiées, nécessaires et proportionnées.

L'accès de toute personne n'appartenant pas aux catégories citées est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veuille à ce que les tiers dont la présence n'est pas justifiée soient signalés et invités à quitter les lieux : au besoin, ils seront reconduits à la sortie de l'établissement.

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou certains locaux. Lorsque ces normes concernent des tiers, les limitations ou interdictions doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités afférentes.

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

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

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 91 sur 146

Article 151 : Calme et tranquillité au sein de l'établissement

Tout accompagnant, visiteur ou personne ne requérant pas de soins hospitaliers, qui ne respectent pas les dispositions du règlement intérieur et créer un trouble au sein de l'établissement est invité à mettre un terme à ce trouble.

S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement, si nécessaire il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital.

En situation de trouble manifeste ou d'agissement portant atteinte à la dignité, l'intégrité des personnes et des biens, le directeur ou son représentant dans le cadre des gardes de direction peut solliciter le recours aux forces de l'ordre.

Article 152 : Règles de responsabilité

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance dans le but d'éviter tout évènement préjudiciable à son bon fonctionnement, ne modifie en rien les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'établissement engagent la responsabilité des seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

L'établissement assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents et de leurs familles qui en sont victimes à l'occasion ou en raison de leurs fonctions, le cas échéant il assure la réparation des préjudices en résultant. La protection fonctionnelle est mise en œuvre conformément à la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 11).

Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel, le directeur porte plainte pour les dommages subis par l'établissement, en qualité de son représentant.

Article 153 : Interdiction de fumer et de vapoter

Il est interdit de fumer dans les l'ensemble des locaux clos et couverts à usage de l'hôpital. Des affichages indiquent les lieux où il est permis de fumer.

Cette interdiction s'applique aux personnels de l'établissement (médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques), elle s'étend aux personnes hébergées, aux usagers, résidents et à leur entourage ainsi qu'à toute personne se trouvant dans l'établissement.

Le non-respect de s'interdiction expose son auteur aux sanctions prévues par les textes en vigueur. Le fait de fumer dans un lieu à usage collectif en dehors de l'emplacement réservé à cet effet est puni de l'amende pouvant aller jusqu'à 450 €, Le fait de vapoter dans un lieu à usage collectif est puni de l'amende pouvant aller jusqu'à 150 €.

Lors de leur admission, les futures usagers et patients doivent être informés de ces règles par tous moyens.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 92 sur 146

Les personnels de l'établissement, pour des raisons relevant des missions d'éducation des patients doivent s'abstenir de fumer aux abords de l'établissement en tenue professionnelle.

Hôpital sans tabac

Le Centre Hospitalier d'Arcachon est engagé dans le réseau « Hôpital Sans Tabac ». Il s'agit d'une démarche visant à prévenir les dommages liés au tabagisme pour le personnel et les usagers de l'établissement. Il est strictement interdit de fumer ou de vapoter dans son enceinte ainsi que dans les zones extérieures signalées par les panneaux d'interdiction de fumer ou de vapoter.

L'établissement propose une consultation de tabacologie à l'Unité Fonctionnelle Nutrition Addictologie, des plages vous sont dédiées pour un premier rendez-vous. Vous pouvez également bénéficier de la délivrance de substituts nicotiniques gratuitement à la pharmacie de l'hôpital sur prescription.

Article 154 : Matériel de sécurité générale

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients, usagers et personnels, ainsi que le droit au respect de leur vie privée. Le fonctionnement doit être conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale des de l'information et des libertés (CNIL).

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéosurveillance doivent observer les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 155 : Sécurité incendie

Un incendie dans un établissement de santé peut avoir des conséquences dramatiques. Afin de réduire le risque il est nécessaire de respecter les consignes de l'établissement et de participer aux formations incendie qui sont organisées régulièrement. Nous vous invitons donc à lire attentivement les consignes ci-dessous.

- Si vous apercevez un début d'incendie et que l'alarme n'est pas encore en service, déclenchez l'alarme générale sélective par l'intermédiaire d'un déclencheur manuel situé dans les couloirs.
- Alerte le PC Sécurité en faisant le 1818

Dans tous les cas :

- Garder son calme
- Combattre le début d'incendie en utilisant l'extincteur approprié le plus proche,

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 93 sur 146

- En cas de sinistre avéré, procédez à l'évacuation horizontale des patients y compris les consultants
- Rassurer et soigner les personnes déplacées
- Rester à la disposition des secours

Mesures préventives :

- Respectez et faites respecter les consignes de sécurité incendie
- N'encombrez pas les issues de secours et les circulations
- Ne bloquez pas les portes coupe-feu
- Relisez régulièrement la consigne particulière propre à votre service
- Respectez l'interdiction de fumer
- Participez aux formations incendie réglementairement obligatoire

Moyens d'extinction :

Il existe différents types d'extincteurs. Vous serez amené à suivre une formation vous permettant de les utiliser efficacement.

Quelques rappels :

- Bois, papier, tissu, plastique (feu de classe A) : utilisez l'extincteur à eau pulvérisée
- Solvants, graisses, feux d'origine électrique (Feu de classe B) : utilisez l'extincteur CO2.
- Locaux techniques : Extincteur Poudre ABC

Les consignes sont disponibles sur intranet

Article 156 : Rapports avec l'autorité judiciaire

Le directeur de l'établissement informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, le directeur s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Article 157 : Rapports avec les autorités de police

Seul le directeur de l'hôpital a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police.

Il lui revient de décider s'il y'a lieu de demander au sein de l'hôpital une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est nécessaire ou possible.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'hôpital doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soit pris en considération, les impératifs et garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la Charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 94 sur 146

Article 158 : Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées, nécessaires et proportionnées à la nature des événements ainsi qu'à la gravité de la situation.

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.

Le directeur peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets et véhicules.

Plan Vigipirate :

Le directeur veille à la mise en œuvre de toutes dispositions requise par le Plan Vigipirate selon les gradations de ce dernier. L'ensemble des instructions données par le directeur pour l'application du Plan Vigipirate s'impose pour la totalité des personnels. Les mesures de sécurité s'appliquant aux patients, visiteurs, accompagnants, fournisseurs, prestataires de toute nature doivent être clairement expliquées afin que ceux-ci puissent s'y conformer sans restriction.

Le directeur nomme un responsable délégué pour les mesures préventives à déterminer dans le cadre du plan, Vigipirate. L'attention des personnels de l'établissement concerne tous les comportements ou objets suspects, le contrôle des accès, la vigilance en matière de réceptions de lettres et colis et courriels, le contrôle des livraisons et des réceptions alimentaires, la surveillance particulière des locaux sensibles (notamment pharmacie, stérilisation, blocs opératoires, maternité, laboratoires, unité centre de restauration). Les accès non autorisés et les issues de secours doivent être maintenues fermés.

Le Plan de Sécurisation de l'Etablissement est accessible sur ENNOV. N'hésitez pas à signaler au personnel ou à l'agent d'accueil tout objet abandonné ou suspect.

Toute personne peut signaler des personnes en voie de radicalisation (personne, usager, prestataire) auprès du Centre national d'assistance et de prévention de la radicalisation : 0 800 05 696.

Péril ou catastrophe :

En cas de péril grave et imminent pour l'établissement, son personnels ou ses usagers, le directeur peut en outre, à défaut de consentement de l'intéressé, faire procéder en urgence à l'inscription des 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 de déclenchement de plans d'urgence, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'établissement, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 95 sur 146

Article 159 : Maîtrise des risques et menaces sanitaires graves

Le directeur de l'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients, usagers et personnels fréquentant l'hôpital.

En cas d'afflux massif de patients ou de victimes, le Plan Blanc peut être déclenché par le directeur ou son représentant, conformément au CSP (L3110-7 et suivants).

Article 160 : La circulation et le stationnement automobile

Voirie hospitalière :

Les voies de circulation et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'établissement constituent des dépendances du domaine public, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voiries et les parcs automobiles sont seulement ouverts aux usagers de l'hôpital et aux personnels : ils ne peuvent être regardés comme des voiries ouvertes à la circulation publique et échappent à la compétence des autorités chargées de la police et de la circulation.

En cas de vol, dommage ou accident, les règles de procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein de l'établissement.

Règles de compétence :

Le plan général de circulation est fixé par le directeur de l'établissement. Dans le cadre et sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires ne limitant pas leur champ d'application aux voiries ouvertes à la circulation publique, le directeur règlement l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules afin d'assurer le bon fonctionnement du service public. Cela concerne notamment l'accueil des malades et l'accès aux services d'urgences, sa maintenance (livraison et travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses et préciser les priorités, interdire ou réserver l'usage de certaines voiries, interdire ou réglementer l'accès de certains véhicules (tels que les camions, camping-cars et caravanes).

En matière de stationnement, le directeur peut définir les conditions de dépôt ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver les lieux de stationnement.

Signalisation et sanctions :

Toutes les dispositions prises en application des règles de compétences doivent être matérialisées ou signalisées et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital notamment en cas de vol ou dommages.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 96 sur 146

Leur attention doit aussi porter sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut entraîner un retrait des autorisations accordées, un stationnement gênant peut, s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier, entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (comme celui sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut entraîner des dégâts graves au véhicule. De tels comportements peuvent justifiés, par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à l'encontre des intéressés, un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par la loi.

La demande de mise en fourrière peut résulter d'un stationnement d'un véhicule sur un emplacement réservé aux personnes handicapées, véhicule dont le conducteur ou l'occupant n'est pas une personne porteuse de handicap.

Section 2 : Démarche qualité, communication

Article 161 : Certification et indicateurs qualité

Une démarche qualité et gestion des risques est menée dans l'établissement, elle repose pour chaque processus identifié dans le Manuel de certification de la HAS, sur la méthode du PDCA (Plan-Do-Check-Act). Les pilotes de chaque processus formalisent leur politique pour deux ans, sur la base de différentes données internes et externes (réglementation, inspections, certification, bilan des réclamations et événements indésirables) ainsi que de la cartographie des risques.

Les risques sont priorisés selon leur niveau de fréquence, de gravité et de maîtrise. Ces objectifs sont déclinés dans un plan d'actions. Toutes les actions sont centralisées dans le Programme d'actions Qualité (PAQ) de l'établissement dont le suivi est géré sur Ennov au travers de fiches action.

Les pilotes de processus organisent des audits, des démarches d'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et identifient des indicateurs pour évaluer l'efficacité de leur politique. En fonction de leurs résultats, ils actualisent leur plan d'actions. Les pilotes de processus communiquent leur démarche auprès des professionnels, des patients et des usagers. Les risques et les actions prioritaires, ainsi que les résultats des indicateurs de processus sont transmis à la HAS via le Compte Qualité, sur le logiciel SARA.

Les résultats de la certification de l'établissement, de la satisfaction des usagers et des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont disponibles sur le site internet de l'établissement (www.ch-arcachon.fr). Ils sont joints au livret d'accueil du patient et affichés au niveau du service des Admissions.

Article 162 : Signalement des événements indésirables

Depuis mars 2017, un portail national (signalement-sante.gouv.fr) peut être utilisé par les professionnels comme par les usagers pour déclarer un certain nombre d'événements sanitaires indésirables, quel que soit le secteur de soins ou médico-social concerné. Le portail permet de

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 97 sur 146

rediriger les données saisies aux autorités sanitaires compétentes pour les événements associés à :

- Evènement Indésirable Grave associé aux soins (EIGS)
- Une vigilance réglementée : médicament, dispositif médical, produit alimentaire, cosmétique, tatouage, produit toxique...
- Un incident de sécurité du système d'information

Les autres événements sanitaires indésirables sont à déclarer directement au Point Focal de l'ARS, ouvert 24h/24, au : Tél. : 0 809 400 004 Mail : ars33-alerte@ars.sante.fr Fax : 05 67 76 70 12

Au centre Hospitalier d'Arcachon, tout événement indésirable doit être signalé à l'ingénieur qualité ainsi qu'au correspondant de la vigilance si celui-ci est lié à une vigilance, à l'aide de la fiche informatisée de signalement d'un événement indésirable accessible sur intranet (logiciel ENNOV).

La direction qualité assure, en lien avec vous, le signalement des Evènements Indésirables Graves liés aux soins sur le Portail National de signalement. Chaque vigilant centralise également la gestion des signalements externes.

Signaler un évènement indésirable lié aux soins, une vigilance, notamment liée au circuit du médicament contribue à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans l'établissement :

Des Comités de Retour d'Expérience (CREX), pluri-professionnels, se réunissent mensuellement ou trimestriellement pour analyser vos signalements concernant : les médicaments et dispositifs médicaux, le bloc opératoire et la chirurgie, la maternité, l'identitovigilance, les urgences et la permanence des soins, les dysfonctionnements avec la Clinique.

Staffs qualité :

Des staffs dédiés à la démarche qualité sont organisés de façon hebdomadaire, dans chaque service, sur des créneaux fixes. D'une durée de 20 à 30 minutes, ils permettent au chef de service et au cadre d'animer la démarche dans leur secteur, et aux pilotes de processus d'intervenir, en s'inscrivant sur un planning accessible sur PARTAGE.

Article 163 : Développement durable

Le Centre Hospitalier d'Arcachon a inscrit le développement durable comme l'un des axes prioritaires dans sa stratégie managériale. Pour exemple, nous participons au tri des déchets et à leur élimination selon des filières spécifiques. Cette démarche a permis la réduction du volume et de l'impact environnemental des déchets résiduels issus de notre activité.

Le Pôle de Santé est construit en conformité avec des normes Haute Qualité Environnementale (HQE) et dispose d'une filière énergétique biomasse (bois).

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 98 sur 146

Article 164 : Ennov et documentations

ENNOV est un logiciel permettant le partage d'une base de données, Ennov permet notamment l'automatisation des processus métier. Cette plateforme permet à tous les personnels d'accéder notamment aux bonnes pratiques professionnelles ainsi qu'aux documents mis en ligne.

Le manuel Qualité surveillance et prévention du risque infectieux présente l'ensemble des procédures validées. Il est disponible sur intranet (logiciel ENNOV).

Un livret d'accueil en hygiène réservé aux nouveaux agents est disponible auprès de la direction des Ressources Humaines.

Article 165 : La communication dans l'établissement

Le téléphone :

Un annuaire téléphonique des services est à votre disposition sur l'intranet. Il est remis à jour régulièrement. Pour appeler le standard de l'hôpital, composez le 20.

L'information écrite sur les panneaux d'affichage de l'établissement, vous trouverez les notes d'informations et de services. Vous pouvez consulter les délibérations des instances au secrétariat de direction.

L'information orale :

Dans l'intérêt de chacun et pour une collaboration maximale, n'hésitez pas à vous adresser à votre responsable si vous souhaitez obtenir une information. Il s'efforcera de répondre au mieux à vos interrogations.

Le TEXTO et le FLASH QUALITE :

Un journal interne TEXTO, mensuel et électronique, est accessible directement en écriture à tous les praticiens, cadres et pilotes de processus, sur PARTAGE, rubrique 'TEXTO'. Il est accessible en lecture à tous sur la page d'accueil Intranet et sur ENNOV.

Le FLASH QUALITE, qui regroupe tous les articles relatifs à la démarche qualité et gestion des risques, fonctionne comme le TEXTO.

La Lettre semestrielle aux Libéraux :

Cette Lettre permet d'informer tous les professionnels de santé du territoire de l'actualité du Centre Hospitalier, notamment concernant les effectifs médicaux.

Le BLA BLA CHA :

Le Bla Bla CHA, accessible sur Intranet, vous permet de diffuser et de répondre à des petites annonces personnelles (co-voiturage, vente d'objets...).

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 99 sur 146

L'intranet :

L'intranet est régulièrement actualisé par l'ingénieur qualité, notamment concernant la gestion documentaire de l'établissement (logiciel ENNOV).

Dans l'intérêt de chacun et pour une collaboration maximale, n'hésitez pas à vous adresser à votre responsable si vous souhaitez obtenir une information. Il s'efforcera de répondre au mieux à vos interrogations.

L'internet :

Le Centre Hospitalier d'Arcachon met à jour régulièrement son site internet www.ch-arcachon.fr. N'hésitez pas à vous y rendre pour plus d'informations.

Section 3 : Admission et consultation

§1 : Dispositions générales

Article 166 : Compétence du directeur en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient à l'hôpital, celle-ci est prononcée par le directeur sur avis du médecin ou d'un interne de l'établissement.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Toute discrimination est prohibée pour l'accueil d'un patient.

Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à la constitution de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement le permettent, l'admission peut être prononcée par le préfet.

Article 167 : Admissions

Admission à la demande d'un médecin traitant suite à une consultation

L'admission est décidée, hors le cas d'urgence reconnu par le médecin ou l'interne de l'hôpital, 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.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 100 sur 146

Le certificat doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou de consultation, adressée au médecin du service hospitalier qui précise tous les renseignements d'ordre médical utiles au diagnostic ou au traitement du patient.

Admission programmée :

Une convocation est remise ou est adressée au patient, après avis du chef de service ou du responsable de la structure. Afin d'organiser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au service des admissions-recettes de l'établissement où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui sont nécessaires le jour de son admission.

Admission directe dans le service :

En cas d'urgence ou lorsque l'état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

Admission suite à un transfert :

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état du patient ou du blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'hôpital ou nécessitant de moyens dont l'hôpital ne dispose pas, le directeur prend toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans cet établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ou du responsable 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 son admission dans un établissement adapté à son état de santé.

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

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

Pièces à fournir lors de l'admission :

Quel que soit le mode d'admission du malade, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant les informations relative à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge de frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale auquel ils sont affiliés.

Si le malade ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 101 sur 146

Si le malade n'est pas assuré par un régime de sécurité sociale, sous réserve d'un droit d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, il doit verser à la Trésorerie Hospitalière, avant son admission, une provision correspondant au montant prévisionnel de ses frais de séjour.

A des fins d'identitovigilance, il peut être demandé au patient sa carte nationale d'identité ou son passeport.

Article 168 : Régimes d'hospitalisation

L'établissement comporte deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit.

Le régime commun est appliqué obligatoirement aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat et aux bénéficiaires de soins dispensés au titre de l'article L245-1 du code de l'action sociale et des familles.

Lorsque l'état du malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

Article 169 : Secret de l'hospitalisation

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence au sein de l'établissement ou sur leur état de santé. Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement sous réserve de l'inscription au dossier d'une mention relative au secret de l'admission, les services concernés en sont avisés.

Toutefois, cela ne fait pas obstacle à l'obligation pour le directeur, de signaler aux autorités militaires l'admission en urgence de militaires.

Article 170 : Dossier médical du patient

Constitution et contenu du dossier médical

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Il contient l'identification du patient et de la personne de confiance désignée ainsi que la personne à prévenir ainsi que :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison
- Les motifs d'hospitalisation
- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 102 sur 146

- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie
- Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 du CSP
- Le dossier d'anesthésie
- Le compte rendu opératoire ou d'accouchement
- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires
- Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé
- Les correspondances échangées entre professionnels de santé
- Les directives anticipées ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice

Le dossier médical contient également les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- La lettre de liaison remise à la sortie
- La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie
- Les modalités de sortie (domicile, autres structures)
- La fiche de liaison infirmière

Le dossier médical comprend les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers : ces informations ne sont pas communicables.

Chaque pièce du dossier doit être datée et comporter l'identité du patient ainsi que l'identité du professionnel de santé ayant recueilli ou produit les informations.

Le dossier médical d'un mineur doit comporter l'identité de la personne exerçant l'autorité parentale et, plus particulièrement, le droit de garde. Dans tous les cas, cette personne doit être, dans les meilleurs délais, tenue informée de l'admission.

Conservation des dossiers médicaux :

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

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical au malade.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 103 sur 146

Article 171 : Désignation de la personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

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

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

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

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

La personne de confiance peut être distincte de la personne à prévenir dans la mesure où elle est choisie par un patient majeur selon des critères spécifiques.

La désignation d'une personne de confiance est facultative, la personne désignée peut refuser ce rôle, elle ne dispose d'un droit d'accès direct au dossier médical du patient.

Article 172 : Information des familles des patients ou blessés hospitalisés en urgence

Toutes les mesures possibles sont mobilisées pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévue par l'établissement de santé.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence d'information envers les familles s'impose à tous les personnels.

En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux précisions apportées par le règlement intérieur.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 104 sur 146

Article 173 : Refus de soins

Refus de soins sans urgence médicale

Après information du patient sur sa prise en charge (prévention, diagnostic, soins), le patient peut refuser l'intervention ou les soins proposés, ce dernier est dûment averti des conséquences de son refus. Une proposition d'alternative aux soins doit être proposée au patient, dans la mesure du possible.

La sortie du patient, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins, est prononcée par le directeur.

Cette sortie est prononcée après la signature par le patient d'un document constatant son refus de soins. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal est rédigé, il est contresigné par l'accompagnateur ou à défaut, par un témoin qui atteste de bonne foi la qualité des explications du personnel soignant, ce témoin peut être un agent de l'établissement.

Refus de soins avec urgence médicale :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable.

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.

L'ensemble de la procédure est inscrite 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.

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

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

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 105 sur 146

Article 174 : Responsabilité des objets déposés et dépôt

Responsabilité :

Les établissements de santé sont responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées.

Cette disposition s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée à l'hôpital, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins urgents et qui se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt.

L'hôpital n'est pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés ou non retirés, sauf si une faute est établie à l'encontre de l'établissement ou du personnel. La responsabilité est écartée lorsque la perte ou la détérioration résulte d'un vice de la chose. Il en est de même lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soin.

Dépôt :

Dès sa préadmission à l'hôpital et au plus tard lors de son admission, le malade ou ses représentants légaux sont informés oralement et par une note écrite du régime de responsabilité de l'établissement public en cas de perte, vol, détérioration d'un objet appartenant au patient, selon qu'il ait été déposé ou non. La note indique le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés. Le malade certifie avoir reçu l'information, un accusé de réception de ces informations est versé au dossier administratif du patient.

Le patient est invité à n'apporter que les objets strictement nécessaires à son hospitalisation. Il est informé qu'au moment de son hospitalisation il peut déposer ses valeurs, moyens de paiements et bijoux auprès du régisseur de l'établissement, il lui est recommandé de ne disposer auprès de lui que d'objets de faible valeur.

Il est remis au malade un reçu, inventaire des objets déposés entre les mains du régisseur et des objets. Un second exemplaire de ce reçu est versé dans le dossier administratif du malade.

Inventaire à l'admission en urgence :

Dans le cas où le malade est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service, hôpital ou unité d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis soigné sans délai par un agent de l'établissement habilité à le faire et par l'accompagnement, ou à défaut par un témoin qui peut être un agent de l'hôpital.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient. Tous les objets détenus par le patient sont remis à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre de dépôts.

Dès que son état le permet, le malade reçoit le reçu des objets mis en dépôt, une note d'information lui est remise ayant pour objectif de :

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 106 sur 146

- Lui donner connaissance des dispositions relatives au régime des objets déposés
- L'informer de la liste des objets qu'il est autorisé à conserver sous la responsabilité de l'établissement
- L'informer des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés

Le patient est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non nécessaires à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile. Les objets conservés seront soumis aux règles de dépôt d'argent et objets de valeurs prévus ci-dessus.

Réclamation et voies de recours :

Indépendamment de la faculté de répondre au questionnaire de sortie, le patient ; ses représentants légaux ou ses ayants droits peuvent faire part directement au directeur de leurs observations et réclamations. Le directeur est tenu de leur apporter les explications sollicitées.

Le directeur accuse réception les demandes et réclamations présentées par écrit. Il donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer exclusivement par voie orale de voir sa demande ou réclamation prise en compte en vue d'obtenir réparation. Le directeur est tenu de faire connaître au demandeur les voies de recours ouvertes.

Prévention des vols :

Quelques précautions d'usage sont à rappeler :

- Fermez votre voiture et les bureaux à clef
- Ne laissez pas d'argent ou d'objet de valeur dans votre vestiaire
- Ne laissez pas d'affaires personnelles de valeur en évidence sur votre bureau

Le Centre Hospitalier d'Arcachon n'est pas responsable des vols ou dégradations de vos biens.

Article 175 : Principe de libre choix du patient

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge. Un établissement ne peut faire obstacle à ce libre choix que s'il n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge appropriée à l'état du demandeur ou s'il ne dispose pas de la place disponible pour le recevoir.

Toute personne peut également choisir son praticien sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas.

Dans tous les cas, le choix de la personne concernant l'établissement et/ou le praticien doit se concilier avec certaines contraintes liées à l'urgence, l'organisation du service ou la délivrance des soins. Il faut rappeler que les conditions de remboursement dont bénéficie la personne peuvent varier selon l'établissement ou le praticien choisi.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 107 sur 146

Article 176 : Consultation et activité libérales

Consultation externe :

Le centre hospitalier d'Arcachon dispose de service de consultation et de soins pour les patients externes, la liste et la localisation de ces services sont indiquées à l'entrée de l'établissement.

Le directeur établit et tient à jour, en accord avec les chefs de service et les responsables des structures concernées, un tableau précisant le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures de consultation.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein de l'établissement veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants.

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

Organisation de l'activité libérale :

Dès lors que l'intérêt du service hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'établissement une activité libérale.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes de soins et médicotechnique et des soins en hospitalisation. Elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique conformément au CSP (Article L6154-2)

Elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

- Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public
- Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens
- Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation médicotechnique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale. Aucun patient ne peut être transféré dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers, s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le directeur sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit et après avis du chef de service.

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 108 sur 146

Ce contrat, d'une durée de cinq ans, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'agence régionale de santé avec son avis ainsi que ceux du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement. Le directeur général de l'agence régionale de santé approuve ce contrat. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Article 177 : Commission d'activité libérale

Composition :

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 les stipulations des contrats de praticiens.

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'ARS, elle 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 commission médicale d'établissement
- Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement
- Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Le président de la CME, qu'il exerce ou non une activité libérale, et les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'établissement ne peuvent être élus président de la commission.

En vue de préparer les séances et d'assurer le suivi des décisions, la commission désigne en son sein un bureau permanent composé de trois membres, dont son président, dès que 6 % des praticiens ayant le droit statutaire d'exercer une activité libérale exercent une activité libérale dans l'établissement.

Missions :

La commission peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou être saisie par le directeur général de l'ARS, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du Conseil de surveillance, le président de la CME et le

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 109 sur 146

directeur d'établissement. Un praticien peut également la saisir de toute question relative à son activité libérale.

La commission peut soumettre à toutes ces autorités toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.

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

Fonctionnement :

Sous réserve du respect du secret médical, cette commission a accès à toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale, en vue d'exercer les prérogatives mentionnées ci-dessus.

Le directeur de l'établissement public de santé ou les présidents des commissions locales de l'activité libérale portent à la connaissance du directeur général de l'ARS tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements ou des stipulations du contrat qu'il a conclu.

Lorsqu'un praticien méconnaît ces obligations, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'ARS, après avis de la commission régionale d'activité libérale (L. 6154-5-1 du CSP).

La durée de la suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale ne peut excéder deux ans. La décision de suspension ou de retrait est notifiée par le directeur général de l'ARS au praticien concerné ainsi qu'au directeur de l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Lorsque la commission est consultée par le directeur général de l'ARS sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien, son président désigne, parmi les membres de la commission, un rapporteur chargé d'instruire le dossier.

Le praticien peut prendre connaissance des pièces de son dossier trente jours au moins avant la réunion de la commission. Il peut demander à être entendu par celle-ci ou présenter des observations écrites et se faire assister par ou plusieurs défenseurs.

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La CME ou, le cas échéant, la CME locale lui désigne un remplaçant pour la durée de la procédure.

La commission arrête sa proposition ou son avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les avis et propositions de la commission sont motivés.

Lorsqu'elle a été saisie par le directeur général de l'ARS, la commission rend son avis au plus tard deux mois après cette saisine. Passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 110 sur 146

§2 : Dispositions spécifiques

Article 178 : Les femmes enceintes

Admission en maternité :

Si des lits sont disponibles dans le service maternité, le directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- D'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement
- D'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement

En l'absence de lit disponible au sein de l'hôpital, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

Secret de la grossesse ou de la naissance :

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention. Le directeur informe de cette admission le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé est informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.

Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que dans les conditions prévues à l'article L. 147-6 du code de l'action sociale et de familles.

Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance. Les prénoms donnés à l'enfant et, le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, ainsi que le sexe de l'enfant et la date, le lieu et l'heure de sa naissance sont mentionnés à l'extérieur de ce pli. Ces formalités sont accomplies par les personnes (visées à l'article L. 223-7) avisées sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé. A défaut, elles sont accomplies sous la responsabilité de ce directeur.

Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission dans un établissement public, à ce que le secret de leur identité soit préservé, sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département siège de l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 111 sur 146

Les frais d'hébergement et d'accouchement dans un établissement public des femmes qui, sans demander le secret de leur identité, confient leur enfant en vue d'adoption sont également pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département, siège de l'établissement.

Admission des femmes désirant obtenir une interruption volontaire de grossesse (IVG) :

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

Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

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

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

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix. Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme. Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou la sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et un tel établissement.

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

Le médecin ou la sage-femme doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse. Les ARS assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins et aux sages-femmes.

Il est systématiquement proposé, avant et après l'IVG, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 112 sur 146

agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

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

Le CSP réprime le délit d'entrave à l'IVG en instituant des sanctions pénales à l'encontre de tout manifestant qui empêche ou tente d'empêcher l'IVG ou les actes qui lui sont préalables :

- Perturbation par n'importe quel moyen tel que l'accès à l'hôpital, la libre circulation des personnes au sein de l'établissement, les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux
- En exerçant des pressions physiques, verbales, morales ou psychologiques, tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels, des femmes venues obtenir un IVG ou de leur entourage

Lorsque cette infraction est commise, le directeur de l'établissement est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave.

Déclaration de naissance :

La déclaration de la naissance d'un enfant au sein de l'hôpital est effectuée par l'agent de l'hôpital chargé de l'état civil, suivant les dispositions du code civil.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur de l'établissement ou un directeur adjoint sur les indications données par la mère de l'enfant. Un exemplaire de ce document est porté par un agent de l'établissement à la mairie. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique des naissances tenu par l'établissement.

Article 179 : Militaires et victimes de guerre

Admission des militaires :

Les militaires de carrière et les appelés du contingent, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein de l'établissement, sauf en cas d'urgence et pour une durée limitée à 48 heures, ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

Admission des militaires en urgence

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'écart réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires 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 ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

Hospitalisation des militaires :

En cas d'hospitalisation :

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 113 sur 146

- Les frais de séjour des appelés du contingent, y compris le forfait journalier, sont pris en charge par le ministre chargé de la défense nationale. Leur admission doit être signalée aux autorités militaires
- Les frais de séjour des militaires de carrière sont pris en charge par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale

Admission des bénéficiaires de l'article L115 du code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre :

L'Etat doit gratuitement aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du présent code les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension.

Ces derniers sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'hôpital pendant la durée de leur hospitalisation.

Article 180 : Les détenus et personnes gardées à vue

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que les patients relevant du droit commun.

Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

L'admission des détenus malades ou blessés est prononcée dans les mêmes conditions que les patients relevant du droit commun.

Ces malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé, en raison de leur état de santé ou s'ils sont prévenus, sont admis, sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet, dans le service spécialement aménagé ou dans une chambre ou local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service public hospitalier ou pour les autres patients.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation susvisée.

La surveillance et la garde des détenus incombent exclusivement aux services de police ou de gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de la police. Si l'établissement dispose d'un service de sécurité, il ne doit pas être amené à y participer. Tout incident grave doit être porté par le chef de l'établissement à la connaissance du préfet et du procureur de la République, en même temps qu'à celle du directeur interrégional des services pénitentiaires et du ministre de la justice.

Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 114 sur 146

Article 181 : Les mineurs et majeurs protégés

Admission des patients mineurs :

L'admission d'un mineur ne peut pas être prononcée, sauf cas d'urgence, sans l'autorisation des père et mère, du tuteur ou de l'autorité judiciaire.

Toutefois, l'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou du gardien du mineur.

Le directeur ou son représentant, à la demande des médecins peut autoriser le père ou la mère de famille à rester toute la journée et à coucher auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions de l'hospitalisation le permettent. Des chambres parents enfants sont notamment mises à disposition des usagers au sein du service pédiatrie.

Admission des patients mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance :

L'admission d'un mineur relevant de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être contactés en temps utile, le service d'aide à l'enfance demande l'admission.

Lorsque le patient mineure relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur de l'hôpital adresse sous plis cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin chef de service ou de département indiquant le diagnostic et la durée probatoire de l'hospitalisation.

Consultations pour les mineurs non accompagnés :

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par ses parents ou son tuteur légal.

Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur les mineurs ou majeurs protégés :

Si, lors de l'admission d'un mineur ou d'un majeur protégé une intervention médicale ou chirurgicale est requise les représentants légaux devront donner une autorisation écrite dans un bref délai. S'ils ne sont pas en mesure de fournir cette autorisation écrite dans un bref délai alors ils devront dès l'admission du mineur ou majeur protégé, signer une autorisation, d'opérer et de pratiquer les actes médicaux et chirurgicaux nécessaires.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 115 sur 146

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre le représentant légal du patient mineur ou majeur protégé, le consentement de l'intéressé devra être recherché et pris en compte en fonction du caractère libre et éclairé de l'avis recueilli.

En cas de refus de signer l'autorisation ou si le consentement du représentant légal ne peut être recueilli, aucune intervention médicale ou chirurgicale, hors urgence ou conséquences graves pour la santé, ne pourra être effectuée.

Garde et protection des mineurs :

Lorsqu'un mineur est confié à l'établissement public de santé pour disposer d'examen médicaux ou de soins, l'établissement est investi du droit de garde de l'enfant et en particulier du devoir de surveillance adapté à l'état de santé du mineur. Il est tenu de prendre en charge les besoins de l'enfant, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées lorsqu'elles s'imposent.

Gestion des biens des majeurs incapables :

Les biens des majeurs incapables hospitalisés sont administrés conformément au code civil (article 489 et suivants) et aux décrets 69-195 et 69-196 du 15 février 1969.

Article 182 : Les patients étrangers et les patients amenés par la police

Les étrangers sont admis dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

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

Hors cas d'urgence, l'admission d'un malade étranger est subordonnée à la délivrance d'un justificatif de prise en charge. S'ils ne peuvent fournir ce justificatif, ils doivent verser une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne et affiliés à un régime de sécurité sociale bénéficient des mêmes droits que les assurés français.

Patients amenés par la police :

Lorsque le patient est amené par les autorités de police et que son état nécessite une hospitalisation il incombe à l'établissement de faire connaître aux autorités concernées que le patient est admis de prévenir sa famille, sauf avis contraire desdites autorités/

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'établissement est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie valablement. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus par la personne concernée est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent à l'hôpital, en dehors de toute réquisition, un individu en état d'ivresse apparent, ce dernier doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être relisée aux services de police ou

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 116 sur 146

de gendarmerie l'ayant amenée à l'hôpital. Une attestation signée du médecin ayant examiné le patient indique que l'admission n'est pas nécessaire, cette attestation sera remise aux services de police ou de gendarmerie.

Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable applique la procédure prévue dans le règlement intérieur sur le refus de soin.

Article 183 : Maladies à déclaration obligatoire

Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés, dans les conditions définies aux articles R. 3113-2 et suivants du CSP :

- Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale
- Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

Chapitre 2 : Conditions de séjour

Article 184 : Accueil des patients

L'établissement public de soins a pour mission et devoir d'accueillir en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins, sans discrimination et dans le respect du principe d'égalité. Son accès est adapté aux personnes porteuses de handicap physique, mental ou sensoriel.

Le personnel de l'établissement est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il délivre aux patients et aux accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social ou d'interprètes, tous les renseignements utiles à leur prise en charge et utiles à la mise en œuvre de leurs droits.

Article 185 : Livret d'accueil

Il est remis à tous les patients admis au sein de l'hôpital un livret d'accueil, conforme au modèle arrêté par le ministère de la santé, qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour, les droits et devoirs des patients et l'organisation de l'établissement. La Charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret, ainsi qu'un questionnaire où le patient peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions : il peut le déposer à sa sortie.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des usagers (maison des usagers mentionnée).

Le site internet de l'établissement permet également d'accéder aux informations et renseignements utiles aux patients et à leur famille. Ce site ne peut être à l'origine de la constitution de fichier nominatif de patient, ni de toute personne consultant le site.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 117 sur 146

Article 186 : Traitement informatisé des données relatives aux patients

A l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein de l'établissement, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif et médical, sont recueillies par le personnel. Pour la majorité, elles font l'objet d'un traitement informatisé mis en œuvre dans les différents services.

L'établissement de santé est soumis à plusieurs obligations en ce qui concerne les modalités de mise en œuvre de ses traitements de données de santé. De façon générale, l'établissement de santé doit respecter les principes de protection des données de santé (finalité, pertinence et proportionnalité, conservation limitée, sécurité et confidentialité et respect des droits des personnes). Le centre hospitalier d'Arcachon dispose d'un délégué à la protection des données.

L'agrément nécessaire à l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel sur support informatique est délivré par le ministre chargé de la santé, qui se prononce après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et d'un comité d'agrément placé auprès de lui.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 ainsi qu'au règlement général sur la protection des données n° 2016/679, un droit d'accès et de rectification est prévu au profit du patient, pour des informations nominatives le concernant.

Déclaration des incidents graves de sécurité des systèmes d'information :

La déclaration des incidents graves de sécurité des systèmes d'information, sans préjudice des autres déclarations obligatoires, est effectuée sans délai par le directeur de l'établissement de santé, de l'organisme ou du service exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, ou la personne déléguée à cet effet, auprès du directeur général de l'agence régionale de santé. L'agence régionale de santé est responsable de la qualification des incidents signalés.

Article 187 : Partage des données de santé

L'établissement garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières).

Le consentement de la personne est requis pour partager les informations à caractère médicale les concernant.

Toutefois, les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge. Ce partage des informations médicales se déroule conformément aux articles R1110-1 et suivants ainsi qu'aux articles D1110-3-1 et suivants du CSP.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 118 sur 146

Article 188 : Information du patient, de sa famille et de ses proches

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Le patient est également informé de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'il relève de soins palliatifs, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge.

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

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

Une information peut être délivrée à la famille ou aux proches du patient si ce dernier ne s'y oppose pas. Les indications d'ordre médical ne peuvent être délivrées que par un médecin conformément au code de déontologie médicale. Les renseignements courant sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés.

Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

Modalités de dispensation de l'information :

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

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

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

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

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

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 119 sur 146

nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Article 189 : Consentement aux actes médicaux

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.

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

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. Dans ce cas, il faut se référer au refus de soin explicite dans le règlement intérieur.

Article 190 : Droits et obligations des patients et de leurs familles et proches

Le fonctionnement d'un établissement de santé doit assurer la qualité et la sécurité des soins et des personnes ainsi que la tranquillité pour les patients et personnels. Le fonctionnement et l'organisation de l'activité hospitalière doit respecter les principes du service public assurant la continuité, l'égalité, l'adaptabilité et la neutralité.

Ainsi, les patients, leur famille et leurs proches doivent veiller à ne pas gêner le bon fonctionnement du service et des autres usagers par leurs propos et leurs comportements.

Au cours de leur hospitalisation ils doivent observer une hygiène corporelle stricte, ils sont tenus de se vêtir de façon décente lors de leurs déplacements dans l'enceinte de l'établissement.

Les patients, leur famille et leurs proches doivent respecter les locaux et le matériel de l'établissement mis à leur disposition, des dégradations sciemment commises pourront entraîner l'exclusion du malade pour motif disciplinaire, des poursuites judiciaires pourront être engagées.

Prise en charge de la douleur :

Toute personne peut faire valoir sa douleur qui doit être prise en compte, évaluée et soulagée. Le centre hospitalier et ses personnels sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour la prendre en charge.

Respect de la dignité, de la vie privée et de l'intimité du patient :

La personne malade a droit au respect de sa dignité, de sa vie privée et son intimité. Cependant, il sera impératif de concilier la mise en œuvre de ces droits avec les nécessités de

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 120 sur 146

sécurité et d'organisation des soins, de bon fonctionnement de l'activité hospitalière, de respect de la tranquillité et des lieux privatifs ainsi que des autres usagers.

Le personnel est tenu au secret professionnel. Le secret médical, institué pour protéger la personne malade, s'impose au médecin. Dans ces conditions, le médecin ne doit divulguer aucune information médicale à une autre personne qu'à la personne malade. Toutefois, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, et sauf opposition de la personne malade, la famille et les proches reçoivent les informations leur permettant de soutenir directement la personne malade et doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables.

Par ailleurs, en cas de décès, et sauf opposition exprimée antérieurement par la personne elle-même, le secret médical ne fait pas obstacle à la divulgation des informations aux ayants droit lorsqu'elles sont nécessaires à la connaissance des causes de la mort, à la défense de la mémoire du défunt ou pour faire valoir leurs droits.

Liberté d'opinion et exercice du culte :

L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...).

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

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

Liberté d'expression :

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil à chaque patient, une personne hospitalisée peut faire part de ses observations directement au représentant légal de l'établissement de santé.

Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes malades et de leurs proches. Cette commission veille notamment à ce que les personnes puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement.

La liste des membres de la commission ainsi que les conditions dans lesquelles elle examine les plaintes et réclamations sont précisées dans le livret d'accueil.

Une personne hospitalisée (ou ses représentants légaux, ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, dans le ressort de laquelle se situe l'établissement de santé concerné. Les coordonnées de la commission compétente sont mentionnées dans le livret d'accueil. Les modalités de saisine de

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 121 sur 146

cette commission sont précisées dans la Charte de la personne hospitalisée, un recours juridictionnel est également possible simultanément ou suite au rejet de la demande ou de l'offre.

Liberté d'aller et venir :

Les patients conservent leur liberté d'aller et venir, cependant elle doit être conciliée avec les impératifs de sécurité et d'organisation des soins, de respect de la tranquillité et des lieux privatifs ainsi que des autres usagers, de l'état de santé du patient et des recommandations éventuelles des personnels médicaux ou paramédicaux.

Toute restriction à la liberté d'aller et venir est justifiée, nécessaire et proportionnée à l'objectif visé, les patients, leur famille et leurs proches doivent s'y conformer.

Article 191 : Modalités d'exercice du droit de visite

Les patients peuvent recevoir des visites dans des conditions qui ne troublent pas le repos, la tranquillité ou le bon fonctionnement des services.

Le droit de visite peut être restreint :

- Pour des motifs liés à l'état du malade
- Pour les malades placés sous surveillance de la police ou de la gendarmerie
- Pour non-respect des règles régissant le bon fonctionnement de l'établissement

Horaires de visite :

Le directeur arrête les horaires et modalités des visites, en dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, par le directeur avec l'accord du chef de service ou du responsable de la structure.

Les visites ont lieu l'après-midi à partir de quatorze heures, jusqu'à vingt-et-une heure maximum : 14 heures – 21 heures. Selon certains services, ces heures de visites peuvent varier.

Recommandations aux visiteurs :

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos et la tranquillité des patients et usagers, ni gêner le bon fonctionnement des services. Ils peuvent être invités par le personnel à se retirer des chambres des malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur le patient.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter toute nuisance intempestive, ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer et toutes les règles de bon fonctionnement.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres, salles de bains des médicaments, sauf accord exprès du médecin et, dans tous les cas, des boissons alcooliques ou des produits toxiques ou illicites.

Une attention est portée, dans l'intérêt du patient, à ce que ne lui soit pas remis des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire ou sa pathologie.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 122 sur 146

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider de l'expulsion du visiteur.

Repas et accompagnants

Les accompagnants ou visiteurs ont la faculté de prendre un repas au restaurant de personnel moyennant paiement.

Article 192 : Règles applicables aux personnes extérieures

Associations bénévoles :

Les associations proposant, de façon bénévole, des activités au bénéfice des personnes malades au sein de l'établissement doivent préalablement à leur intervention, obtenir l'autorisation du directeur et lui fournir une liste nominative des personnes qui interviendront. Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

L'accès auprès des patients est subordonné à l'accord de ces derniers, ainsi qu'à l'assentiment des chefs de service ou responsable de structures.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Accès des professionnels de la presse et des médias :

L'accès des professionnels de la presse et des médias et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'établissement doivent préalablement faire l'objet d'une information et d'une autorisation du directeur.

L'accès de ces professionnels auprès des patients est subordonné au consentement libre et éclairé de ces derniers, dûment informé de l'action des professionnels des médias. Concernant les mineurs et les majeurs protégés, l'accord du représentant légal est nécessaire. Ce consentement doit être recueilli par écrit par le professionnel concerné.

Les captations d'images ou de vidéos des patients et usagers sont prises sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse ou des médias.

Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs :

L'accès à l'établissement des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf accord des patients et autorisation écrite délivrée par le directeur de l'établissement.

S'ils pénètrent dans les chambres et locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 123 sur 146

Article 193 : Services et prestations : courrier, télévision, téléphone, internet

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux malades au sein de l'établissement et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

Courrier :

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales. Une boîte aux lettres se situe dans le hall, avec une levée journalière du lundi au vendredi.

Téléphone :

Les hospitalisés qui utilisent le téléphone mis à leur disposition acquittent les taxes correspondantes. Ils peuvent recevoir les communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent le fonctionnement des services.

En raison des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux, les personnes en possession de téléphone mobile sont tenues de les éteindre dans les locaux de l'établissement.

Usage des téléviseurs :

Les appareils de télévision ne peuvent être introduits à l'hôpital. Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande lors de leur admission.

En aucun cas, les récepteurs radios, de télévision et autres appareils sonores ne doivent gêner le repos et la tranquillité des autres patients et usagers.

Animaux :

Les animaux sont interdits au sein de l'hôpital à l'exception des animaux domestiques accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité.

Interdiction des pourboires et donations :

Aucune somme d'argent, dons, legs, ne peut être versé aux personnels par les patients ou leur famille, à titre de gratification ou de cadeau.

Article 194 : Effets personnels

Les patients doivent prévoir pour leur séjour du linge personnel et un nécessaire de toilette.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 124 sur 146

Article 195 : Hospitalisation des enfants

Organisation de l'hospitalisation :

Le directeur organise, avec l'accord des médecins, chefs de services ou département concerné, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur hospitalisation.

La présence des parents, représentants légaux, gardiens de l'enfant :

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler la tranquillité des autres personnes malades, usagers et personnels.

Les parents doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

Information des titulaires de l'autorité parentale :

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder et, lorsque cet état le permet, doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge, de leur faculté de compréhension et leur degré de maturité, indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Consentement du mineur :

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

Les mineurs peuvent refuser leur hospitalisation, seule par personne exerçant l'autorité parentale peut signer le refus d'hospitalisation.

Visite :

Les frères et sœurs, amis sont admis, en nombre limité et sous l'autorité de l'équipe responsable, quel que soit leur âge et à des heures raisonnables de la journée. Ces visites doivent être conformes aux modalités exprimées précédemment dans le règlement intérieur.

Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation :

Des permissions de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation. Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, mère, gardien ou tuteur légal. La personne exerçant le droit de garde doit préciser à la direction de l'établissement si le mineur peut quitter seul l'hôpital ou être confié à une tierce personne expressément autorisée.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 125 sur 146

La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Suivi scolaire :

Dans la mesure où les conditions d'hospitalisation et l'état de santé du patient le permettent, les enfants en âge d'être scolarisés ont droit à un suivi scolaire au sein de l'établissement. Ce droit est apprécié par le directeur en relation avec les services de l'éducation nationale.

Article 196 : Accès aux informations de santé

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, par des professionnels de santé, par des établissements de santé 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.

Le patient en fait la demande auprès du représentant légal de l'établissement. En cas de refus exprès ou tacite de celui-ci, il peut solliciter l'avis de la commission d'accès aux documents administratifs

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

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

Sous réserve de l'opposition prévue aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit (héritiers au sens de l'article 734 du code civil et légataires à titre universel), du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les modalités exprimées précédemment dans le règlement intérieur.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 126 sur 146

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.

Article 197 : Directives anticipées

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

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

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

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

Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

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

Chapitre 3 : Sortie du patient

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 127 sur 146

Article 198 : Les différents modes de sortie

Autorisation de sortie :

Les malades peuvent, en fonction de leur état de santé et la durée de leur séjour, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont accordées sur avis favorable du médecin chef de service par le directeur. Les horaires de départ doivent être notés dans le service.

Lorsqu'un patient autorisé à sortir ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, ainsi il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Liberté du patient de sortir :

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les patients peuvent quitter à tout moment l'établissement, sur demande.

La sortie du malade est prononcée le jour où il quitte l'hôpital.

Sortie contre avis médical

Toutefois, si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, la sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues pour le refus de soins.

Le malade doit alors signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical en attestant de sa connaissance des risques éventuels encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins, ils attestent de bonne foi de la qualité des explications données par le médecin.

Sortie contre avis médical du mineur

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne exerçant le droit de garde est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction si le mineur peut quitter l'établissement ou s'il doit lui être confié à une tierce personne expressément autorisée.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire du droit de garde, ou du tiers expressément autorisé, des justifications sont exigées : pièce d'identité, extrait de jugement. La photocopie de ces justificatifs est conservée dans le dossier médical du patient.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 128 sur 146

Sortie à l'insu du service

Dans la situation où le patient quitte l'établissement sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver demeurent vaines, le directeur de l'établissement doit prévenir le commissariat de police s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale si la situation l'exige. Il doit également informer la famille ou le représentant légal du malade.

Sortie des nouveaux nés :

L'enfant quitte l'établissement en même temps que sa mère, sauf e cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés ou en cas de force majeure.

Sortie disciplinaire :

La sortie des patients peut, hors le cas où l'état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des malades dans un autre service ou un autre établissement.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient afin d'assurer la continuité des soins.

Article 199 : Les formalités de sortie

Compétence du directeur en matière de sortie :

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut à la gendarmerie.

Sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes les dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation, ou de soins de longue durée adaptée à son état de santé.

Modalités de la sortie :

Le directeur signe la formule d'exeat sur la fiche individuelle du patient. La sortie donne lieu à la remise 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 pathologie ayant justifié l'hospitalisation.

Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire peut être établie lors de la sortie, par un médecin.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 129 sur 146

A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

Les modalités de sortie sont consignées dans le dossier médical.

Questionnaire de sortie :

Tout malade reçoit un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration de l'hôpital ou sous pli cacheté et, s'il le désire, sous forme anonyme.

Transports sanitaires :

L'établissement tient à la disposition des hospitalisés une liste complète des entreprises de transport sanitaire terrestre du département.

Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport, les frais occasionnés pourront être à la charge du patient si aucune prescription médicale ne justifie le transport sanitaire.

Retrait des sommes et objets déposés :

Lors de sa sortie définitive de l'établissement, le déposant se voit remettre, à l'occasion des formalités de sa sortie, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés. En cas de décès, un document est remis aux ayants-droits les invitant à procéder au retrait des objets déposés.

Le retrait des objets par le patient ou toute autre personne mandatée par lui, s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est apposée sur le registre spécial tenu par le dépositaire, en marge de l'inscription du dépôt.

Sommes, biens déposés non réclamés :

La remise des sommes d'argent, titres et valeurs mobilières sont remis à la Caisse des dépôts et de conciliation contre délivrance d'un reçu à l'hôpital, lorsque les objets ne sont pas réclamés un an après la sortie ou le décès du détenteur initial. Mention de la remise est portée au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

La remise, au service des domaines, des autres biens mobiliers non réclamés est constatée par le procès-verbal établi par l'établissement. Une mention de la remise ou du refus est faite au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.

L'avis de la remise est adressé au déposant, à son représentant légal, à sa famille ou ses proches.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 130 sur 146

Objets abandonnés :

Tous les objets abandonnés par le patient à sa sortie sont déposés, comme s'il n'avait pas préalablement procédé à leur dépôt sauf instructions contraires de sa part. Le patient, sa famille ou ses proches en sont avisés

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 131 sur 146

Chapitre 4 : Relations entre les patients, médecins hospitaliers et médecins traitants

Section 1 : Relation entre le(s) médecin(s) hospitaliers et le médecin traitant

Article 200 : Information du médecin traitant

Information à l'admission du patient :

Dans l'intérêt de la continuité des soins, l'établissement et tenu d'informer par lettre le médecin traitant du malade de la date et de l'heure de son admission, ainsi que le service où le patient a été admis. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution et l'état de ce dernier.

Information en cours d'hospitalisation :

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation et dans l'intérêt de la continuité des soins, le médecin responsable du patient communique le plus rapidement possible au médecin désigné par le patient ou sa famille et qui en fait la demande écrite, toute information relative à l'état de santé.

Information à la sortie du malade :

A la fin de chaque séjour hospitalier, les pièces du dossier médical et autres pièces jugées nécessaires à la continuité des soins sont adressées, dans un délai de huit jours, au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Des doubles de ces documents sont établis et demeurent dans le dossier médical du patient.

Article 201 : Communication du dossier médical

Transfert d'un dossier médical :

En cas de transfert du patient dans un autre établissement, le dossier médical du malade est, si nécessaire, transmis au service concerné de cet établissement afin d'assurer la continuité des soins.

Communication du dossier médical :

En dehors des cas où la communication du dossier médical faite suite à une procédure judiciaire, la communication ne peut intervenir que la demande écrite du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants-droits en cas de décès, ou par l'intermédiaire d'un praticien désigné par eux.

La communication du dossier aux ayants-droits, en cas de décès, est autorisée si elle est nécessaire pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 132 sur 146

Après s'être assurée de l'identité du demandeur et de la qualité du praticien désigné, le destinataire de la demande doit autoriser la communication de toutes les informations significatives concernant l'état du patient ou du prédécédé.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la date de réception de la demande, avec toutefois, un délai de réflexion de quarante-huit heures à respecter.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout autre membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet.

La communication du dossier peut avoir lieu sur place ou à travers l'envoi de copies des documents. Les prestations de secrétariat, de copie et d'envoi donnent lieu à facturation.

Si le dispositif le permet, le demandeur peut consulter son dossier médical par voie électronique de tout ou partie des informations.

Opposition du mineur à la communication de son dossier médical :

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet dans les conditions de l'article L1111-5 du CSP, peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet.

Le médecin fait mention écrite de cette opposition.

Tout médecin saisi d'une demande présenté par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations pour lesquelles le mineur a demandé le secret doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations. Si le mineur maintient son refus, la demande ne peut être satisfaite.

Délai de conservation :

La durée de conservation du dossier médical est de 20 ans. Ce délai commence à courir à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient dans l'établissement.

Ce délai de conservation ne s'applique pas pour le dossier médical partagé. Ce dernier est conservé pendant une durée de 10 années à compter de sa clôture.

D'autres délais sont applicables dans les cas suivants :

- Pour un mineur de moins de 8 ans, le dossier médical est conservé jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 28 ans
- Si le patient décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de 10 ans à compter de la date du décès
- La mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel sont conservées pendant 30 ans à partir de la date de l'acte transfusionnel

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 133 sur 146

Section 2 : Droits des patients

Article 202 : Choix de l'établissement et accès

Toute personne est libre de choisir l'établissement qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. L'établissement assure l'accueil et l'accompagnement de l'entourage.

L'hôpital doit être accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Une PASS existe au sein du Centre Hospitalier d'Arcachon. L'établissement doit être adapté aux personnes handicapées.

L'établissement doit garantir la qualité de l'accueil, des traitements et des soins, être attentif au soulagement de la douleur et assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de la vie.

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement, après avoir été informée des risques éventuels.

En cas d'hospitalisation à domicile ou de nécessité pour le service de faire intervenir des prestataires, le patient a le libre choix du prestataire. Toutefois, si le patient ne sait pas vers quel prestataire se diriger et demande conseil à l'établissement, ce dernier lui proposera une liste de prestataires agréés.

Les prestataires agréés sont des prestataires qui répondent aux conditions de la Charte de PSAD (prestataires de santé à domicile). Cette Charte est consultable sur le site du Centre Hospitalier d'Arcachon.

Article 203 : Droit à l'information

Le patient a droit à une information sur son état de santé et sa prise en charge.

L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Il doit avoir un accès direct aux informations sur sa santé. Il peut ainsi participer aux choix thérapeutiques qui le concernent et se faire assister par une personne de son choix, notamment la personne de confiance.

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement et d'exprimer ses souhaits concernant sa fin de vie. Afin de garantir l'expression de la volonté du malade, deux dispositifs sont prévus : la désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées.

Le participant à une recherche biomédicale doit être informé sur les bénéfices attendus de cette recherche et les risques prévisibles.

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant.

Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 134 sur 146

Article 204 : Consentement libre et éclairé

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son consentement préalable. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

Un consentement spécifique est prévu pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des produits du corps humain et pour les actes de dépistages. Son accord doit être écrit et son refus est sans conséquence sur la qualité des soins qu'il reçoit.

Le patient a droit de refuser les soins proposés, dans ce cas il faut se référer au « refus de soin » du présent règlement intérieur.

Article 205 : Qualité des soins

Les établissements de santé doivent :

- Garantir la qualité de l'accueil, la qualité et la sécurité des traitements et des soins
- Etre attentifs au soulagement de la douleur
- Assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de la vie.

Article 206 : Expression du patient

Le patient peut exprimer ses observations sur les soins et l'accueil qu'il a reçus et a le droit d'être entendu par un responsable de l'établissement. Il peut également demander réparation des préjudices qu'il estime avoir subis, de façon amiable ou devant les tribunaux.

Article 207 : Respect de la personne et confidentialité

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances (religieuses, philosophiques ou politiques) sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

Tout patient hospitalisé a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui le concernent.

Ainsi, une politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance est menée au sein de l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 135 sur 146

Article 208 : Participation des usagers

Les usagers leurs représentants et les associations peuvent s'impliquer dans la politique d'amélioration de l'établissement. Une Maison des usagers est établie dans l'établissement, la CDU a pour mission d'assurer les droits des patients dans l'établissement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 136 sur 146

Chapitre 6 : Mesures à prendre en cas de décès

Article 209 : Le décès

Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches doivent être prévenus sans délai par un agent de l'établissement dûment habilité et par tous les moyens appropriés, de l'aggravation de son état.

Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou la famille en expriment le souhait, sous réserve de l'accord du directeur.

Lorsque le malade est en fin de vie, il est transporté avec toute la discrétion souhaitable dans une chambre individuelle. La famille et les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation le permettent.

Constat du décès :

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du code civil, par un médecin de l'établissement. Les décès sont inscrits sur un registre spécial.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :

- Une fiche d'identification destinée à l'hôpital comportant la date et l'heure du décès, la signataire et la qualité du signataire ainsi que la mention « le décès paraît réel et constant »
- Un certificat de décès conforme aux dispositions réglementaires, il est transmis à la mairie dans les vingt-quatre heures

Notification du décès :

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

Le décès est confirmé par tout moyen, la notification du décès est faite pour :

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

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 137 sur 146

Registre des décès et personnes déclarées sans vie :

Les établissements de santé tiennent un registre mentionnant les informations permettant le suivi du corps des personnes décédées et des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil, depuis le constat du décès des personnes ou de la date de l'accouchement des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil et jusqu'au départ des corps de l'établissement.

Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre de la culture et de la communication fixe les informations qui figurent obligatoirement dans ce registre, et notamment les modalités de son actualisation, les informations qu'il contient et leur durée de conservation.

Annonce du décès :

La constatation effectuée, la famille ou les proches du malade sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens.

Indices de mort violente ou suspecte :

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur prévenu par le médecin chef de service doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire conformément à l'article 81 du code civil.

Déclaration des enfants nés sans vie :

La déclaration de l'enfant né sans vie est établie dans les conditions prévues à l'article 79-1 du code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

Les recommandations à suivre figurent dans la circulaire DHOS/E 4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance

Article 210 : L'après décès

Toilette mortuaire et inventaire après décès :

Une fois le décès constaté par tout moyen, le personnel infirmier ou l'aide-soignante du service :

- Procède à la toilette et à l'habillage du patient décédé avec toutes les précautions convenables
- Dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux et sommes d'argent, papiers etc... que le patient possédait : cet inventaire est rédigé en présence d'un témoin, une copie est conservée au dossier et l'original confié aux proches désignés par le défunt
- Rédige un bulletin d'identité du corps
- Appose sur le corps un bracelet d'identification

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 138 sur 146

Objets abandonnés ou déposés par le défunt :

L'inventaire des objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes, dont un cadre infirmier ou une infirmière, il est inscrit dans un registre spécial, tenu dans chaque service.

Les objets sont remis au régisseur qui les remettra aux héritiers et proches désignés par le défunt, aucun de ces objets ne peut être remis à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque les mesures sanitaires y obligent, les effets et objets du défunt sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les proches ou ayants-droits, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets.

Le non-respect de ces règles engage la responsabilité de l'agent et de l'établissement.

Dépôt des corps à la chambre mortuaire :

Après réalisation de l'inventaire des biens du défunt, le corps est déposé, avant tout transfert, dans la chambre mortuaire de l'établissement. Ainsi, il ne peut être transféré hors de l'établissement que dans les conditions prévues par la loi.

Avant toute présentation, les agents de l'établissement et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire, prennent en compte, dans la mesure du possible, après s'être enquis auprès des familles de leurs souhaits et de ceux du défunt s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le séjour du corps en chambre mortuaire est gratuit les trois premiers jours, à partir de la dernière journée d'hospitalisation facturée. Le tarif en vigueur pour les jours suivants est arrêté par le directeur de l'établissement et affiché dans les locaux du service mortuaire.

Transport sans mise en bière en chambre funéraire :

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu de décès doit intervenir dans le délai de quarante-huit heures à la compter du décès.

Le transport et l'admission ont lieu sur demande écrite d'une personne ayant la qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile.

Le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur la production d'un certificat médical établi par le chef de service ou son représentant, et constatant que le défunt n'était pas atteint de l'une des maladies dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé.

Le transfert du corps doit être effectué par une entreprise ou une association agréée par le préfet du département, assurant le service des pompes funèbres, après une déclaration écrite préalable au maire de la commune du lieu de dépôt du corps. Si la mairie est fermée, ces formalités sont accomplies dès sa réouverture.

La déclaration préalable indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 139 sur 146

Lorsque le corps est transporté avant mise en bière hors de la commune du lieu de décès ou de dépôt, une copie de la déclaration de transport est immédiatement adressée, par tout moyen, au maire de la commune où le corps est transporté.

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

Ce transport doit intervenir dans le délai de quarante-huit heures à compter du décès, par des transports agréés à cet effet.

L'autorisation est subordonnée :

- A la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- A la reconnaissance du corps par ladite personne
- A l'accord écrit du directeur de l'établissement de santé
- A l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès

Le médecin chef du service où a eu lieu le décès peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- Le décès soulève un problème médico-légal
- L'état du corps ne permet pas un tel transport
- Le défunt était atteint d'une maladie contagieuse dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé

Le médecin avertit alors sans délai et par écrit la famille et le directeur de son opposition. Sauf dérogation dûment justifiée, ce départ a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire de l'hôpital.

Mise en bière et transport après mise en bière :

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du malade décédé est mis en bière.

Si le malade décédé était porteur d'un dispositif médical implantable actif tel qu'un peace-maker ou défibrillateur interne, un médecin doit intervenir pour procéder à sa récupération.

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu de décès. Cette autorisation est délivrée sur production d'un certificat de médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et attestant que celui-ci ne soulève pas de difficultés médico-légales.

Après l'accomplissement de ces formalités et de celle des articles 78 et suivants des codes civil relatifs à la déclaration de décès et le permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transfert du corps après mise en bière doit être autorisé par l'autorité administrative compétente.

Corps non réclamés :

En cas de non-réclamation du corps dans le délai de dix jours mentionné à l'article R. 1112-75 du CSP, l'établissement dispose de deux jours francs :

- Pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci ; en l'absence de ressources suffisantes, il est fait application

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 140 sur 146

des dispositions relatives aux indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue, en accord avec l'autorité militaire compétente

- Pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais mentionnés sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

Libre choix des opérateurs funéraires :

Le choix des opérateurs funéraires est libre, en aucun cas l'établissement ou son personnel ne peuvent choisir pour les familles, ni faire pression sur leurs choix.

Article 211 : Dons d'organes

Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité, conformément aux bonnes pratiques arrêtées par le ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence de la biomédecine.

Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est révocable à tout moment.

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

Article 212 : Dons de tissus et de cellules hématopoïétique

Le prélèvement de tissus ou de cellules ou la collecte de produits du corps humain sur une personne vivante en vue de don ne peut être opéré que dans un but thérapeutique ou scientifique ou de réalisation ou de contrôle des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ou de contrôle de qualité des examens de biologie médicale ou dans le cadre des expertises et des contrôles techniques réalisés sur les tissus ou sur les cellules ou sur les produits du corps humain par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Seuls peuvent être prélevés en vue de don à des fins thérapeutiques les tissus figurant sur une liste prévue à cet effet, à l'exception des tissus prélevés dans le cadre d'une recherche impliquant la personne humaine.

Le prélèvement de tissus ou de cellules autres que les cellules hématopoïétiques ne peut avoir lieu qu'à la condition que le donneur, dûment informé de l'objet du prélèvement ou de la collecte et de leurs conséquences et des risques qui y sont attachés, ait donné son consentement par écrit. Ce consentement est révocable sans forme et à tout moment.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 141 sur 146

Toutefois, les conditions d'expression du consentement et d'obtention d'une autorisation prévues pour le don d'organes s'appliquent, lorsque la nature du prélèvement et ses conséquences pour le donneur le justifient.

Le prélèvement, en vue de don à des fins thérapeutiques, de cellules hématopoïétiques recueillies par prélèvement dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique ne peut avoir lieu qu'à la condition que le donneur, préalablement informé des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement, ait exprimé son consentement devant le président du tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui, qui s'assure au préalable que le consentement est libre et éclairé. En cas d'urgence vitale, le consentement est recueilli, par tout moyen, par le procureur de la République. Le consentement est révocable sans forme et à tout moment.

Le prélèvement de cellules hématopoïétiques du sang de cordon et du sang placentaire ainsi que de cellules du cordon et du placenta ne peut être effectué qu'à des fins scientifiques ou thérapeutiques, en vue d'un don anonyme et gratuit, et à la condition que la femme, durant sa grossesse, ait donné son consentement par écrit au prélèvement et à l'utilisation de ces cellules, après avoir reçu une information sur les finalités de cette utilisation. Ce consentement est révocable sans forme et à tout moment tant que le prélèvement n'est pas intervenu. Par dérogation, le don peut être dédié à l'enfant né ou aux frères ou sœurs de cet enfant en cas de nécessité thérapeutique avérée et dûment justifiée lors du prélèvement.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 142 sur 146

Chapitre 5 : Le personnel hospitalier

Article 213 : Principes fondamentaux liés au respect du patient

Demande d'information :

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information, des usagers dans le respect des règles légales, règlementaires et déontologiques.

Confidentialité et discrétion professionnelle :

L'ensemble des personnels de l'établissement est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes accueillies. Une obligation de discrétion professionnelle est également obligatoire pour tous.

Les personnels ne peuvent être déliés de leur obligation de discrétion professionnelle que par discrétion de l'autorité expresse dont ils dépendent ou par les cas expressément prévus par la réglementation en vigueur.

Article 124 : Secret professionnel

Le secret professionnel s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé, y compris aux bénévoles innervant dans l'établissement. Il couvre toutes les informations soumises à la connaissance des personnel dans l'exercice de leur activité, cela inclus ce qu'il leur a été confié, ce qu'ils ont vu ou entendu.

Déroptions légales au secret professionnel :

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par la loi et règlements :

- Lé déclaration de naissance
- Le certificat de décès
- La déclaration de certaines maladies contagieuse, liste arrêté par le ministre de la santé
- La déclaration de maladies vénériennes
- Le certificat d'accident du travail
- Le certificat de maladie professionnelle
- Le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation
- La déclaration visant au déplacement d'un majeur sous sauvegarde de justice
- La déclaration de l'état dangereux de personnes alcooliques
- Le certificat de santé dirigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge
- Le signalement de personnes vulnérables en situation de maltraitance conformément aux conditions législatives, règlementaires et déontologiques

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 143 sur 146

Déroptions facultatives :

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les cas suivants :

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives des sévices ou privations infligées à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger du fait de son âge, de son état physique ou psychique
- Pour porter à connaissance du procureur de la République, en accord avec la victime, des sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui présument des violences sexuelles de toute nature

En cas de non révélation d'actes de cette nature dont il a connaissance, le médecin doit prendre toutes les mesures nécessaires pour faire cesser la situation, à défaut la limiter et empêcher son renouvellement.

Les fonctionnaires en exercice dans l'établissement et les médecins chefs de service, responsables de structure en leur qualité d'autorité sont tenus de porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur fonction, conformément à l'article 40 du code de procédure pénale. Ils en tiennent informé le directeur.

Article 215 : Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience est un droit fondamental qui doit être rigoureusement respecté. Aucune propagande, pression, quel qu'en soit l'objet ne doit être exercée sur les patients, leurs familles et leurs proches, autres professionnels et usagers de l'établissement.

Article 216 : Respect de la dignité, de la vie privée et de l'intimité du patient

Le patient a droit au respect de sa dignité, de sa vie privée et de son intimité : ces droits doivent être préservés tout au long de la prise en charge du patient, notamment lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements etc...

Les patients doivent consentir à la participation ou présence d'étudiants ou stagiaires, leur opposition ne peut pas être outrepassée.

Sollicitude envers les patients :

Les personnels s'efforcent d'assurer au mieux le confort physique et psychique des patients dont ils ont la charge. Ils contribuent au climat de sécurité, tranquillité et de calme indispensable au bon fonctionnement de l'établissement.

Le soulagement de la souffrance des patients est une préoccupation constante de tous les personnels.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 144 sur 146

Accueil et respect du libre choix des familles ou des proches

Les familles doivent accueillir et informées avec tact et ménagement, en tout circonstance. Le libre choix des familles doit être respecté, notamment lorsque celles-ci désirent faire appels à des prestataires de transports sanitaires privés, ou des opérateurs funéraires privés.

Article 217 : Principes de bonne conduite des professionnels

Obligation de désintéressement :

Il est interdit à tout membre du personnel de l'établissement d'avoir, dans une entreprise en relation avec le service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre cette indépendance.

Interdiction d'exercer une activité privée lucrative :

Les personnels de l'établissement sont tenus de se consacrer à leurs fonctions, il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité lucrative de quelque nature que ce soit. Cette interdiction s'étend au conjoint, concubin

Ce principe comporte des dérogations spécifiques visées par le décret n°2017-105 du 27 janvier 2017 modifiant la loi n°83-634 du 13 juillet 1983.

Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce :

Les agents ainsi que les bénévoles ou les volontaires ne peuvent recevoir des malades qu'ils ont pris en charge ou de leurs familles aucune rémunération, dons ou legs de toute nature.

Cette interdiction s'étend au conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ou à son concubin, à ses ascendants ou descendants en ligne directe. Cette disposition est précisée à l'article L116-4 du code de l'action sociale et des familles.

Exécution des instructions reçues :

Tout agent de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf si l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public, ou encore si l'agent est amené à exercer valablement son droit de retrait.

L'agent n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité de ses subordonnés.

Information du supérieur hiérarchique :

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service. Le directeur est

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 145 sur 146

nécessairement informé sans délai des faits et incidents qui constituent ou peuvent constituer un événement grave ou préoccupant.

Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation de produits et biens de santé :

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable, grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical, est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'établissement la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés. Il alertera ensuite le directeur de l'établissement et les professionnels concernés par cette situation.

Témoignage en justice :

Tout agent de l'établissement appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police ou de gendarmerie, sur des affaires ayant un lien avec le fonctionnement du service doit en avertir le directeur, à l'issue de son audition, il devra également informer le directeur.

Bon usage des biens de l'hôpital :

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à disposition par l'établissement. A défaut, l'établissement exige un remboursement, en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

Assiduité et ponctualité :

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Obligation de déposer argent ou objets confiés par le patient, ou trouvés dans l'établissement :

Aucun agent de l'hôpital ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiées par le patient. Ces objets, biens, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du régisseur de l'établissement.

Respect des règles d'hygiène et de sécurité :

Tous les agents de l'établissement doivent observer des règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. A cet effet, ils doivent porter en présence des patients des tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'établissement.

Le restaurant du personnel a pour objet de servir les repas aux agents. Les locaux de détente ou offices ne peuvent servir qu'aux collations et moments de repos dans le respect du bon fonctionnement et de l'organisation du service. Le personnel doit éviter d'apporter ses propres denrées alimentaires sur le lieu de travail, en particulier au restaurant du personnel.

Les blouses utilisées dans les locaux de soins ne doivent pas être portées dans les locaux banalisés.

	Règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Arcachon	Référence : QUAL/FI/2012-035
		Date de création : 2008
		Date d'application : 07/05/2018
		Version : 02
		Page 146 sur 146

Exigence d'une tenue correcte :

La tenue est un élément de respect dû aux patients. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que le langage est exigée de l'ensemble du personnel.

Lutte contre le bruit :

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit dans les services de soins.

Identification des personnels :

Les personnels de l'établissement sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom leur prénom et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent aussi aux personnes bénévoles.

Article 218 : Droit de grève et liberté syndicale

Le droit de grève et la liberté d'adhérer ou non à un syndicat est reconnu aux agents de l'établissement. Ces droits sont soumis à des conditions légales et réglementaires pour être mis en œuvre, elles doivent être respectées.

La mise en œuvre du droit de grève doit s'exercer dans le cadre légal et réglementaire. Il peut être limité par les obligations liées à la continuité des soins.