



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

REGLEMENT INTERIEUR



Sommaire

PREAMBULE	9
CHAPITRE 1	10
LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS	10
ARTICLE 1 : LE STATUT JURIDIQUE.....	10
ARTICLE 2 : LA PRESENTATION	10
ARTICLE 3 : LES MISSIONS DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS	11
CHAPITRE 2	16
L'ORGANISATION DU C.H.U. DE REIMS	16
1 - LES INSTANCES DU C.H.U. DE REIMS	16
ARTICLE 4 : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE	17
ARTICLE 5 : LA DIRECTRICE GENERALE	22
ARTICLE 6 : LE DIRECTOIRE.....	27
ARTICLE 7 : LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT.....	31
7.6 Les commissions de la C.M.E.....	41
7.6.1 La Commission de la permanence des soins	42
7.6.2 La Commission relative au développement professionnel continu et à l'évaluation des pratiques professionnelles	43
7.6.3 La Commission de lutte contre les infections nosocomiales.....	44
7.6.4 La Commission relative à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs	45
7.6.5 La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles	46
7.6.6 Le Comité de liaison en alimentation et nutrition	46
7.6.7 La Commission d'identitovigilance.....	47
7.6.8 La Commission de l'accueil non programmé	47
7.6.9 La Commission Equipement.....	47
7.6.10 La Commission du dossier du patient.....	47
7.6.11 La Commission soins de recours.....	48
7.6.12 La Commission Recherche et Innovation.....	48
7.6.13 La Commission des postes et des affaires médicales.....	49
7.6.14 La Commission de la communication	50
ARTICLE 8 : LE COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT	52
ARTICLE 9 : LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES.....	57
ARTICLE 10 : LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL	59
ARTICLE 11 : LA COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO- TECHNIQUES	63
ARTICLE 12 : LA COMMISSION DES USAGERS.....	66
ARTICLE 13 : LA COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE.....	72
ARTICLE 14 : LES INSTANCES DE GESTION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE	76
Article 14.1 Le Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques	76
Article 14.2 La Cellule de coordination interdisciplinaire et d'appui.....	78
Article 14.3 Le Coordonnateur gestionnaire des risques associés aux soins	79
Article 14.4 La Direction qualité et gestion des risques.....	81
ARTICLE 15 : LE COMITE DE PILOTAGE DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER.....	83
ARTICLE 16 : LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE	84
CHAPITRE 2	86
L'ORGANISATION DU C.H.U. DE REIMS	86



2 - L'ORGANISATION INTERNE CLINIQUE ET MEDICO-TECHNIQUE	86
ARTICLE 17 : LES POLES D'ACTIVITE CLINIQUE ET MEDICO-TECHNIQUE.....	87
ARTICLE 18 : LES STRUCTURES INTERNES DES POLES D'ACTIVITE.....	88
ARTICLE 19 : LES CHEFS DE POLES.....	88
ARTICLE 20 : LES RESPONSABLES DE STRUCTURES INTERNES	93
ARTICLE 21 : LES CONTRATS DE POLES	94
ARTICLE 22 : LES PROJETS DE POLES	96
3 - L'ORGANISATION DE LA RECHERCHE AU C.H.U. DE REIMS	97
ARTICLE 23 – LE POLE RECHERCHE ET SANTE PUBLIQUE.....	98
23.1 La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI).....	98
23.2 Le Centre de Recherche et d'Investigation Clinique (CRIC).....	99
ARTICLE 24 – LA COMMISSION RECHERCHE ET INNOVATION.....	100
ARTICLE 25 – LE COMITE DE LA RECHERCHE EN MATIERE BIOMEDICALE ET DE SANTE PUBLIQUE	101
ARTICLE 26 – LE GROUPEMENT INTERREGIONAL DE RECHERCHE CLINIQUE ET D'INNOVATION EST.....	102
CHAPITRE 3.....	103
DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT	103
1 - LES DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT	103
ARTICLE 27 – LE DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE.....	104
ARTICLE 28 – LE DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE.....	104
ARTICLE 29 – LE DROIT AU RESPECT DE LA VIE PRIVEE	105
ARTICLE 30 – LE DROIT AU RESPECT DU SECRET DES INFORMATIONS.....	107
ARTICLE 31 – LE DROIT AU LIBRE CHOIX.....	108
CHAPITRE 3.....	110
DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT	110
2 - LES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES	110
ARTICLE 32 – LES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES.....	110
3 - L'ADMISSION EN HOSPITALISATION	111
ARTICLE 33 – LA DECISION D'ADMISSION	112
ARTICLE 34 – LES MODES D'ADMISSION	112
34.1 L'admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation.....	112
34.2 L'admission programmée.....	112
34.3 L'admission en urgence	112
34.4 L'admission dans le cadre du Plan blanc	113
ARTICLE 35 – LE TRANSFERT D'UN PATIENT.....	115
ARTICLE 36 – LES PIECES A PRESENTER LORS DE L'ADMISSION	115
ARTICLE 37 – LE REGIME D'HOSPITALISATION.....	116
ARTICLE 38 – LA DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR	116
ARTICLE 39 – LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	116
ARTICLE 40 – LA PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE LIBERALE.....	117
ARTICLE 41 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES ADMISSIONS.....	118
41.1 L'admission de bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat.....	118
41.2 Admission de militaires et invalides victimes de guerre.....	118
41.3 L'admission de femmes enceintes.....	119
41.4 L'admission pour une interruption volontaire de grossesse.....	120



41.5 L'admission de détenus	121
41.6 L'admission de malades mineurs.....	122
41.7 L'admission de malades majeurs protégés.....	123
41.8 L'admission en hospitalisation sous contrainte.....	124
41.9 L'admission de patients toxicomanes.....	128
41.10 L'admission de patients étrangers.....	129
4 - LES DISPOSITIONS RELATIVES AU SEJOUR.....	131
ARTICLE 42 – REGLES GENERALES REGISSANT LE SEJOUR	132
ARTICLE 43 – L'ACCUEIL	132
ARTICLE 44 – LE LIVRET D'ACCUEIL.....	133
ARTICLE 45 – LES BIENS DES HOSPITALISES ET DES RESIDENTS	133
45.1 L'information des personnes hospitalisées et hébergées.....	133
45.2 La réglementation des dépôts.....	133
45.3 La responsabilité de l'établissement.....	134
45.4 Les objets non réclamés	135
45.5 Les biens des incapables majeurs.....	136
ARTICLE 46 – LES HORAIRES QUOTIDIENS	136
ARTICLE 47 – LES REPAS.....	136
ARTICLE 48 – LES MEDICAMENTS	137
ARTICLE 49 – LA POURSUITE DE LA SCOLARITE	137
ARTICLE 50 – LA PRATIQUE DES CULTES.....	137
ARTICLE 51 – LES MOYENS D'INFORMATION ET D'EXPRESSION	138
ARTICLE 52 – LA GESTION DES RECLAMATIONS, DES PLAINTES ET LES VOIES DE RECOURS.....	139
52.1 Gestion des plaintes et réclamations sans demande indemnitaire	139
52.2 Gestion des plaintes et réclamations avec demande indemnitaire	140
ARTICLE 53 – LES PERMISSIONS DE SORTIE.....	143
53.1 Cas général.....	143
53.2 Cas des mineurs	143
53.3 Cas des patients hospitalisés en psychiatrie sous contrainte.....	143
ARTICLE 54 – LES INTERVENTIONS DU SERVICE SOCIAL	144
ARTICLE 55 – L'HOSPITALISATION DES DETENUS.....	144
ARTICLE 56 – LES DISPOSITIONS DIVERSES	145
56.1 Le courrier.....	145
56.2 Le téléphone et internet	145
56.3 La télévision et la radio.....	145
56.4 La bibliothèque.....	146
56.5 Les associations de bénévoles	146
56.6 Les dispositions relatives aux denrées et aux boissons	146
56.7 L'interdiction des gratifications.....	146
56.8 Les dispositions relatives aux animaux.....	146
56.9 L'interdiction de fumer	146
56.10 L'interdiction des produits stupéfiants.....	147
56.11 L'interdiction des armes.....	147
5 - L'INFORMATION DES USAGERS.....	148
ARTICLE 57 – LE DROIT A L'INFORMATION	149
57.1 L'information sur l'état de santé	149
57.2 L'information sur l'identité des soignants.....	149
57.3 L'information sur les frais et conditions de prise en charge	150
57.4 L'information sur le respect des conditions légales d'exercice	150
57.5 L'information des praticiens et médecins traitants du patient	150
57.6 L'information sur les méthodes abortives.....	151
57.7 L'information sur les prestations de chirurgie esthétique.....	151
57.8 L'information sur les dommages liés aux soins	151



ARTICLE 58 – L’ENTRETIEN INDIVIDUEL	152
ARTICLE 59 – LE DOSSIER PATIENT ET SA COMMUNICATION.....	152
59.1 La composition du dossier patient et les informations communicables.....	152
59.2 Les modalités de communication du dossier médical.....	154
ARTICLE 60 – LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE	155
ARTICLE 61 – LES CLICHES D’IMAGERIE	160
ARTICLE 62 – L’INFORMATION DES REPRESENTANTS LEGAUX DES MINEURS.....	160
ARTICLE 63 – L’INFORMATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	160
ARTICLE 64 – L’INFORMATION DES PROCHES ET AYANTS DROIT	161
ARTICLE 65 – L’INFORMATION DES MEDECINS TRAITANTS ET AUTRES PROFESSIONNELS CONCERNES	161
ARTICLE 66 – L’INFORMATION EN CAS D’ACCIDENT MEDICAL, D’AFFECTION IATROGENE OU D’INFECTION NOSOCOMIALE	164
ARTICLE 67 – L’INFORMATION EN CAS D’INCIDENT TRANSFUSIONNEL	165
ARTICLE 68 – L’INFORMATION RELATIVE AUX TRAITEMENTS INFORMATIQUES DES DONNEES	165
6 - LE CONSENTEMENT AUX SOINS	166
ARTICLE 69 – LE PRINCIPE DU CONSENTEMENT AUX SOINS.....	167
ARTICLE 70 – LES MESURES D’ISOLEMENT ET DE CONTENTION EN PSYCHIATRIE	167
ARTICLE 71 – LE CAS DES PATIENTS HORS D’ETAT D’EXPRIMER LEUR VOLONTE	167
ARTICLE 72 – LES DIRECTIVES ANTICIPEES.....	168
ARTICLE 73 – LE CONSENTEMENT AUX SOINS DES MAJEURS SOUS TUTELLE.....	169
ARTICLE 74 – LE CONSENTEMENT AUX SOINS DES MINEURS.....	169
ARTICLE 75 – LE REFUS DE SOINS.....	171
ARTICLE 76 – LE CONSENTEMENT A LA PARTICIPATION A DES RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE .	173
7 - LES DONS D’ORGANES ET AUTRES PRELEVEMENTS.....	174
ARTICLE 77 – LES PRINCIPES GENERAUX.....	175
ARTICLE 78 – LES PRELEVEMENTS SUR UNE PERSONNE VIVANTE	176
78.1 Les dispositions générales applicables aux prélèvements d’organes, de tissus, de cellules à l’exclusion des gamètes et du sang	176
78.2 Les prélèvements d’organes.....	178
78.3 Les prélèvements de tissus ou de cellules.....	179
78.4 Le don du sang.....	181
ARTICLE 79 – LES PRELEVEMENTS SUR UNE PERSONNE DECEDEE.....	182
8 - L’ACCES DES PERSONNES EXTERIEURES A L’HÔPITAL.....	185
ARTICLE 80 – LES VISITEURS.....	186
ARTICLE 81 – LES PROFESSIONNELS DE LA PRESSE.....	187
ARTICLE 82 – LES STAGIAIRES.....	187
ARTICLE 83 – LES ASSOCIATIONS DE BENEVOLES	187
ARTICLE 84 – LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX REPRESENTANTS DES USAGERS.....	189
ARTICLE 85 – LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEMARCHEURS ET REPRESENTANTS.....	189
ARTICLE 86 – LES INTERVENTIONS DES NOTAIRES	191
ARTICLE 87 – LES INTERVENTIONS DES OFFICIERS DE L’ETAT CIVIL.....	191
9 - LA SORTIE DES HOSPITALISES.....	192
ARTICLE 88 – LA DECISION DE SORTIE	193
ARTICLE 89 – LES MODALITES DE SORTIE	193
ARTICLE 90 – LA SORTIE DES MINEURS.....	194
ARTICLE 91 – LA DECLARATION DE NAISSANCE ET LA SORTIE DES NOUVEAU-NES	194



ARTICLE 92 – LA SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL	195
ARTICLE 93 – LA SORTIE A L’INSU DU SERVICE	195
ARTICLE 94 – LA SORTIE DISCIPLINAIRE	195
10 - LE DECES DES HOSPITALISES	196
ARTICLE 95 – L’ATTITUDE A ADOPTER A L’APPROCHE DU DECES	197
ARTICLE 96 – L’ANNONCE DU DECES.....	197
ARTICLE 97 – LES FORMALITES ENTOURANT LE DECES	197
ARTICLE 98 – LES FORMALITES POUR LES ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE	198
ARTICLE 99 – LES DECES SANS FAMILLE	199
ARTICLE 100 – LES DECES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE.....	199
ARTICLE 101 – LE DON DU CORPS A LA SCIENCE	200
ARTICLE 102 – LES DONS ET LEGS.....	200
ARTICLE 103 – LE DEPOT DES CORPS A LA CHAMBRE MORTUAIRE.....	200
ARTICLE 104 – L’ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES.....	201
ARTICLE 105 – LE TRANSPORT DE CORPS SANS MISE EN BIERE.....	202
ARTICLE 106 – LE TRANSPORT DE CORPS APRES MISE EN BIERE	202
CHAPITRE 4.....	204
LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL	204
1 - LES PRINCIPES REGISSANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	204
ARTICLE 107 – LE PRINCIPE DE CONTINUITE	205
ARTICLE 108 – LE PRINCIPE D’EGALITE	205
ARTICLE 109 – LE PRINCIPE DE NEUTRALITE.....	206
ARTICLE 110 – LE PRINCIPE DE LAÏCITE	206
ARTICLE 111 – LE PRINCIPE D’ADAPTABILITE	207
2 - LES OBLIGATIONS LIEES AU RESPECT DU PATIENT.....	208
ARTICLE 112 – LES PRINCIPES GENERAUX RELATIFS A LA DEONTOLOGIE ET AUX OBLIGATIONS DU PERSONNEL	209
AUX TERMES DE L’ARTICLE 25 DE LA LOI N°83-364 DU 13 JUILLET 1983 PORTANT DROITS ET OBLIGATIONS DES FONCTIONNAIRES, MODIFIE PAR L’ARTICLE 1ER DE LA LOI N°2016-483 DU 20 AVRIL 2016, RELATIVE A LA DEONTOLOGIE ET AUX DROITS ET OBLIGATIONS DES FONCTIONNAIRES :.....	209
LE FONCTIONNAIRE EXERCE SES FONCTIONS AVEC DIGNITE, IMPARTIALITE, INTEGRITE ET PROBITE.	209
DANS L’EXERCICE DE SES FONCTIONS, IL EST TENU A L’OBLIGATION DE NEUTRALITE.....	209
LE FONCTIONNAIRE EXERCE SES FONCTIONS DANS LE RESPECT DU PRINCIPE DE LAÏCITE. A CE TITRE, IL S’ABSTIENT NOTAMMENT DE MANIFESTER, DANS L’EXERCICE DE SES FONCTIONS, SES OPINIONS RELIGIEUSES.	209
LE FONCTIONNAIRE TRAITE DE FAÇON EGALE TOUTES LES PERSONNES ET RESPECTE LEUR LIBERTE DE CONSCIENCE ET LEUR DIGNITE.....	209
IL APPARTIENT A TOUT CHEF DE SERVICE DE VEILLER AU RESPECT DE CES PRINCIPES DANS LES SERVICES PLACES SOUS SON AUTORITE. TOUT CHEF DE SERVICE PEUT PRECISER, APRES AVIS DES REPRESENTANTS DU PERSONNEL, LES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES APPLICABLES AUX AGENTS PLACES SOUS SON AUTORITE, EN LES ADAPTANT AUX MISSIONS DU SERVICE.	209
DANS LE CADRE DU PRESENT REGLEMENT INTERIEUR, CES PRINCIPES S’APPLIQUENT A L’ENSEMBLE DU PERSONNEL DU CHU (MEDICAL, SOIGNANT, MEDICO-TECHNIQUE, TECHNIQUE, ADMINISTRATIF...), QUEL QUE SOIT SON STATUT (FONCTIONNAIRE OU NON).	209
ARTICLE 113 – LE DEVOIR DE BIENTRAITANCE.....	209
ARTICLE 114 – LE DEVOIR D’ACCUEIL ET D’INFORMATION	209
ARTICLE 115 – LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL	210



ARTICLE 116 – L’OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE.....	211
ARTICLE 117 – LE DEVOIR DE RESERVE.....	212
ARTICLE 118 – LE RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D’OPINION.....	212
ARTICLE 119 – LE RESPECT DU LIBRE CHOIX.....	212
ARTICLE 120 – LE RESPECT DE LA DIGNITE.....	213
ARTICLE 121 – LE RESPECT DE L’INTIMITE	213
3 - LES REGLES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE	214
ARTICLE 122 – L’ASSIDUITE ET LA PONCTUALITE	215
ARTICLE 123 – L’EXIGENCE D’UNE TENUE CORRECTE	215
ARTICLE 124 – LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES.....	215
ARTICLE 125 – L’IDENTIFICATION DES AGENTS.....	217
ARTICLE 126 – L’INTERDICTION D’EXERCER UNE ACTIVITE LUCRATIVE ET SES DEROGATIONS.....	218
ARTICLE 127 - L’OBLIGATION DE PREVENIR OU DE FAIRE CESSER LES SITUATIONS DE CONFLIT D’INTERETS	219
ARTICLE 128 – L’OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT	221
ARTICLE 129 – L’INTERDICTION DE RECEVOIR DES AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES	221
ARTICLE 130 – L’EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES.....	222
ARTICLE 131 – L’INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE	222
ARTICLE 132 – LES RELATIONS AVEC LES MEDIAS.....	223
ARTICLE 133 – L’AUDITION PAR LA JUSTICE, LA POLICE OU LA GENDARMERIE.....	223
ARTICLE 134 – L’OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS ET EVENEMENTS INDESIRABLES	223
ARTICLE 135 – LE RESPECT DES REGLES D’HYGIENE ET DE SECURITE.....	225
ARTICLE 136 – L’OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS OU TROUVES.....	226
ARTICLE 137 – L’OBLIGATION DE FORMATION.....	226
ARTICLE 138 – LE RESPECT DE LA CHARTE INFORMATIQUE	226
ARTICLE 139 – L’USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION PERSONNELS SUR LE LIEU DE TRAVAIL.....	227
ARTICLE 140 – LE RESPECT DE LA CHARTE GRAPHIQUE.....	228
ARTICLE 141 – LE RESPECT D’HOPITAL SANS TABAC.....	228
ARTICLE 142 – LE BON USAGE DES BIENS DE L’ETABLISSEMENT.....	228
ARTICLE 143 – L’AFFICHAGE DANS L’ETABLISSEMENT	228
ARTICLE 144 – LES EFFETS ET BIENS PERSONNELS	229
4 - LES DROITS DES PERSONNELS	230
ARTICLE 145 – LA LIBERTE D’OPINION.....	231
ARTICLE 146 – L’EGALITE DE TRAITEMENT ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES.....	231
ARTICLE 147 – L’EGALITE DE TRAITEMENT A L’EGARD DES TRAVAILLEURS HANDICAPES	232
ARTICLE 148 – LE DROIT SYNDICAL.....	232
ARTICLE 149 – LE DROIT DE GREVE	233
ARTICLE 150 – LE DROIT A L’EXPRESSION DIRECTE ET COLLECTIVE	234
ARTICLE 151 – LE DROIT A LA FORMATION PROFESSIONNELLE	235
ARTICLE 152 – LE DROIT D’ACCES AU DOSSIER ADMINISTRATIF	237
ARTICLE 153 – LA PROTECTION DES PERSONNELS.....	237
Article 153-1 La protection contre le harcèlement sexuel	237
Article 153-2 La protection contre le harcèlement moral.....	238
Article 153-3 La protection contre les menaces et violences.....	238
Article 153-4 La protection des lanceurs d’alerte	239
Article 153-5 La protection fonctionnelle.....	239
CHAPITRE 5.....	241



LA SECURITE	241
ARTICLE 154 – LA NATURE ET L’OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE	242
ARTICLE 155 – L’ACCES A L’HOPITAL.....	242
ARTICLE 156 – L’INTERDICTION DE DISSIMULER SON VISAGE DANS L’ESPACE PUBLIC	243
ARTICLE 157 – LE RESPECT DE LA TRANQUILLITE.....	243
ARTICLE 158 – LES PERSONNELS ET MATERIELS DE SECURITE GENERALE	243
ARTICLE 159 – LES RAPPORTS AVEC LES AUTORITES JUDICIAIRES.....	244
ARTICLE 160 – LES RAPPORTS AVEC LES AUTORITES DE POLICE.....	245
ARTICLE 161 – LES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES	245
ARTICLE 162 – LA SECURITE DES PERSONNES ET DU FONCTIONNEMENT.....	247
ARTICLE 163 – LA GARDE DE DIRECTION.....	248
ARTICLE 164 – L’ASTREINTE TECHNIQUE	248
ARTICLE 165 – LA SECURITE INCENDIE	249
ARTICLE 166 – LA SECURITE INFORMATIQUE	250
CHAPITRE 6	251
LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT	251
ARTICLE 167 – LA NATURE DE LA VOIRIE HOSPITALIERE.....	251
ARTICLE 168 – L’APPLICATION DU CODE DE LA ROUTE	251
ARTICLE 169 – LES REGLES D’ACCES ET DE STATIONNEMENT	251
ARTICLE 170 – LA POLICE DE LA VOIRIE INTERIEURE	252
CHAPITRE 7	253
L’HYGIENE	253
ARTICLE 171 – L’HYGIENE A L’HOPITAL	253
ARTICLE 172 – LES REGLES D’HYGIENE	253
CHAPITRE 8	254
LA PROCEDURE D’ADOPTION ET DE MODIFICATION	254
ET LA VALEUR JURIDIQUE DU REGLEMENT INTERIEUR	254
ARTICLE 173 – LA PROCEDURE D’ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR	254
ARTICLE 174 – LA PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	254
ARTICLE 175 – LA VALEUR JURIDIQUE DU REGLEMENT INTERIEUR.....	254
ARTICLE 176 – LA COMMUNICATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	254
II - LES ANNEXES	255
DU REGLEMENT INTERIEUR DU CHU DE REIMS	255
ANNEXE 1.....	257
LE REGLEMENT INTERIEUR DU CONSEIL DE SURVEILLANCE	257
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS	257
ANNEXE 2.....	266
LE REGLEMENT INTERIEUR DU DIRECTOIRE.....	266
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS	266
ANNEXE 3.....	273
LE REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION MEDICALE D’ETABLISSEMENT	273
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS	273



ANNEXE 4.....	389
LE REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE DE PILOTAGE.....	389
QUALITE ET GESTION DES RISQUES	389
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS.....	389
ANNEXE 5.....	392
LE REGLEMENT INTERIEUR DE LA CELLULE.....	392
DE COORDINATION INTERDISCIPLINAIRE ET D'APPUI.....	392
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS.....	392
ANNEXE 6.....	395
LE REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUES	395
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS.....	395
ANNEXE 7.....	402
LE REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES USAGERS	402
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS.....	402
ANNEXE 8.....	412
LE REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT	412
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS.....	412
ANNEXE 9.....	417
LE REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE D'HYGIENE	417
DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL.....	417
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS.....	417
ANNEXE 10	426
LA CHARTE RELATIVE AU BON USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES.....	426
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS.....	426
ANNEXE 11	433
CHARTRE DE LA LAÏCITE DANS LES SERVICES PUBLICS.....	433
CIRCULAIRE N°5209/SG DU PREMIER MINISTRE DU 13 AVRIL 2007	433
ANNEXE 12	434
GUIDE DE LA LAÏCITE ET DE LA GESTION DU FAIT RELIGIEUX DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	434
OBSERVATOIRE DE LA LAÏCITE – 23 FEVRIER 2016.....	434



PREAMBULE

Le présent règlement intérieur du Centre Hospitalier Universitaire de Reims est arrêté en application du Code de la Santé Publique et notamment ses articles L.6143-1, L.6143-7-13°, R.6144-1-10°, R.6144-40-6°.

Il définit les règles de fonctionnement des établissements du Centre Hospitalier Universitaire de Reims propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des usagers, de l'ensemble des personnels de l'établissement et des entreprises extérieures, des étudiants et stagiaires, ainsi que de toute personne extérieure à l'hôpital.

Par ailleurs, au bénéfice du principe de liberté d'organisation de chaque établissement, la loi et les textes réglementaires confient au règlement intérieur de traiter certaines questions d'organisation interne de l'établissement et notamment la composition de la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.), la composition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) ou les modalités de nomination des responsables de structures internes.

Le règlement intérieur de l'établissement 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 Générale ou des Directions de sites.

La Directrice Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Reims veille à l'exécution du présent règlement intérieur.

Sauf dispositions contraires mentionnées expressément, il s'applique à l'ensemble des établissements et services composant le Centre Hospitalier Universitaire de Reims. En particulier, les secteurs d'EHPAD (Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) et USLD (Unités de Soins de Longue Durée) disposent d'un règlement de fonctionnement spécifique.



CHAPITRE 1

LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

Article 1 : Le statut juridique

Le Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Reims est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique, qui a passé convention au titre du chapitre II « organisation hospitalière et universitaire » du titre quatrième «établissements publics de santé» avec l'Université de Reims en date du 22 décembre 1964, du 30 août 1974 et du 24 février 2016.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est soumis au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par le Code de la Santé publique. Son objet principal n'est ni industriel ni commercial. Comme établissement public de santé, il est doté d'un statut spécifique, prévu notamment par le Titre IV du Livre 1^{er} de la 6^{ème} partie du Code de la Santé Publique et par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui tient compte en particulier de son implantation locale et de son rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales.

Article 2 : La présentation

Le Centre Hospitalier Universitaire, dont le siège est situé au 45, rue Cognacq-Jay à Reims (51092), comprend :

- un site central regroupant :
 - l'Hôpital Robert Debré (H.R.D.)
 - l'Hôpital Maison Blanche (H.M.B.)
 - l'American Memorial Hospital (A.M.H.) qui est un Hôpital d'enfants
 - la Résidence Roux pour personnes âgées
- l'Hôpital Sébastopol dédié aux activités de soins de suite et de réadaptation ;
- la Clinique de Champagne qui accueille les activités médico-psychologiques et des réseaux de santé ;
- des résidences pour personnes âgées : Fondation Roederer Boisseau, Marguerite Rousselet, Wilson
- un Institut Régional de Formation

Le Centre Hospitalier Universitaire de Reims gère également :

- un inter-secteur de pédopsychiatrie avec des bâtiments externalisés (les CMP "Charles Perrault", "Les Tournesols" Les Promenades" et Maupassant), un CATTP Maupassant à la Clinique de Champagne),
- un secteur de psychiatrie sur la ville de Reims (secteur G10).

Textes de référence :

Code de la santé publique (CSP) : Articles L. 6141-1 ; L6141-2



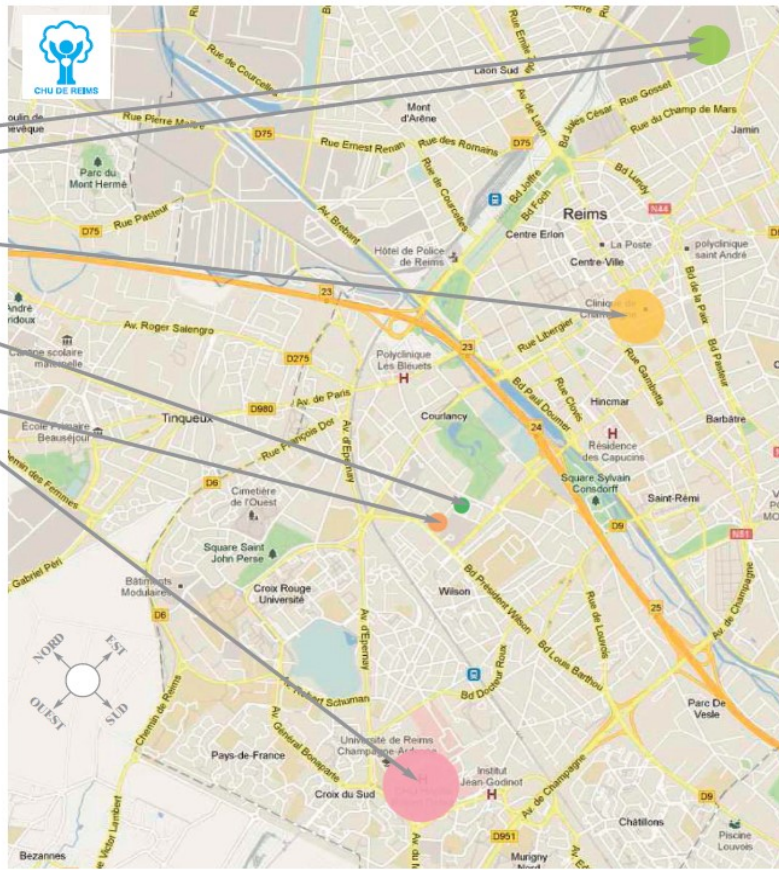
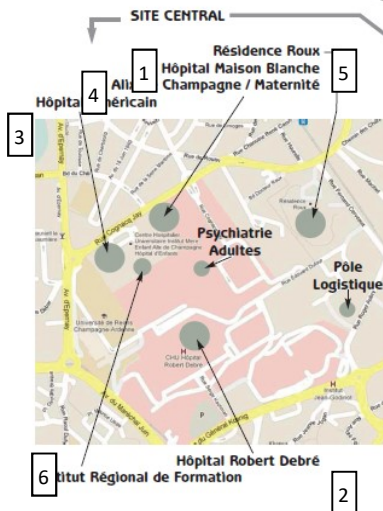
Plan de tous les établissements du CHU DE REIMS

Hôpital Sébastopol
Résidence Marguerite Rousselet

Clinique de Champagne

Fondation Roederer Boisseau

Résidence Wilson



Article 3 : Les missions du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Le Centre Hospitalier Universitaire de Reims exerce différents rôles de recours et d'expertise au niveau infra-régional, régional et inter-régional.

3.1 Missions dans le cadre de l'organisation régionale en Groupements Hospitaliers de Territoire

Le C.H.U. de Reims s'inscrit dans une logique de gradation des soins, d'organisation en filières et de parcours de soins coordonnés des patients dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (G.H.T.) de la nouvelle région Grand-Est. Ces G.H.T ont pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Ils assurent la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical et un projet de soins partagés garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

. La convention constitutive du groupement définit son projet médical partagé, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement et détermine les compétences déléguées à l'établissement support.



Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du G.H.T et notamment les objectifs médicaux, les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'organisation par filière d'une offre de soins graduée, ainsi que les principes d'organisation des activités au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement. Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie, ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement ont la possibilité de créer des pôles interétablissements. Ils peuvent aussi conclure une convention de laboratoire commun.

Le C.H.U. de Reims a le statut d'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire n°2 (Sud Ardennes / Nord Marne), dénommé « Groupement Hospitalier Universitaire de Champagne ».

La désignation de l'établissement support doit être approuvée par les deux tiers des Conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut d'accord, il est désigné par le Directeur Général de l'A.R.S., après avis du Comité territorial des élus locaux. L'établissement support assure pour le compte des établissements du G.H.T. la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent (en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement), la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, la fonction achats, ainsi que la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

Par ailleurs, le C.H.U. signera avec les établissements supports des G.H.T. voisins des conventions d'association en vue d'organiser les filières de soins et en permettant à tous les GHT concernés de bénéficier de l'apport du CHU dans certains domaines et notamment en coordonnant au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- les missions de recherche, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche ;
- les missions de gestion de la démographie médicale ;
- les missions de référence et de recours.

Textes de référence

Code de la santé publique : Articles L.6132-1 à L.6132-7 modifiés par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation du système de santé.

Articles du Code de la santé publique créés ou modifiés par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire : R6132-1 à R6132-21 ; R6113-3 ; R6113-6 ; R6113-8 ; R6113-11-1 à 3 ; R6146-9-3.

3.2 Missions générales

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Reims a une vocation régionale liée à sa haute spécialisation. Il assure en outre les soins courants à la population proche. Dans le respect des malades, y sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Reims a pour missions :

- d'assurer dans les conditions prévues par le Code de la santé publique, et en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- de délivrer des soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.



- de participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé en concertation avec les Conseils Départementaux pour les compétences qui les concernent ;
- de participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- de contribuer :
 - à l'enseignement universitaire et post-universitaire
 - à la formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers,
 - à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique et à l'innovation en santé,
 - à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétences,
 - au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

L'établissement assure également les missions suivantes :

- dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, il met en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. A cet effet, il conclut avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ;
- il dispense, dans des conditions définies par voie réglementaire, des soins :
 - aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre 1er du livre II de la troisième partie du Code de la Santé Publique ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;
 - aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
 - aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;
 - aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
- il est appelé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire. Leur organisation permet le recours 24h/24 aux compétences médicales et chirurgicales nécessaires, ainsi qu'aux examens d'imagerie et de biologie.

L'établissement assure le service public hospitalier et exerce l'ensemble de ses missions, ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies ci-après.

Le CHU de Reims et les professionnels de santé qui exercent en son sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services et notamment à tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins :

- 1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;
- 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;
- 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;



4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

Il garantit en outre la participation des représentants des usagers du système de santé.

Il met également en œuvre les actions suivantes :

- 1° Il peut être désigné par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 et constituées en vue d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé ;
- 2° Il peut être désigné par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées au III de l'article L. 1434-10 ou, dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;
- 3° Il développe, à la demande de l'Agence Régionale de Santé des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;
- 4° Il informe l'Agence Régionale de Santé de tout projet de cessation ou de modification de ses activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherche avec l'Agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités.

L'établissement veille à l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de la sécurité des soins. Il veille également, en toutes circonstances, à la promotion et à l'exercice concret des droits individuels et collectifs des personnes malades et des usagers du système de santé, tels qu'ils sont énoncés par la loi.

Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. Les personnels du Centre Hospitalier Universitaire de Reims dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels de l'établissement.

L'établissement :

- développe une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité ;
- fait l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification, afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- assure le suivi et l'analyse de son activité selon les règles définies dans le cadre de sa gouvernance interne ;
- mène en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.



Textes de référence

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 99)
Code de la santé publique : Articles L.6141-2 ; L6142-1 ; L6111-1 ; L6111-1-1 à 4 ; L6111-2 à L6111-7 ; L6112-1 à L6112-9 ; L6113-1 à L6113-8.



CHAPITRE 2 L'ORGANISATION DU C.H.U. DE REIMS

1 - LES INSTANCES DU C.H.U. DE REIMS

La loi n° 2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », dite loi «H.P.S.T.» a instauré une territorialisation des politiques de santé et mis en place une nouvelle gouvernance des établissements publics de santé, avec une séparation de la gestion, qui incombe à la Directrice Générale assistée du Directoire, et du contrôle, qui relève du Conseil de Surveillance. Par ailleurs, le rôle de la Commission Médicale d'Etablissement a été renforcé et son Président est un véritable coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec la Directrice Générale. L'établissement est doté de nombreuses autres instances destinées notamment à représenter les personnels et à gérer les relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge.

Article 4 : Le Conseil de Surveillance	
Article 5 : La Directrice Générale	
Article 6 : Le Directoire	
Article 7 : La Commission Médicale d'Etablissement	
7.6 Les commissions de la C.M.E.	
7.6.1 La Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS)	
7.6.2 La Commission relative au développement professionnel continu et à l'évaluation des pratiques professionnelles	
7.6.3 La Commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)	
7.6.4 La Commission relative à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs	
7.6.5 La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)	
7.6.6 Le Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)	
7.6.7 La Commission d'identité-vigilance	
7.6.8 La Commission de l'accueil non programmé	
7.6.9 La Commission des équipements	
7.6.10 La Commission du dossier patient	
7.6.11 La Commission recours	
7.6.12 La Commission recherche	
7.6.13 La Commission des postes	
7.6.14 La Commission de la communication	
Article 8 : Le Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.)	
Article 9 : Les Commissions Administratives Paritaires Locales (C.A.P.L.)	
Article 10 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.)	
Article 11 : La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (C.S.I.R.M.T.)	
Article 12 : La Commission des Usagers	
Article 13 : La Commission d'activité libérale	
Article 14 : Les instances de gestion de la qualité et de la sécurité	
Article 14.1 Le Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques	
Article 14.2 La Cellule de coordination interdisciplinaire et d'appui (CECOIA)	
Article 14.3 Le Coordonnateur gestionnaire des risques associés aux soins	
Article 14.4 La Direction qualité et gestion des risques	
Article 15 : Le Comité de pilotage du système d'information hospitalier	
Article 16 : Le Conseil de la vie sociale	



Article 4 : Le Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion.

4.1 Attributions

Le Conseil de surveillance **délibère sur** :

1° Le **projet d'établissement**

2° La **convention constitutive des Centres Hospitaliers Universitaires et les conventions** passées en application de l'article L.6142-5 du Code de la santé publique. Ces conventions peuvent être conclues par les Universités et par les Centres Hospitaliers Régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L. 6142-1, qui dispose que les Centres Hospitaliers Universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et postuniversitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux. Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie.

3° Le **compte financier et l'affectation des résultats** ;

4° Tout projet tendant à la **fusion** avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

5° Le **rapport annuel sur l'activité** de l'établissement présenté par la Directrice Générale ;

6° Toute **convention** intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des **membres de son Directoire ou de son 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. 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 de ces situations (L6143-3-2)

7° Les **statuts des fondations hospitalières** créées par l'établissement ;

8° Les **prises de participation et les créations de filiales** mentionnées à l'article L. 6145-7. En effet, sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux.

Les Centres Hospitaliers Universitaires peuvent prendre des participations et créer des filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat. Le déficit éventuel des activités mentionnées aux deux premiers alinéas n'est pas opposable aux collectivités publiques et aux organismes qui assurent le financement des établissements.

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 des usagers ;
- **les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles** et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L.6148-2 du CSP ;
- **la participation** de l'établissement à un **groupement hospitalier de territoire**
- **la convention constutive** du Groupement Hospitalier de Territoire ainsi que ses avenants
- **le règlement intérieur** de l'établissement.



Par ailleurs, le Conseil de surveillance participe à la **désignation de l'établissement support** du Groupement hospitalier de territoire, celle-ci devant être approuvée par les deux tiers des Conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le Directeur Général de l'ARS concernée, après avis du Comité territorial des élus locaux.

Le Conseil de surveillance communique au Directeur Général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur Général et sur la gestion de l'établissement.

Le Conseil de surveillance entend la Directrice Générale sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

A tout moment, le Conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16 du CSP, le Conseil de Surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

4.2 Composition

⇒ Membres avec voix délibérative :

Le Conseil de surveillance du C.H.U. de Reims est composé de 15 membres avec voix délibérative, répartis en **3 collèges** de 5 membres chacun :

• **Au titre des représentants des collectivités territoriales :**

- le maire de la commune siège de l'établissement, ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre du ressort de l'établissement ou, à défaut, un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que la commune siège de l'établissement principal ;
- le Président du Conseil Départemental du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant du Conseil Régional siège de l'établissement principal ;
- un représentant du Conseil Départemental du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation, au cours du dernier exercice connu, autre que le département siège de l'établissement principal ;

• **Au titre des représentants du personnel :**

- un membre de la Commission de soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques, (C.S.I.R.M.T.) élu par celle-ci, selon les modalités de l'article R6143-4-3° du CSP ;
- deux membres élus par la Commission médicale d'établissement, selon les modalités de l'article R6143-4-2° du CSP ;
- deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement (le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de voix ; le second est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes, déduction faite du nombre théorique de voix nécessaire à l'obtention du premier siège).

• **Au titre des personnalités qualifiées :**

- deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;
- trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département, dont au moins deux représentants des usagers, membres d'associations agréées en vertu de la procédure décrite à l'article L.1114-1 du Code de la santé publique.

Les membres du Conseil de surveillance sont nommés par arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.



⇒ **Incompatibilités**

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

- à plus d'un titre ;
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L.5 et L.6 du Code électoral ;
- s'il est membre du Directoire : ainsi, un praticien membre du Directoire ne pourra représenter la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) au Directoire à l'exception du Président de la Commission médicale d'établissement, premier Vice-Président du Directoire et du Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche Médicale, Vice-Président Doyen, qui sont membres du Conseil de Surveillance, avec voix consultative.
- 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 ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public ;
- s'il est lié à l'établissement par contrat, sauf exceptions prévues par le Code de la santé publique (cf. article L6143-6 du CSP et le règlement intérieur du Conseil de Surveillance en annexe) ;
- s'il est agent salarié de l'établissement, sauf s'il s'agit des membres du collège des représentants du personnel ;
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé.

⇒ **Membres avec voix consultative :**

Le Conseil de Surveillance comprend également des membres avec voix consultative :

- le Vice-Président du Directoire, c'est-à-dire de droit, le Président de la C.M.E.
- le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant. Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1 du CSP. Il peut se faire représenter (art. R. 6143-14 du CSP) ;
- le Directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L174-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
- le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche Médicale (U.F.R.M.)
- un représentant des familles des personnes accueillies en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.), désigné selon les modalités définies en annexe du présent règlement intérieur ;
- le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique au sein de l'établissement participe au Conseil de Surveillance. Ce dernier est désigné par la Directrice Générale, après concertation du Directoire, et avis de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques.

⇒ **Participants non membres :**

- la Directrice Générale, Présidente du Directoire, participe aux séances du Conseil de Surveillance, sans en être membre. Elle exécute ses délibérations.
- la présence de membres de l'équipe de direction est possible, dans la mesure où la Directrice Générale peut se faire assister des personnes de son choix.
- le comptable de l'établissement n'est plus membre avec voix consultative. Il est toutefois possible de le convier en tant qu'expert, notamment à l'occasion de la présentation du compte financier.



4.3 Organisation

⇒ Présidence et vice-présidence

Le Président du Conseil de Surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du conseil de surveillance prennent fin, son mandat prend également fin. (art R 6143-5 du CSP).

L'ensemble des membres du Conseil de Surveillance, tous collèges confondus, participent à l'élection du Président.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et 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 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.

Le Président du Conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un Vice-président, qui préside le Conseil de surveillance en son absence.

En cas de vacance des fonctions de Président du Conseil de Surveillance et de Vice-président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées (art R 6143-6 du CSP).

⇒ Durée du mandat

La durée du mandat est fixée à 5 ans. Le mandat des membres du conseil de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée (art R 6143-12 du CSP).

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

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'Agence Régionale de Santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification (art R 6143-13 du CSP).

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 nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

⇒ Conditions d'exercice

Les conditions d'exercice des membres du Conseil de Surveillance sont fixées par le décret n°2010-361 du 8 avril 2010. Les fonctions sont exercées à titre gratuit. Les membres peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions, selon les règles et tarifs applicables à la fonction publique hospitalière (art R 6143-7 du CSP).

Les membres représentant les usagers bénéficient, pour l'exercice de leur mandat, du congé de représentation prévu à l'article L. 3142-51 du Code du travail.



Le Conseil de Surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par la Directrice Générale.

4.4 Fonctionnement

⇒ Réunions

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son Président ou à la demande du tiers de ses membres (art. R. 6143-8 et art. R. 6143-11 du CSP).

Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques. Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

⇒ Ordre du jour

L'ordre du jour est arrêté par le Président et adressé par voie électronique et/ou postale au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du Conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes siégeant à titre consultatif. En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le Président.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

⇒ Suspension ou renvoi de séance

Le Président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas le Conseil de Surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre 3 et 8 jours (art R.6143-9 du CSP).

⇒ Quorum

Le Conseil de Surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion (qui doit avoir lieu dans un délai compris entre 3 et 8 jours) est réputée valable quel que soit le nombre des présents. Dans ce cas, le Conseil peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure (art R 6143-10 du CSP).

⇒ Vote

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du Président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis (art R 6143-10) ;

⇒ Compte-rendu

Le secrétariat des séances est organisé à la discrétion de la Directrice Générale. Les membres du Conseil de surveillance reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion.

⇒ Registre des délibérations

Les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du 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 des délibérations (art. R. 6143-14 du CSP) ;



⇒ **Transmission à l'Agence Régionale de Santé**

Les délibérations sont transmises sans délai au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux :

- 2° : convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 5° : rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par la Directrice Générale ;
- 7° : statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8° : prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7

de l'article L.6143-1 sont exécutoires si le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du Conseil de Surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas.

Les délibérations mentionnées au 3° (le compte financier et l'affectation des résultats) de l'article L 6143-1 sont exécutoires de plein droit dès réception par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;

Le règlement intérieur du Conseil de Surveillance de l'établissement est joint en annexe.

4.5 Textes de référence

Code de la santé publique : Articles L.6143-1 ; L6143-3-1 à L6143-6 L 6143-6 R 6143-1 à R 6143-16

Article 5 : La Directrice Générale

La Directrice Générale dispose de très larges compétences dans la conduite de l'établissement qu'elle exerce en propre ou après concertation du Directoire.

5.1 Attributions

⇒ **Compétence générale dans la conduite de l'établissement**

La Directrice Générale, Présidente du Directoire, dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement (article L6143-7 du Code de la santé publique). Elle règle les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent des compétences du Conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1 et autres que celles qui impliquent une concertation avec le Directoire énumérées aux 1° à 15° ci-après ; à ce titre :

- elle assure la conduite de la politique générale de l'établissement ;
- elle représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile ;
- elle agit en justice au nom de l'établissement ;
- elle exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art ;
- elle est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement ;
- elle peut déléguer sa signature ;
- elle possède le pouvoir de transiger ;
- elle participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations.



⇒ **Compétences de gestion après concertation du directoire**

Après concertation avec le Directoire dont elle assure la présidence, la Directrice Générale :

- 1° Conclut avec le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) mentionné à l'article L. 6114-1 ;
- 2° 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. Elle élabore le projet médical avec le Président de la Commission Médicale d'établissement ;
- 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- 5° 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 mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- 6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- 7° Arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après avis du Président de la CME et du Directeur de l'UFR et signe les contrats de pôle d'activité avec les Chefs de pôles. Les contrats sont contresignés par le Président de la CME et le Directeur de l'U.F.R. pour les pôles cliniques et médico-techniques, en application de l'article L. 6146-1 ;
- 8° 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 de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
- 9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- 10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L.6148-3 ;
- 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- 12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- 13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- 14° 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 ;
- 15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
- 16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7
- 17° Soumet au Conseil de Surveillance les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.



⇒ Pouvoir de nomination

La Directrice Générale dispose du pouvoir de nomination dans l'établissement pour :

- le **personnel non médical**, à l'exception du personnel de direction, nommé par la Directrice Générale du Centre National de Gestion de la fonction publique hospitalière ;
- les **membres du Directoire, à l'exception des membres de droit**, après information du Conseil de surveillance. Les membres nommés pour une durée de quatre ans sont au nombre de cinq. Pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, la nomination se fait sur présentation d'une liste de propositions comprenant au moins trois noms, établie par le Président de la C.M.E. conjointement avec le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche. En cas de désaccord ou de liste incomplète, la Directrice Générale peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, elle nomme les membres de son choix. Elle peut mettre fin à leurs fonctions après information du Conseil de surveillance, à l'exception des membres de droit non nommés (le Président de la C.M.E. qui est premier Vice-président du Directoire, le Vice-Président Doyen et le Président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique).
- les **Chefs de pôle et leurs collaborateurs**. Elle nomme les Chefs de pôle d'activité sur présentation d'une liste comprenant au moins trois noms, élaborée conjointement par le Président de la C.M.E. et le Directeur de l'U.F.R. pour les pôles d'activités cliniques ou médico-techniques. En cas de désaccord, la Directrice Générale demande une nouvelle liste. Si un nouveau désaccord survient, elle nomme les Chefs de pôle de son choix. Elle peut mettre fin dans l'intérêt du service aux fonctions de Chef de pôle après avis du Président de la CME et du directeur de l'U.F.R. Au sein du pôle, elle nomme également les collaborateurs du Chef de pôle sur proposition de ce dernier ;
- les **Responsables de structures internes**, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique. La Directrice Générale les nomme sur proposition du Président de la CME, après avis du Chef de pôle, selon les modalités fixées par le règlement intérieur. Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, la Directrice Générale propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. Elle peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service, par décision prise après avis du Président de CME et du Chef de pôle.
- les **Directeurs des pôles administratifs** parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction.

⇒ Pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation

La Directrice Générale dispose du pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation en ce qui concerne :

- les **membres de l'équipe de direction**. Elle propose à la Directrice Générale 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, elle propose à la Directrice Générale du Centre National de Gestion **la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques** mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du Président de la Commission médicale d'établissement est communiqué à la Directrice Générale du Centre National de Gestion.



Le présent alinéa n'est pas applicable aux praticiens placés en position de remplaçant en application de l'article L. 6152-1-1 créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 136). Cet article encadre le recours à l'intérim médical. Il prévoit que pour assurer des missions de remplacement temporaire au sein des établissements publics de santé, les praticiens titulaires relevant du 1° de l'article L. 6152-1 (praticiens hospitaliers médecins, odontologistes et pharmaciens) peuvent, sur la base du volontariat, être placés en position de remplaçant dans une région auprès du Centre national de gestion, dans des conditions et pour une durée déterminées par décret en Conseil d'Etat. Le Centre national de gestion exerce à l'égard de ces praticiens remplaçants toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination et les rémunère lorsqu'ils sont placés en position de remplaçant. Les conditions dans lesquelles l'établissement public de santé rembourse au Centre national de gestion les dépenses exposées à ce titre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Corrélativement, l'article L6143-3, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, précise que les établissements publics de santé (EPS) peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire, dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et l'EPS et contrat de travail, dit « contrat de mission » entre le praticien et l'entreprise de travail temporaire). Les entreprises d'intérim mentionnées à l'article L. 1251-1 du code du travail attestent auprès des établissements de santé, avant le début de la mission de travail temporaire du professionnel proposé, que ce dernier est régulièrement autorisé à exercer. Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire.

⇒ **Pouvoir d'admettre par contrat des professionnels libéraux**

La Directrice Générale peut, sur proposition du Chef de pôle, et après avis du Président de la CME, admettre des **médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral** autre que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.

⇒ **Pouvoir général de police**

La Directrice Générale dispose d'un pouvoir général de police, en particulier pour faire respecter les dispositions du présent Règlement Intérieur.

⇒ **Permanence Administrative :**

Compte tenu de l'impératif de continuité de service public, la Directrice Générale organise une permanence administrative en dehors des heures de service.

Le directeur « de garde » est joignable en permanence. Il est joint par l'intermédiaire du cadre de garde présent sur place au Centre Hospitalier Universitaire.

Compétence dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire

La Directrice Générale, Directrice de l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire, signe les conventions de partenariat avec les établissements partenaires (art. R.6132-1-3 du Code de la santé publique). La convention de partenariat est transmise après signature, pour information, au Directeur Général de l'agence régionale de santé compétent.

Elle dispose du pouvoir de nomination pour les agents qui assurent les activités fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 du code de la santé publique, selon l'organisation et le fonctionnement du groupement prévus par la convention constitutive du groupement. Les activités, fonctions et missions concernées sont :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ;



- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- La fonction achats ;
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au Groupement.

Elle préside le Comité stratégique, le bureau, la Conférence territoriale de dialogue social et le Comité des usagers du Groupement Hospitalier de Territoire.

5.2 Nomination

La Directrice Générale du C.H.U. est nommée par décret sur le rapport du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé de l'Université et de la Recherche.

Après avis du Président du Conseil de surveillance, la Directrice Générale peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, si elle relève de la fonction publique hospitalière, être placée 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 L. 6143-3-1 du CSP.

En cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1, la Directrice Générale de l'établissement est placée en recherche d'affectation auprès du CNG. L'avis de la Commission Administrative Paritaire Nationale (C.A.P.N.) n'est pas alors requis. Le placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des Directeurs des soins.

5.3 Permanence de l'autorité administrative

Afin de garantir la continuité du service public hospitalier, d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement, de gérer tout événement imprévu ou exceptionnel et de faire face aux urgences, une permanence de la fonction de direction est organisée par la Directrice Générale. Pour cela, elle habilite des membres de l'équipe de direction à exercer des gardes de direction et leur donne délégation de signature pour les mesures qu'ils sont susceptibles de prendre au cours de leur garde.

Un tableau de garde est établi et signé par la Directrice Générale. Il fait apparaître nominativement la liste des directeurs de garde, avec indication des jours et plages horaires pendant lesquels ils assurent la permanence de la direction générale.

En sa qualité de représentant du chef d'établissement, le Directeur de garde est, pendant sa garde et par délégation, investi de domaines relevant de la compétence et de la responsabilité de la Directrice Générale. Il demeure soumis aux prérogatives et à l'autorité hiérarchique de la Directrice Générale.

Il appartient au Directeur de garde d'avertir la Direction Générale des événements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont notamment susceptibles d'engager la responsabilité ou d'impacter l'image du CHU de Reims.

Le Directeur de garde dispose d'un manuel de garde récapitulant les conduites à tenir pour une majorité de situations et de problématiques, ainsi que du Plan blanc et autres plans d'urgences et de secours. Ces documents font l'objet d'actualisations régulières selon les évolutions réglementaires et/ou organisationnelles.



5.4 Textes de référence

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé
Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements ou de structures internes
Code de la santé publique : Articles L6143-2-1 ; L.6143-7, L.6143-7-2, L.6143-7-4, L.6143-7-5, L6144-4 ; L6144-6-1 ; L6145-1 à L6145-5 L.6146-1 ; D 6143-33 à D 6143-37-1 et R6143-16

Article 6 : Le Directoire

Le Directoire est une instance stratégique qui appuie et conseille la Directrice Générale dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale, le Directoire est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants.

6.1 Attributions

⇒ **Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement**

Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (art L6143-7-4 du CSP).

⇒ **Le Directoire conseille la Directrice Générale** dans la gestion et la conduite de l'établissement

Il est concerté par la Directrice Générale sur (art L 6143-7 du CSP) :

- 1° le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) mentionné à l'article L. 6114-1 ;
- 2° 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, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- 3° le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement ;
- 4° le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- 5° 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 mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- 6° le compte financier ;
- 7° l'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
- 8° la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
- 9° les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- 10° les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;



- 11° le projet d'établissement ;
- 12° les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- 13° le règlement intérieur de l'établissement ;
- 14° l'organisation du travail et des temps de repos ;
- 15° le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
- 16° le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ;
- 17° les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.

Par ailleurs, la Directrice Générale peut organiser la concertation du Directoire sur tout sujet concernant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Le Directoire est concerté par la Directrice Générale sur convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire et ses avenants (Art. R.6132-6 du CSP).

⇒ **Le Directoire est informé**

Le Président de la C.M.E., premier Vice-Président du Directoire, présente au Directoire :

- le programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, proposé à la Directrice Générale par la C.M.E. en ce qui concerne 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 ;
- un rapport annuel sur la mise en oeuvre de la politique médicale de l'établissement.

6.2 Composition

⇒ **Directoire**

Le Directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique (art L6143-7-5 du CSP).

Il comporte **neuf membres** :

⇒ Dont **cinq membres de droit** :

- la Directrice Générale, Présidente du Directoire ;
 - le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, premier Vice-Président ;
 - le Vice-Président Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche médicale ;
 - un Vice-Président chargé de la recherche nommé par la Directrice Générale sur présentation d'une liste de propositions établie conjointement par le Président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, du Président de l'Université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et du Vice-président Doyen ;
- Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée à la Directrice Générale dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition conjointe ou à défaut de proposition dans le délai précité, la Directrice Générale nomme le Vice-président chargé de la recherche.
- le Président de la C.S.I.R.M.T. (Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) ;



⇒ **Dont quatre membres nommés:**

Quatre membres sont nommés et, le cas échéant, révoqués par la Directrice Générale, après information du Conseil de Surveillance.

Sur ces quatre membres nommés, au moins deux sont issus des membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, ces derniers devant être majoritaires au Directoire.

Pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, la Directrice Générale les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement conjointement avec le Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Dans le cas d'unités de formation et de recherche mixtes de médecine et de pharmacie, l'avis des Directeurs de chacune de leurs composantes est requis.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée à la Directrice Générale dans un délai de trente jours à compter de sa demande.

En cas de désaccord, constaté par la Directrice Générale sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, la Directrice Générale peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, elle nomme les membres après avis du Président de la CME.

⇒ **Directoire élargi**

Le Directoire peut se réunir sous une forme élargie aux Chefs de pôles cliniques, médico-techniques et administratifs et à des personnes invitées

La Présidente du Directoire, après concertation avec le premier Vice-président du Directoire, établit la liste des personnes invitées à s'associer aux travaux du Directoire selon les points inscrits à l'ordre du jour.

6.3 Organisation

⇒ **Présidence et vice-présidence**

La Directrice Générale est la Présidente du Directoire.

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement en est le premier Vice-Président, chargé des affaires médicales.

Le Directoire compte en outre un Vice-Président Doyen et un Vice-Président chargé de la recherche.

⇒ **Incompatibilités**

Nul ne peut être membre du Directoire s'il est membre du Conseil de Surveillance.

Par dérogation à cette incompatibilité générale, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, premier Vice-Président du Directoire et le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche Médicale, Vice-Président Doyen, sont membres du Conseil de Surveillance, avec voix consultative.

⇒ **Durée du mandat**

Le mandat des membres du Directoire nommés par la Directrice Générale est de quatre ans

Le mandat d'un membre du Directoire prend fin lorsque son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il en était membre.

Il prend également fin lors de la nomination d'un nouveau Directeur ou Directrice Général.



Un membre du Directoire nommé par la Directrice Générale peut démissionner de ses fonctions au sein du Directoire. Cette démission prend effet lorsque la Directrice Générale aura procédé à son remplacement.

La Directrice Générale peut révoquer les membres du Directoire qu'elle a nommés. Elle en informe alors le Conseil de Surveillance.

⇒ **Suppléance**

Les membres du Directoire doivent y siéger personnellement sans pouvoir s'y faire remplacer par un suppléant. Cette règle s'applique également aux Chefs de pôle appelés à participer aux séances du directoire élargi et aux personnes invitées en fonction de l'ordre du jour.

Tout membre du Directoire empêché d'assister à l'une de ses réunions en informe, dès que possible, le secrétariat de la Présidente.

⇒ **Conditions d'exercice**

Les fonctions de membre du Directoire sont exercées à titre gratuit. Les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions, selon les règles et tarifs applicables à la fonction publique hospitalière.

⇒ **Conflits d'intérêts**

Tout membre du Directoire, dès sa nomination et, en toute hypothèse, avant la première réunion du Directoire à laquelle il est appelé à siéger, déclare à la Présidente du Directoire les conventions qu'il a passées, directement ou indirectement, avec le C.H.U. de Reims.

Par la suite, il déclare tout projet de convention qu'il envisage de passer avec le C.H.U. de Reims au cours de son mandat.

6.4 Fonctionnement

⇒ **Réunions**

Le Directoire se réunit au moins huit fois par an sur convocation de sa Présidente. Il est établi un calendrier prévisionnel des réunions. Ce calendrier est modifiable.

Les séances ne sont pas publiques.

Pour le bon déroulement des séances, la Présidente du Directoire peut se faire assister des collaborateurs de son choix, en fonction des points inscrits à l'ordre du jour.

⇒ **Ordre du jour**

L'ordre du jour et les documents y afférents sont arrêtés par la Présidente du Directoire, après concertation du premier Vice-Président, puis adressés à chacun de ses membres, par voie électronique, dans toute la mesure du possible 48 heures au moins avant chaque réunion.

⇒ **Délibération**

Le Directoire approuve le projet médical, élaboré par le Président de la Commission médicale d'établissement avec la Directrice Générale.

⇒ **Concertation**

La concertation qui porte sur les points énumérés ci-dessus (§ 6.1) s'entend comme politique de consultation des intéressés avant toute décision en vue de s'entendre pour agir ensemble. Fondée sur le dialogue et la recherche de consensus, la concertation ne donne pas lieu à vote.



La concertation du Directoire par la Directrice Générale, Présidente du Directoire se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par cette dernière dans le règlement intérieur du Directoire joint en annexe.

⇒ **Quorum**

Les débats au sein du Directoire se déroulent valablement quel que soit le nombre des présents.

⇒ **Obligation de discrétion professionnelle**

Les membres du directoire, ainsi que toute autre personne présente lors de ses réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des documents communiqués et de l'ensemble des informations ou avis échangés.

⇒ **Compte-rendu**

Le secrétariat de la séance est organisé à la discrétion de la Directrice Générale.

Les membres du directoire reçoivent, par voie électronique, un compte-rendu de séance dans le courant du mois suivant chaque réunion. Ce compte rendu mentionne :

- la date de la réunion ;
- la liste des membres présents ;
- un rappel des points appelés à l'ordre du jour et une brève synthèse de la concertation.

L'ensemble des comptes-rendus est conservé par la direction générale du C.H.U. de Reims.

6.5 Textes de référence

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)

Code de la santé publique : Articles L6143-1-6° ; L6143-7 ; L6143-7-4 ; L6143-7-5 modifié ; L6143-8 ; D6143-35-1 à D 6143-35-5

Article 7 : La Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) dispose d'importantes compétences. Une mission principale lui est dévolue : contribuer à l'élaboration 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.

Le décret du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé fixe la composition de la CME. Ce texte innove, en particulier, en ne prescrivant plus le détail de la composition et de l'organisation interne de la CME, laissant ainsi une grande liberté à chaque établissement.

Le décret n°2016-291 du 11 mars 2016, relatif à la CME et aux fonctions de chef de service..., et le décret n°2016-524 du 27 avril 2016, relatif aux groupements hospitaliers de territoire, apportent des précisions sur les compétences de la CME.

7.1 Attributions de la Commission Médicale d'Etablissement

⇒ **Elaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**



La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur ;
- 5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

⇒ **Elaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- 1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- 2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- 3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- 4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- 5° L'organisation des parcours de soins.

⇒ **Proposition de programmes d'actions et élaboration d'un rapport annuel**

La Commission Médicale d'Etablissement :

- 1° Propose à la Directrice Générale le programme d'actions mentionné à l'article L6144-1 du Code de la Santé Publique (CSP). Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L.6111-2 du CSP (infections associées aux soins et iatrogénie...). Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

- 2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

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

⇒ **Consultation de la Commission Médicale d'Etablissement**

La Commission Médicale d'Etablissement est consultée sur des matières sur lesquelles le Comité Technique d'Etablissement est également consulté. Ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération du Conseil de Surveillance mentionnés à l'article L. 6143-1, à savoir :

- 1 - Le projet d'établissement



- 2 - La convention constitutive des Centres Hospitaliers Universitaires et les conventions passées en application de l'article L.6142-5 du Code de la santé publique. Ces conventions peuvent être conclues par les Universités et par les Centres Hospitaliers Régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L. 6142-1, qui dispose que les Centres Hospitaliers Universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements para-médicaux.
- 3 - Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 4 - Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- 5 - Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par la Directrice Générale;
- 6 - Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de surveillance ;
- 7 - Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8 - Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L.6145-7. En effet, sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux.

Les C.H.U. peuvent prendre des participations et créer des filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat.

- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
- 7° La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire et ses avenants

La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 4° La politique de formation des étudiants et internes ;
- 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 7° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;



- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 10° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.
- 12° La mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, dans le cadre de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire dont le CHU est membre. Le choix est arrêté conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement (article R6132-9 du Code de la santé publique modifié par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire)

Par ailleurs, dans le cadre des procédures disciplinaires, l'avis de la CME siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires est requis en cas d'avertissement ou de blâme prononcé par le Directeur Général du Centre National de Gestion (ainsi que l'avis de la Directrice Générale du CHU et l'avis du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé). Dans ce cas, l'avis de la CME est rendu dans un délai de deux mois à compter de la date de sa convocation. A défaut, l'avis motivé du Président de la CME est alors seul requis. Les autres sanctions sont prononcées par décision motivée du Directeur Général du Centre national de gestion après avis du Conseil de discipline (voir articles R6152-74 et R6152-318 du Code de la santé publique). La discipline des personnels relevant du statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires est régie par le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié (juridiction disciplinaire instituée par l'article L. 952-22 du Code de l'éducation).

⇒ Information de la Commission Médicale d'Etablissement

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

- 1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 2° Les contrats de pôles ;
- 3° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 5° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.
- 6° Les avis émis par le collège médical de groupement mis en place dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, sont transmis à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement.

7.2 Attributions du Président de la Commission Médicale d'Etablissement

⇒ Missions du Président de la C.M.E.

Le décret du 30 décembre 2009 (art. D.6143-37 à D.6143-37-5 du CSP) octroie un véritable « statut » au Président de la CME et lui définit trois missions principales :

1° Suivi 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

Le Président de la C.M.E., Vice-président du Directoire, est chargé, conjointement avec la Directrice Générale 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, sous réserve des attributions de la C.M.E..

Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.



Il présente au Directoire le programme d'actions proposé à la Directrice Générale par la C.M.E. en vertu de l'article L. 6144-1.

2° Elaboration du projet médical avec la Directrice Générale, en conformité avec le C.P.O.M.

Le Président de la C.M.E., élabore avec la Directrice Générale et en conformité avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M.), le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2. Il comprend notamment :

- 1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins ;
- 2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- 4° L'organisation des moyens médicaux ;
- 5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;
- 6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

3° Coordination de la politique médicale de l'établissement

Le Président de la C.M.E., coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

- 1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- 2° Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- 3° Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
- 4° Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- 5° Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

⇒ Les apports de la loi de modernisation du système de santé

L'article 195 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé prévoit (article L6143-7-3 du Code de la santé publique) qu'un décret fixe :

- 1° Les modalités d'exercice des fonctions de Président de la Commission médicale d'établissement ;
- 2° Les conditions dans lesquelles une charte de gouvernance est conclue entre le Président de la Commission médicale d'établissement et la Directrice Générale, qui prévoit :
 - a) Les modalités des relations entre le Président de la Commission médicale d'établissement et les pôles d'activité clinique et médico-technique au sein de l'établissement ;
 - b) Les modalités de la représentation de l'établissement auprès des autorités ou organismes extérieurs par le Président de la Commission médicale d'établissement ;
 - c) Les moyens matériels et humains mis à disposition du Président de la Commission médicale d'établissement.



⇒ **Autres compétences du Président de la C.M.E.**

Le Président de la CME :

- est Vice-président du directoire, chargé des affaires médicales ;
- participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative ;
- propose à la Directrice Générale des listes élaborées conjointement avec le Directeur de l'U.F.R. comportant au moins trois candidats en vue de la nomination dans les fonctions de Chef de pôle d'activité ;
- propose à la Directrice Générale, après avis du Chef de pôle, la nomination des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique ;
- émet des avis :
 - sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cet avis est communiqué à la Directrice Générale du CNG chargée de ces nominations sur proposition de la Directrice Générale, Présidente du Directoire ;
 - avant la signature des contrats de pôle pour vérifier, en ce qui concerne les pôles d'activité clinique et médico-technique, la cohérence du contrat avec le projet médical. Dans les CHU, cet avis est donné conjointement avec le Doyen ;
 - sur l'admission par contrats, par la Directrice Générale, sur proposition du Chef de pôle, de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires de l'établissement.

⇒ **Dispositions diverses relatives au Président de la C.M.E.**

Le temps consacré aux fonctions de Président de la C.M.E., Vice-président du Directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

Une indemnité de fonction est versée au Président de la C.M.E.. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette indemnité est assujettie au régime de retraite complémentaire institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques.

Le Président de la C.M.E., Vice-président du directoire, dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions.

Une formation est proposée au président de la commission médicale d'établissement à l'occasion de sa prise de fonction. A sa demande, le Président de la C.M.E. peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales. Les modalités de cette formation sont définies par arrêté du Ministre chargé de la santé.

7.3 Composition de la Commission Médicale d'Etablissement

La CME est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le présent règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement (article R61444-3-2 du Code de la santé publique ou CSP).



L'article R.6144-3-1 du CSP fixe la composition de la commission médicale d'établissement des Centres Hospitaliers Universitaires comme suit :

- 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques lorsque l'établissement compte moins de onze pôles ; lorsque le nombre de chefs de pôles est supérieur ou égal à onze, le règlement intérieur de l'établissement détermine le nombre de représentants élus par et parmi les chefs de pôle, ce nombre ne pouvant être inférieur à dix ;
- 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 3° Des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement ;
- 4° Des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ;
- 5° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- 6° Des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- 7° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie ;
- 8° Des représentants des étudiants hospitaliers comprenant un représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine, un représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant pour les étudiants en maïeutique.

Les représentants mentionnés au 3° et au 4° sont en nombre égal. Toutefois, lorsque les personnels enseignants et universitaires représentent moins de 10 % des praticiens titulaires de l'établissement le règlement intérieur peut prévoir une dérogation à cette règle.

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Universitaire de Reims est composée de **67 membres**, dont :

- **58 membres ayant voix délibérative**
- **9 membres ayant voix consultative.**

Les 58 membres avec voix délibérative, se répartissent en **8 collèges** :

- **Collège 1 : Chefs de pôles** (11 sièges)

Les 11 représentants sont élus par et parmi les chefs de pôles.

- **Collège 2 : Responsables de structures internes** (16 sièges)

Les 16 représentants sont élus par et parmi les responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles.

- **Collège 3 : Personnels enseignants et hospitaliers titulaires** de l'établissement (8 sièges)

Les 8 représentants sont élus par et parmi les personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement avec 2 représentants pour la médecine, 2 représentants pour la chirurgie, 2 représentants pour la biologie, 1 représentant pour l'anesthésie (en l'absence de praticien HU en anesthésie, un siège supplémentaire sera ouvert dans la filière médecine),1 représentant pour l'odontologie.

- **Collège 4 : Praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement** (8 sièges)

Les 8 représentants sont élus par et parmi les praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement avec 2 représentants pour la médecine, 2 représentants pour la



chirurgie, 1 représentant pour la biologie, 2 représentants pour l'anesthésie réanimation, 1 représentant pour la pharmacie ;

- **Collège 5 : Personnels temporaires ou non titulaires et personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement (5 sièges)**

Un représentant est élu par et parmi les praticiens hospitaliers contractuels et les cliniciens ; un représentant est élu par et parmi les assistants hospitaliers spécialistes et généralistes ; un représentant est élu par et parmi les praticiens attachés ; deux représentants sont élus par et parmi les chefs de cliniques, les assistants hospitaliers universitaires et les praticiens hospitaliers universitaires.

- **Collège 6 : Sages-femmes (2 sièges)**

Deux représentants élus par les sages-femmes ;

- **Collège 7 : Internes (4 sièges)**

Les 4 représentants des internes sont désignés avec un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour la pharmacie et un pour l'odontologie.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision.

- **Collège 8 : Etudiants hospitaliers (4 sièges)**

Les 4 représentants des étudiants hospitaliers sont désignés avec un représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine, un représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant pour les étudiants en maïeutique.

Les **neuf membres** de la C.M.E. ayant **voix consultative** sont :

- 1° La Présidente du Directoire ou son représentant ;
- 2° Le Directeur d'unité de formation et de recherche de médecine, le directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie et le Directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;
- 3° Le Président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 4° Le Praticien responsable de l'information médicale ;
- 5° Le représentant du Comité Technique d'Etablissement, élu en son sein ;
- 6° Le Praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- 7° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par la Directrice Générale.

La Présidente du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

7.4 Constitution de la C.M.E.

⇒ Elections des membres

L'organisation des élections incombe à la Directrice Générale de l'établissement qui proclame les résultats et arrête la liste des membres de la C.M.E..

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret 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 du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

⇒ Désignation des représentants des internes et des étudiants hospitaliers

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par la Présidente du Directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par la Présidente du Directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein des Conseils des unités de formation et de recherche liées par convention à l'établissement. Un représentant des étudiants en maïeutique est nommé pour deux ans par la Présidente du Directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du Conseil de la composante universitaire liée par convention à l'établissement ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'Ecole hospitalière rattachée à l'établissement.

⇒ Elections du Président et du Vice-Président de la C.M.E.

Pour les Centres Hospitaliers Universitaires, la C.M.E. élit, en son sein, son Président parmi les personnels enseignants et hospitaliers et son Vice-président parmi les praticiens titulaires. Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement.

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

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de Chef de pôle. La justification de cette incompatibilité réside dans le fait que le Président de la CME intervient dans la procédure de désignation des Chefs de pôles. En effet, il propose à la Présidente du Directoire une liste de noms.

Toutefois le règlement intérieur peut prévoir une exception à cette règle si l'effectif médical de l'établissement le justifie, ce qui n'est pas le cas au C.H.U. de Reims.

Dans le cas particulier où un Chef de pôle serait élu Président de C.M.E. :

- Le praticien élu Président de la C.M.E. cesse immédiatement ses fonctions de Chef de pôle, et est placé en surnombre dans le collège des responsables des structures internes s'il bénéficie de cette qualité ou, le cas échéant, dans le collège des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement. Dans ce dernier cas, et afin de garantir la parité avec le collège des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement, le premier suppléant de la discipline devient alors membre permanent et a voix délibérative;
- Le premier suppléant du collège des Chefs de pôle devient alors membre permanent.

⇒ Durée des mandats

- Membres

La durée du mandat des membres de la C.M.E. est fixée à quatre ans renouvelables.

Le mandat des membres de la C.M.E. prend fin lorsque les intéressés cessent d'exercer les fonctions au titre desquels ils ont été élus, ou à l'issue des quatre ans réglementaires.

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 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 auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, par des élections partielles organisées par la Directrice Générale.

- **Président et Vice-Président**

Les fonctions de Président et de Vice-Président de la C.M.E. sont de quatre ans. Le mandat de Président est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de Président de la C.M.E. prennent fin sur présentation de sa démission à la Présidente du Directoire ou au terme du mandat de la C.M.E. qui l'a élu.

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

7.5 Fonctionnement de la C.M.E.

Pour l'accomplissement de ses missions, la C.M.E. établit son règlement intérieur, joint en annexe, dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne, sous réserve des dispositions de l'article R.6144-6 du C.S.P., reprises dans les dispositions qui suivent.

⇒ Présidence

Le Président de la C.M.E. veille au bon fonctionnement de la commission.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la C.M.E. et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

⇒ Réunions

La C.M.E. se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son Président.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du Président du Directoire, soit du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent. Les séances ne sont pas publiques.

⇒ Ordre du jour

L'ordre du jour est arrêté par le Président de la C.M.E., sauf pour les points inscrits à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du Président du Directoire, soit du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Sauf urgence, il est envoyé par voie électronique et/ou postale au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts. En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le Président.

⇒ Personnes invitées en qualité d'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 C.M.E. peuvent être appelés à intervenir en séance, sur invitation du Président de la C.M.E. et selon des modalités prévues par le règlement intérieur. Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.



Le médecin du travail assiste, à titre consultatif, aux réunions de la C.M.E. lorsque l'ordre du jour comporte des questions intéressant la santé, la sécurité et les conditions de travail (article R4626-21 du Code du Travail modifié par le décret n°2015-1588 du 4 décembre 2015).

⇒ **Obligation de discrétion professionnelle**

Les membres de la C.M.E. 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.

⇒ **Quorum**

La C.M.E. ne peut délibérer valablement que lorsque le tiers au moins des membres assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, dans les meilleurs délais, est réputée valable quel que soit le nombre des présents.

⇒ **Vote**

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret.

En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du Président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

⇒ **Compte-rendu**

Le secrétariat de séance est organisé à la discrétion de la Directrice Générale. Les membres de la C.M.E. reçoivent un compte rendu de séance dans le courant du mois suivant chaque réunion.

⇒ **Transmission à l'Agence Régionale de Santé**

Les comptes-rendus de C.M.E., une fois validés et signés par le Président de la C.M.E. sont transmis par la Directrice Générale au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

7.6 Les commissions de la C.M.E.

La C.M.E. contribue notamment à l'élaboration 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. Elle propose à la Directrice Générale un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des usagers (article L6144-1 du Code de la santé publique).

En vertu de la liberté d'organisation instaurée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi HPST », la CME a créé en son sein plusieurs Commissions afin de répondre à cet objectif.

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, des commissions techniques sont créées en vue de permettre à la celle-ci de satisfaire à ses attributions.

⇒ Elaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :



- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur ;
- 5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

⇒ Elaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- 1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- 2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- 3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- 4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- 5° L'organisation des parcours de soins.

Dans ce contexte, il est mis en place les commissions et comités suivants :

- Commission de la Permanence des Soins (COPS) ;
- Commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles et du Développement Professionnel Continu (EPP/DPC)
- Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), comportant une sous-commission endoscopie
- Commission relative à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs
- COmité du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) comprenant trois sous-commissions :
 - Commission des anti-infectieux (CAI)
 - Commission de Sécurisation de la Prise en Charge Médicamenteuse (CSPCM)
 - Commission des Dispositifs Médicaux (DM)
- Comité de Liaison Alimentation - Nutrition (CLAN)
- Commission d'Identitovigilance
- Commission de l'accueil non programmé
- Commission des équipements
- Commission du dossier patient
- Commission soins de recours
- Commission recherche et de l'innovation
- Commission des postes et des affaires médicales
- Commission de la communication

Une charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME a été rédigée. Elle figure en annexe du présent règlement intérieur.

7.6.1 La Commission de la permanence des soins

L'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique est arrêtée annuellement par la Directrice Générale après avis de la Commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

A cet effet, la CME met en place une Commission de la permanence des soins (COPS).

Attributions essentielles :

Aux termes de l'article 8 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié, la COPS :



- définit annuellement avec la Directrice Générale l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens ;
- donne, le cas échéant, son avis sur les conventions de coopération, à l'initiative de deux ou plusieurs établissements, ou à la demande du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, en application de l'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse à la Directrice Générale, ainsi qu'au Président de la Commission médicale d'établissement.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

Principaux textes de référence :

Arrêté du 30 avril 2003 modifié, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (NOR: SANH0321568A).

7.6.2 La Commission relative au développement professionnel continu et à l'évaluation des pratiques professionnelles

Contexte :

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique avec le Développement Professionnel Continu (DPC). La Haute Autorité de Santé (HAS) favorise les démarches intégrées aux pratiques professionnelles. Ces démarches doivent tenir compte des besoins, des modalités d'exercice et du secteur d'activité. Les démarches d'amélioration de pratiques peuvent s'inscrire dans une logique collective (mono-disciplinaire, multidisciplinaire ou multi-professionnelle) à travers, par exemple, la certification de l'établissement ou l'accréditation des praticiens.

L'évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit dans une démarche coordonnée avec le développement professionnel continu. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations de bonnes pratiques et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé. Elle inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques (voir article 151 du règlement intérieur).

Attributions essentielles :

En matière de développement professionnel continu (DPC), la Commission est notamment chargée d'élaborer des propositions en vue :

- de définir la politique institutionnelle et les orientations du DPC relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- de perfectionner la structuration de la gouvernance du DPC médical ;
- d'enrichir l'offre de DPC existant et d'en faire un élément fort de la politique de formation continue du CHU ;
- de valoriser et de communiquer en interne et en externe sur la politique DPC développée au CHU ;
- d'étudier toutes les questions relatives au DPC.



Par ailleurs, la Commission est chargée de la politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et, à ce titre :

- elle recense les actions d'évaluation réalisées ou en cours et formule des recommandations en matière de choix de thématiques ;
- elle assure l'information en matière de dispositif d'EPP à destination des équipes médicales et met à disposition des porteurs de projet un dispositif d'accompagnement, de suivi et de formation ;
- elle assure la validation individuelle des programmes ou actions d'EPP, réalisés par les praticiens.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

Principaux textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »

Code de la Santé Publique : Articles L4021-1 à L4021-8 ; R4021-1 à R4021-8 ; R4133-2

Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins

Décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu

Décret n°2013-35 du 11 janvier 2013 modifiant le décret n°2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins

Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.

7.6.3 La Commission de lutte contre les infections nosocomiales

Contexte :

L'action de la Commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) s'inscrit dans le cadre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) , qui vise notamment :

- à développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents ;
- à renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins ;
- à réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Par ailleurs, plusieurs établissements de santé peuvent coopérer pour mener la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (article R6111-5 du Code de la santé publique).

Attributions essentielles :

La CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, assistent la CME dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales et des indicateurs de suivi associés sur l'ensemble de l'établissement.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur. Elle comporte une sous-commission endoscopie.



Principaux textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L6111-1 ; L6144-1 ; R6111-6 à R6111-8
Instruction n°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015

7.6.4 La Commission relative à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs

Contexte :

La prise en charge de la douleur et les soins palliatifs constituent des objectifs prioritaires du CHU. Ces projets de prise en charge du patient participent au respect de la dignité de la personne malade et s'inscrivent dans le droit fil de :

- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental ;
- la loi du 2 février 2016, dite loi « Claeys – Leonetti », qui crée de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie.

Attributions essentielles :

Cette commission fait suite au Comité de lutte contre la douleur (CLUD). Elle assiste la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions de prise en charge de la douleur et de l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs et des indicateurs de suivi associés, sur l'ensemble de l'établissement.

La Commission promeut un plan d'actions dont les principaux objectifs sont :

⇒ Dans le domaine de la prise en charge de la douleur :

- d'améliorer le protocole de prise en charge de la douleur (repérage, évaluation, traçabilité) ;
- d'améliorer la formation pratique des professionnels de santé ;
- d'améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques ;
- de structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles

⇒ Dans le domaine de la prise en charge en soins palliatifs :

- de définir et rendre lisible la politique globale de prise en charge des malades en soins palliatifs ;
- de développer la culture « soins palliatifs » ;
- de travailler en partenariat avec tous les acteurs concernés par cette filière (réseaux, équipe mobile, GRECS, associations de bénévoles formés à l'accompagnement de fin de vie...) ;
- de conforter la recherche clinique en soins palliatifs et en accompagnement de fin de vie.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

Principaux textes de référence :

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie, dite loi « Claeys – Leonetti »
Code de la santé publique : articles L1110-2, L1110-5 à L1110-5-3, L1110-9 à L1110-11, L1112-4, R4127-2, R4127-37 et 38.



7.6.5 La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Attributions essentielles :

La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) assiste la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins et le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions d'établissement assorti d'indicateurs de suivi en matière :

- de bon usage des médicaments et notamment des médicaments anti-infectieux ;
- de bon usage des dispositifs médicaux stériles et de promotion de leur qualité, sécurisation, identification et traçabilité ;
- de management de la prise en charge médicamenteuse, qui est l'un des axes prioritaires de la politique institutionnelle d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des patients ;
- de participation à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Elle répond aux objectifs institutionnels en lien avec les tutelles et la réglementation.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission comporte trois sous-commissions :

- la commission des anti-infectieux (CAI)
- la commission de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (CSPCM)
- la commission des dispositifs médicaux (CDM)

Chacune est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

Principaux textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »

Code de la Santé Publique : articles L 5126-5 et L 6144-1 ; R 6111-9 à R 6111-11

Code de la Sécurité Sociale : D 162-16

Décret du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage et circulaire d'application du 19 janvier 2006.

7.6.6 Le Comité de liaison en alimentation et nutrition

Attributions essentielles :

Le Comité Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) assiste la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins dans :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions dans les domaines de l'alimentation et la nutrition des patients
- la promotion d'indicateurs de suivi des actions mises en place.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

Principaux textes de référence :

Code de la santé publique : article L6144-1

Circulaire DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé



7.6.7 La Commission d'identitovigilance

Attributions essentielles :

La commission a en charge la surveillance et la prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients.

Elle assiste la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions d'établissement assorti d'indicateurs de suivi dans le domaine de l'identification du patient tout au long de son parcours de soin dans le but de la fiabiliser.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

7.6.8 La Commission de l'accueil non programmé

Attributions essentielles :

La commission de l'accueil non programmé assiste la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions lié aux accueils non programmés de l'ensemble des patients accueillis dans les services d'urgences adultes et enfants, et l'ensemble des pôles de soins du CHU et des indicateurs de suivi associés.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

7.6.9 La Commission Equipement

Attributions essentielles :

La commission des équipements est chargée de définir les priorités d'achat de matériel en tenant compte du projet d'établissement lui-même fondé sur les projets de pôles et dans la limite des budgets alloués à ce titre.

Parmi les objectifs du projet d'établissement figure le développement des prises en charge de haute technicité. Il traduit la volonté de réaffirmer le positionnement du CHU comme établissement de recours dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire et de la région Grand Est, grâce aux compétences de ses personnels médicaux et paramédicaux, ainsi qu'à la technicité de ses structures et de ses équipements, notamment biomédicaux.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

7.6.10 La Commission du dossier du patient

Attributions essentielles :

- définir et suivre la politique du dossier du patient ;
- définir et suivre la politique d'habilitation et de gestion des accès et de la confidentialité, gestion des cas particuliers ;
- définir et suivre la politique de gestion des archives ;
- accompagner le déploiement du dossier du patient informatisé notamment la mise en œuvre des exigences réglementaires, la définition du périmètre et du calendrier des



développements spécifiques requis en collaboration avec les groupes de travail opérationnels ;

- définir et suivre la démarche continue de la qualité de la tenue du dossier du patient ;
- contribuer aux travaux qui seront menés dans le cadre du groupement hospitalier de territoire dont fait partie l'établissement, en vue de la mise en place d'un système d'information hospitalier convergent.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

7.6.11 La Commission soins de recours

Contexte :

Dans le cadre de la nouvelle organisation régionale induite par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le CHU de Reims organise une offre de référence et de recours, tant au sein du Groupement Hospitalier de Territoire dont il est l'établissement support, qu'en lien avec les groupements voisins et les autres CHU de la nouvelle Région Grand Est.

Attributions essentielles :

Les objectifs de la commission des soins de recours sont :

- de proposer les axes stratégiques à promouvoir en matière d'activités de recours, conformément aux orientations définies dans le projet d'établissement ;
- de faciliter la mise en place de filières de soins régionales ;
- de proposer les axes de collaboration avec les établissements pivots des GHT et les CHU de la nouvelle Région Grand Est.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

7.6.12 La Commission Recherche et Innovation

Contexte :

La commission Recherche et Innovation est l'instance médicale et scientifique d'orientation de la politique de recherche CHU. Le développement de la recherche s'inscrit dans la volonté de réaffirmer la vocation universitaire du CHU et d'améliorer sa performance.

Attributions essentielles :

Le développement de la recherche s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement. La dynamisation de la recherche médicale s'articule autour de trois axes :

1° Mieux organiser la recherche

L'organisation de la recherche clinique au CHU de Reims a été pensée au regard de l'évolution du contexte de la recherche en France et dans la nouvelle région Grand Est.

Il s'agit à la fois de promouvoir les essais cliniques, les inclusions et les publications, de renforcer l'organisation des plateformes techniques en appui des projets de recherche, d'élargir la participation des établissements publics de santé à la recherche et l'innovation, à travers les établissements pivots de Groupements Hospitaliers de Territoire, mais aussi de renforcer la coordination de la promotion de la recherche clinique au niveau national et interrégional.



2° Constituer un Centre de ressources biologiques régional

Afin de permettre une utilisation optimale des collections d'échantillons biologiques sur le secteur santé et d'assurer leur bonne conservation, leur traçabilité et la gestion des données associées, un Centre de Ressources Biologiques Régional (CRB) sera constitué et certifié. Ce CRB CHAR (CHampagne-ARdenne) a vocation à inclure, outre les collections d'échantillons biologiques du CHU, celles des équipes de recherche de l'Université (du secteur Santé et du secteur Sciences), voire des collections appartenant à des industriels présents sur le territoire de la Champagne-Ardenne.

Deux CRB sont déjà constitués et certifiés (CRB Toxoplasma et CRB Tumorothèque) et garderont leur structuration, un CRB est également en cours de constitution au sein de l'Institut Jean-Godinot. A terme, ces CRB seraient regroupés selon une structuration en réseau régional de CRB.

3° Développer la recherche translationnelle

Pour renforcer le continuum de la recherche fondamentale à la recherche clinique et améliorer la prise en charge des patients, la recherche translationnelle sera développée en s'appuyant sur les unités labellisées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et par les grands organismes de recherche.

En 2013, le CHU de Reims et l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA) ont lancé un appel d'offres pour financer trois projets Hospitalo-Universitaires en vue :

- de favoriser le rapprochement des équipes cliniques du CHU et des équipes de recherche fondamentale labellisées de l'Université
- d'encourager le développement de la recherche translationnelle ;
- de rassembler les masses critiques nécessaires de chercheurs autour de thématiques précises, identifiables à l'échelle nationale et internationale ;
- de consolider l'existence des laboratoires de recherche labélisés CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) ou INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et d'aider à la création de nouvelles unités de recherche associées aux grands organismes ;
- de préparer la constitution de Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU) avec les CHU avoisinants.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

7.6.13 La Commission des postes et des affaires médicales

Contexte :

Le CHU connaît depuis plusieurs années un renouvellement important de son personnel médical. Cela conduit notamment à proposer aux plus jeunes des perspectives de carrière, afin de consolider l'organisation des services et d'assurer une pérennité des prises en charge proposées par l'établissement.

Attributions essentielles :

- examiner les demandes de postes tant à la fin de l'internat qu'au cours du déroulement de la carrière des praticiens ;
- échanger sur les projets des nouveaux recrutés pour identifier les dynamiques au cours de l'internat et du post-internat ;



- donner une vision institutionnelle aux nouveaux recrutés ;
- apporter une transparence sur les affectations de postes et la mise en commun de supports budgétaires si nécessaire ;
- réviser la maquette de post-internat, afin d'améliorer les conditions de recrutement des internes et leur déroulement de carrière ;
- veiller à la qualité de vie au travail et aux conditions de travail ;
- participer à la mise en œuvre du projet social et managérial ;
- accompagner les démarches de formation à destination du personnel médical et notamment des responsables médicaux.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

7.6.14 La Commission de la communication

Attributions essentielles :

Cette commission a pour mission d'informer la communauté médicale et soignante de l'établissement des travaux de la CME. Par ses travaux, elle contribue également à l'amélioration de la connaissance, au sein de l'établissement, des activités de tous les secteurs, en vue de favoriser l'émergence d'une culture d'établissement commune.

Elle communique auprès des médecins de ville sur les activités proposées par le CHU, notamment celles de recours, d'enseignement et de recherche. Elle s'assure de la visibilité du corps médical de l'établissement auprès de ces derniers, mais également auprès des établissements de santé voisins.

Organisation et fonctionnement :

Cette Commission est dotée d'une charte d'organisation et de fonctionnement jointe en annexe du présent règlement intérieur.

Enfin, en matière d'éthique, le CHU s'est doté d'un Groupe de Réflexion Ethique Clinique et Soins (GRECS)

Le Groupe de Réflexion Ethique Clinique et Soins (GRECS) du CHU de Reims :

- contribue par ses travaux à l'élaboration d'une démarche éthique centrée sur la prise en charge du patient ;
- diffuse auprès des soignants les éléments clés de la démarche éthique dans le « prendre soins », ainsi que les chartes de prise en charge des publics vulnérables (charte Jacob...) ;
- décline les valeurs partagées de manière opérationnelle, sous forme de principes de fonctionnement ;
- promeut la formation initiale et continue en éthique de la santé et du soin ;
- participe aux missions de l'Espace de Réflexion Ethique de Champagne-Ardenne (ERECA) qui intervient en matière de formation universitaire, de documentation et de promotion de l'information.



Textes de référence

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé
Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements ou de structures internes
Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
Code de la santé publique :
C.M.E. : articles L6144-1 ; L6144-2 ; L6144-5 ; R6132-9 ; R 6144-1 à R6144-6 ; R.6152-74
Président de C.M.E.: art. L6143-7-3 ; L6143-7-5 ; L6146-1 ; L6146-2 ; D6143-37 à D6143-37-5



Article 8 : Le Comité Technique d'Etablissement

Le Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.) est une instance représentative du personnel qui est consultée sur un certains nombres de matières et particulièrement sur celles ayant une incidence sur le fonctionnement et l'organisation de l'établissement.

8.1 Attributions

⇒ **Le Comité Technique d'Etablissement est consulté sur** des matières sur lesquelles la Commission Médicale d'Etablissement est également consultée, à savoir :

1° Les projets de délibération du Conseil de Surveillance mentionnés à l'article L. 6143-1 :

1° Le projet d'établissement

2° La convention constitutive des Centres Hospitaliers Universitaires et les conventions passées en application de l'article L.6142-5 du Code de la santé publique. Ces conventions peuvent être conclues par les Universités et par les Centres Hospitaliers Régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L. 6142-1, qui dispose que les Centres Hospitaliers Universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements para-médicaux.

3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par la Directrice Générale;

6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;

8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7. En effet, sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux.

Les Centres Hospitaliers Universitaires peuvent prendre des participations et créer des filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat.

2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel;

3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

7° La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire et ses avenants.



⇒ Le Comité Technique d'Etablissement est également consulté sur les matières suivantes :

- 1° 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 ;
- 2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social;
- 5° 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 ;
- 6° Le règlement intérieur de l'établissement.

⇒ **Le C.T.E. est régulièrement tenu informé :**

- de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement ;
- du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.6114-1 du CSP ;
- du budget prévu à l'article L.6145-1 du CSP (Etat des prévisions de recettes et de dépenses);
- des propositions de création ou de participation à des réseaux de santé (article L.6143-7-8° du CSP).

8.2 Composition du Comité Technique d'Etablissement

Le Comité Technique d'Etablissement est présidé par la Directrice Générale. Celle-ci peut être suppléée par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Le C.T.E. est composé de représentants des personnels de l'établissement, à l'exception des personnels médecins, odontologistes et pharmaciens.

Au Centre Hospitalier Universitaire de Reims qui compte plus de 2000 agents, le CTE comprend, outre son Président, 15 membres titulaires et 15 membres suppléants.

8.3 Organisation du Comité Technique d'Etablissement

⇒ **Elections des membres**

Les membres du CTE sont élus au scrutin de liste avec représentation proportionnelle dans les conditions définies à l'article 9 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et des articles R6144-49 à R6144-66 du Code de la Santé Publique.

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.



⇒ **Durée des mandats**

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'Etablissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

⇒ **Remplacement en cours de mandat**

Lorsqu'un représentant du personnel 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 de son mandat, d'un changement d'établissement, ou parce qu'il est frappé de l'une des causes d'inéligibilité prévues à l'article R. 6144-53 (personnels en congé de longue maladie, en congé de longue durée ou de grave maladie ; 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 ; agents frappés d'une des incapacités énoncées par les articles L. 5 et L. 6 du Code électoral), 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 ;

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.

8.4 Fonctionnement du Comité Technique d'Etablissement

Le Comité Technique d'Etablissement établit son règlement intérieur, joint en annexe. Les principales dispositions sont les suivantes :

⇒ **Présidence**

Le Comité Technique d'Etablissement est présidé par la Directrice Générale, qui peut se faire représenter par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement. La Présidente du comité, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister de ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

⇒ **Réunions**

Les réunions du comité ont lieu sur convocation de sa Présidente, à l'initiative de celle-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai de quinze jours. Le comité se réunit au moins une fois par trimestre. Les séances du comité ne sont pas publiques.

⇒ **Ordre du jour**

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance fixé par la Présidente. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du C.T.E. dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.



L'ordre du jour et les documents afférents seront, par principe, transmis par voie dématérialisée garantissant la confidentialité, au moins quinze jours à l'avance aux membres du C.T.E.

⇒ Participation des suppléants

Lorsqu'un représentant titulaire se trouve dans l'impossibilité d'assister à une réunion du C.T.E., il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu (article R.6144-48 du C.S.P.).

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voix délibérative en application de l'article R. 6144-48, 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.

⇒ Personnes invitées en qualité d'experts

La Présidente du C.T.E., 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 motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

⇒ Participation du Médecin du travail

Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le Médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

⇒ Secrétaire du C.T.E.

Le comité élit parmi les membres titulaires un Secrétaire.

⇒ Procès-verbal

Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par la Présidente et le Secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

⇒ Quorum

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 quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut alors être fait application des dispositions prévues à l'article R.6144-74 du C.S.P..

⇒ Vote

L'article R.6144-74 dispose que 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.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des représentants du personnel, membres du comité, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. La convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du comité.

Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.



⇒ **Obligation de discrétion professionnelle**

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du Comité Technique d'Etablissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

⇒ **Modalités d'exercice des fonctions de membre**

Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance.

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

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au C.T.E.. 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.

8.6 Textes de référence

Code de la santé publique : Articles L6144-3 à L6144-5 ; R6144-40 à R6144-80 ; D6144-81 ; R6144-82 ; R6144-83, D6144-84 ; D6144-85.



Article 9 : Les Commissions Administratives Paritaires Locales

Les commissions administratives paritaires sont les instances de représentation des personnels titulaires de la fonction publique. Elles traitent des sujets relatifs aux carrières individuelles.

9.1 Attributions

Les Commissions Administratives Paritaires sont compétentes sur toutes les questions individuelles concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement, sur lesquelles elles émettent un avis.

Elles sont également saisies, à la demande du fonctionnaire intéressé, des litiges d'ordre individuel relatifs aux conditions d'exercice du temps partiel et des décisions refusant des autorisations d'absence pour suivre une action de préparation à un concours administratif ou une action de formation continue.

9.2 Composition

Les Commissions Administratives Paritaires Locales (C.A.P.L.) du C.H.U. sont instituées par le Conseil de Surveillance.

Elles sont au nombre de 10 :

- Corps de catégorie A

C.A.P. 1 : Personnel d'encadrement technique

C.A.P. 2 : Personnel de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

C.A.P. 3 : Personnel d'encadrement administratif

C.A.P.10 : Personnel sages-femmes

- Corps de catégorie B

C.A.P. 4 : Personnel d'encadrement technique et ouvrier

C.A.P. 5 : Personnel des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

C.A.P. 6 : Personnel d'encadrement administratif

- Corps de catégorie C

C.A.P.7 : Personnel technique, ouvrier, conducteur automobile, conducteur ambulanciers et personnel d'entretien et de salubrité.

C.A.P. 8 : Personnel des soins, des services médico-techniques et des services sociaux.

C.A.P. 9 : Personnel administratif

Les Commissions Administratives Paritaires Locales comprennent un nombre égal d'une part des représentants de l'administration désignés par le Conseil de Surveillance, d'autre part des représentants élus par le personnel, selon les modalités prévues par le décret n°2003-655 du 18 juillet 2003.

Le nombre de représentants du personnel de chaque C.A.P. est déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent (de 1 à 6 titulaires et autant de suppléants).

Les membres sont désignés pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé. Toutefois, lorsqu'une commission est créée ou renouvelée en cours de cycle électoral, les représentants du personnel sont élus dans les conditions prévues par le décret du 18 juillet 2003, pour la durée restant à courir avant le renouvellement général.



9.3 Fonctionnement

Le règlement intérieur des commissions administratives paritaires est soumis à l'approbation de la Directrice Générale du C.H.U. qui en assure la gestion.

⇒ Présidence

Les commissions administratives paritaires locales sont présidées par le Président du Conseil de surveillance ou son représentant.

En cas d'empêchement, le Président de séance est choisi parmi les représentants de l'administration membres de l'assemblée délibérante ou, à défaut, parmi les fonctionnaires de catégorie A dans l'ordre de désignation.

⇒ Réunions

Les commissions administratives paritaires se réunissent sur convocation de leur Président :

- a) Soit à son initiative ;
- b) Soit à la demande du directeur de l'établissement ;
- c) Soit à la demande écrite du tiers de leurs membres titulaires ;
- d) Soit, en ce qui concerne les commissions administratives paritaires locales, à la demande écrite du tiers des membres de l'assemblée délibérante.

Dans les trois derniers cas, le Président est tenu de convoquer les Commissions administratives paritaires dans le délai d'un mois. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Les commissions administratives paritaires se réunissent au moins deux fois par an. Les séances ne sont pas publiques.

Les membres suppléants peuvent assister aux séances de la commission administrative paritaire sans pouvoir prendre part aux débats.

⇒ Ordre du jour

L'ordre du jour de la C.A.P.L. est fixé par le Président au vu des propositions de la Directrice Générale du C.H.U..

Le Président veille à ce que les membres des C.A.P.L. reçoivent communication de toutes pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission deux semaines au moins avant la date de la réunion.

⇒ Quorum

Les C.A.P.L. ne délibèrent valablement qu'à condition d'observer les règles de constitution et de fonctionnement édictées au titre IV du statut général des fonctionnaires et par le décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires.

En outre, les trois quarts au moins de leurs membres ayant voix délibérative doivent être présents à l'ouverture de la séance. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée dans le délai de huit jours aux membres de la commission qui, sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 60 du décret du 18 juillet 2003, siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents ayant voix délibérative.

⇒ Secrétariat

Le secrétariat administratif des C.A.P.L. est assuré par la Direction des ressources humaines.

⇒ Avis

Les C.A.P.L. émettent leur avis à la majorité des suffrages exprimés, sauf lorsqu'elles siègent en matière disciplinaire. Dans ce dernier cas, leur avis est requis à la majorité des membres présents.



S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, ou, à la demande d'au moins un tiers des membres présents, à bulletin secret. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination prend une décision différente de l'avis ou de la proposition émis par la commission, elle informe dans le délai d'un mois la commission des motifs qui l'ont conduite à ne pas suivre cet avis ou cette proposition.

Un fonctionnaire ne peut siéger lorsque la commission doit émettre un avis le concernant à titre individuel.

⇒ **Obligation de discrétion professionnelle et de stricte confidentialité**

Les membres des commissions administratives paritaires sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

La teneur des débats et des votes doit rester sous le sceau de la stricte confidentialité.

⇒ **Modalités d'exercice des fonctions de membre**

Toutes facilités doivent être données aux membres des C.A.P.L. par les administrations pour leur permettre d'exercer leurs attributions. Dans un délai de dix jours précédant la réunion, ils ont accès, sur leur demande, aux dossiers individuels des agents dont la situation doit être examinée en commission.

Les membres des commissions administratives paritaires ne perçoivent aucune indemnité pour l'accomplissement de leur mandat. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

9.4 Textes de référence

*Décret n°82-451 du 28 mai 1982 relatif aux commissions administratives paritaires
Décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n°2014-819 du 18 juillet 2014.*

Article 10 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.) contribue à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement. Il participe à l'amélioration des conditions de travail et veille au respect des prescriptions légales de son domaine de compétence.

10.1 Attributions

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.) a pour missions :

- 1° De contribuer à la prévention et 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 ;
- 2° 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 ;
- 3° De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.



A cet effet, le C.H.S.C.T. :

- 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 ;
- 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.
- procède, à intervalles réguliers, à des inspections. La fréquence de ces inspections est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité ;
- réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Le C.H.S.C.T. est par ailleurs 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 ;
- sur le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies (lorsque celles-ci sont susceptibles d'avoir des conséquences sur l'emploi, la qualification, la rémunération, la formation ou les conditions de travail) 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 (L4612-12 du Code du travail)

Enfin, le CHSCT examine et donne son avis sur un rapport et un programme annuel présentés par le chef d'établissement (ceux-ci sont ensuite communiqués au CTE avec l'avis du CHSCT) :

- rapport annuel écrit faisant 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 ;
- 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.

Le représentant du personnel au CHSCT, qui constate l'existence d'une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un agent, en alerte immédiatement le Chef d'établissement (article L.4131-2 du Code du travail) et consigne alors son avis par écrit dans un registre spécial tenu sous sa responsabilité à la disposition des représentants du CHSCT au Standard de l'Hôpital Robert Debré, en mentionnant le ou les postes concernés, le nom du ou des agents concernés, la nature ou la cause du danger, ainsi que la date et la signature de l'agent consignait l'avis.

Le Chef d'établissement ou son représentant procède immédiatement à une enquête avec le représentant du C.H.S.C.T. qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, notamment par arrêt du travail, de la machine ou de l'installation, le C.H.S.C.T. est réuni d'urgence, dans un délai n'excédant pas vingt-quatre heures.



Le Chef d'établissement ou son représentant informe immédiatement l'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, qui peuvent assister à la réunion du C.H.S.C.T. A défaut d'accord entre l'employeur et la majorité du C.H.S.C.T. sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'inspecteur du travail est saisi immédiatement par le Chef d'établissement ou son représentant.

10.2 Composition

La délégation du personnel au C.H.S.C.T. comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants. Elle comprend 12 membres avec voix délibérative :

- le Chef d'établissement, ou son représentant, Président
- 9 représentants des personnels non médicaux
- 2 représentants des personnel médicaux

Siègent à titre consultatif :

- les médecins du travail ;
- le responsable des services économiques
- l'ingénieur chargé de l'entretien des installations
- le coordonnateur général des soins infirmiers ou son représentant
- un professeur des universités - praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

Assistent également à la séance :

- le Directeur des ressources humaines
- le Directeur adjoint des ressources humaines
- le Directeur des services techniques
- les Directeurs de site.

L'inspecteur du travail est invité aux réunions.

Le CHSCT peut aussi faire appel à titre occasionnel au concours de toute personne de l'établissement qui lui paraîtrait qualifiée. Ces membres occasionnels ne sont présents en séance que sur le sujet sur lequel ils sont entendus et doivent quitter la séance avant le vote ou les débats sur un autre point de l'ordre du jour.

Les représentants des personnels non médecins 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 recueillies par chacune des organisations syndicales, dans l'établissement, à l'occasion du renouvellement du Comité technique d'établissement. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

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.

Lorsqu'au cours de son mandat, un représentant cesse ses fonctions dans l'établissement, il est remplacé dans le délai d'un mois.

Les représentants du personnel non médecins cessent de faire partie du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail 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.

Les représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes sont désignés par la Commission Médicale d'Etablissement en son sein.

10.3 Fonctionnement

Le C.H.S.C.T. détermine, dans son règlement intérieur, joint en annexe, les modalités de son fonctionnement et l'organisation de ses travaux (NB : 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). Les principales règles de fonctionnement sont les suivantes :



⇒ **Présidence**

Le C.H.S.C.T. est présidé par la Directrice Générale du C.H.U. ou son représentant.

⇒ **Réunions**

Le C.H.S.C.T. 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 représentants du personnel. Les séances ne sont pas publiques.

⇒ **Ordre du jour et convocation**

L'ordre du jour de chaque réunion du C.H.S.C.T. est établi par le Président et le Secrétaire du comité (choisi par et parmi les représentants du personnel). Toutefois, les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le Président ou le Secrétaire.

L'ordre du jour de la réunion du CHSCT et, le cas échéant, les documents s'y rapportant sont transmis par le Président aux membres du comité et à l'inspecteur du travail 15 jours au moins avant la date fixée pour la réunion, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence. Les modalités pratiques de convocation et de transmission des documents sont fixés par le règlement intérieur du CHSCT.

⇒ **Vote**

Les décisions du C.H.S.C.T. portant sur ses modalités de fonctionnement et l'organisation de ses travaux sont adoptées à la majorité des membres présents. Il en est de même des résolutions que le comité adopte. Le Président ne participe pas au vote lorsqu'il consulte les membres élus du comité en tant que délégation du personnel.

⇒ **Recours à un expert**

Le CHSCT peut faire appel à un expert agréé dans les situations suivantes :

- quand un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel, est constaté dans l'établissement ;
- en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévu à l'article L. 4612-8-1.

Les frais d'expertise sont à la charge de l'employeur. Le Chef d'établissement ne peut pas s'opposer à l'entrée de l'expert dans l'établissement. Il lui fournit les informations nécessaires à l'exercice de sa mission. Le Chef d'établissement peut toutefois contester en justice la nécessité de l'expertise, la désignation de l'expert, le coût, l'étendue ou le délai de l'expertise.

⇒ **Obligation de discrétion professionnelle**

Les membres du C.H.S.C.T. sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le Chef d'établissement ou son représentant.

⇒ **Modalités d'exercice des fonctions de membre**

Les représentants du personnel au CHSCT bénéficient d'heures de délégation dont la durée varie selon les effectifs de l'établissement (NB : 20 h par mois au CHU). Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux les heures de délégation dont ils disposent. Ils en informent l'employeur.

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

10.4 Textes de référence

Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Code du travail art. L 4611-1 à L 4616-5 ; art. R 4615-1 à R 4615-21



Article 11 : La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- techniques

Instance de consultation, la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est plus spécifiquement consultée sur l'organisation générale des soins, la recherche, la formation et l'évaluation des professionnels, ainsi que sur les thématiques de qualité et de sécurité des soins.

11.1 Attributions

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (C.S.I.R.M.T.)

⇒ **est consultée** pour avis sur :

- 1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- 2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- 3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- 4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 5° La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 6° La politique de développement professionnel continu.
- 7° La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire et ses avenants.

⇒ **est informée** sur :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (admission par la Directrice Générale sur proposition du Chef de pôle, après avis du Président de la C.M.E., de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, ainsi que d'auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral à participer aux activités de soins de l'établissement) ;
- 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

⇒ **est associée aux travaux de la C.S.I.R.M.T. du Groupement Hospitalier Territoire:**

Selon les dispositions de l'article R6132-12 du Code de la santé publique, la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire dont l'établissement est membre prévoit la mise en place d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement. Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements de santé et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.

La répartition des sièges au sein de la commission et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.

Les avis émis par la C.S.I.R.M.T. du groupement sont transmis à chacune des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.



11.2 Composition

La C.S.I.R.M.T. est présidée par le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le nombre de sièges au sein de la C.S.I.R.M.T. est déterminé par le présent règlement intérieur, dans la limite de 40 membres élus pour les centres hospitaliers universitaires.

La C.S.I.R.M.T. du C.H.U. de Reims comprend 24 membres élus répartis en trois collèges :

1° Collège des cadres de santé : 9 membres

2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : 12 membres

3° Collège des aides-soignants : 3 membres

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.

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- a) Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicales rattachés à l'établissement ;
- c) 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 ;
- d) Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- e) Un représentant de la commission médicale d'établissement.

Une représentante des sages-femmes est également invitée.

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

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

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

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

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

La Présidente du Directoire arrête la liste des membres composant la commission.

L'élection des membres de la C.S.I.R.M.T. se fait uniquement par correspondance. Les modalités du scrutin et du vote sont précisées par son règlement intérieur.

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



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

11.3 Fonctionnement

La C.S.I.R.M.T. se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau.

⇒ Présidence

La C.S.I.R.M.T. est présidée par le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

⇒ Réunions

La C.S.I.R.M.T. se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son Président. Cette convocation est de droit à la demande de la Présidente du Directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Les séances ne sont pas publiques.

⇒ Ordre du jour

L'ordre du jour de chaque réunion de la C.S.I.R.M.T. est établi par le Président de la Commission.

⇒ Quorum

La C.S.I.R.M.T. délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents.

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

⇒ Compte rendu

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

⇒ Rapport annuel d'activité

Le Président de la Commission rend compte, chaque année, de l'activité de la C.S.I.R.M.T. dans un bilan adressé et présenté au Directoire.

11.4 Textes de référence

Code de la Santé Publique : Articles R6146-10 à R6146-15 ; R6132-12 (modifié par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire).



Article 12 : La Commission des Usagers

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a transformé la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (C.R.U.Q.P.C.) en Commission des Usagers (CDU). Le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 a fait évoluer les missions et la composition de la CDU. Cette instance permet un regard croisé entre les soignants, les représentants de l'administration et les représentants des usagers. Elle constitue un levier important pour améliorer les conditions d'accueil, la prise en charge, l'information des usagers, ainsi que l'organisation des parcours de soins et la politique de qualité et de sécurité.

12.1 Attributions

La Commission des Usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs 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 commission participe à l'élaboration de la politique d'accueil, de prise en charge et d'information des usagers**

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

⇒ **La commission fait des propositions en matière de politique qualité et sécurité**

La Commission est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement. Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

⇒ **La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.**

Elle 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. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission par la Directrice adjointe en charge de la qualité.

Pour mémoire, l'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à la Directrice Générale. Soit cette dernière y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit elle informe l'intéressé qu'elle procède à cette saisine.

Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers (article R.1112-92 modifié par le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016).



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

La Commission des usagers examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel, dans les conditions prévues aux articles :

- R.1112-93 du Code de la Santé Publique (C.S.P.) :

Le médiateur, saisi par la Directrice Générale du C.H.U. ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

- et R. 1112-94 du C.S.P. :

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu à la Présidente de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, la Directrice Générale du C.H.U. ou son représentant répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.,

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

La Commission peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 du C.S.P. (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ; admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat), la commission peut confier l'instruction de la demande à la Commission départementale des soins psychiatriques.

⇒ **La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.**

A cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment:

- a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;



- c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier. Les informations relatives aux événements indésirables graves (NB : événements inattendus au regard de la santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent), à leur analyse et aux mesures correctives garantissent l'anonymat des patients et des professionnels concernés ;
- g) Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

2° A partir notamment de ces informations, la Commission :

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

Afin que la Commission puisse exercer au mieux ses missions, la Direction des usagers tient notamment à la disposition des membres de la commission :

- L'ensemble des plaintes et réclamations adressées au Centre Hospitalier Universitaire ainsi que les réponses qui y sont apportées ;
- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité, préparées par la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) ;
- Les avis, vœux et recommandations formulées par les diverses instances consultatives;
- La synthèse annuelle des réclamations ou plaintes adressées à l'établissement ;
- Le bilan des demandes de communication d'informations médicales formulées et les délais de satisfaction de ces demandes ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers et en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de satisfaction ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement.

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel

Le Conseil de surveillance délibère au moins un 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.



Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au Conseil de Surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis avec les éléments d'information énumérés au 1° ci-dessus, 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.

4° La commission peut proposer un projet des usagers

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

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

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

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

⇒ La commission donne son avis sur l'option proposée dans le cadre de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire, entre la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement.

Selon les dispositions de l'article R6132-11 du Code de la santé publique modifié par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, la convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement.

Les avis émis par le comité des usagers ou par la commission des usagers de groupement dans le cadre de ses travaux, sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

12.2 Installation et composition

⇒ Installation de la commission

Le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016, publié au Journal Officiel du 3 juin 2016, prévoit que la commission des usagers soit installée dans un délai de six mois à compter de la publication dudit décret. [La Commission a été installée au cours de sa réunion du 13 octobre 2016.](#)



⇒ Composition de la commission

La Commission des usagers est composée comme suit (article R1112-81 du CSP, modifié par le décret du 1^{er} juin 2016) :

- 1° **La Directrice Générale** du C.H.U. ou la personne qu'elle désigne à cet effet
- 2° **Deux médiateurs et leurs suppléants**, désignés par la Directrice Générale dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 du Code de la Santé Publique (C.S.P.) : le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par la Directrice Générale parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement. Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par la Directrice Générale, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement 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. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service ;
- 3° **Deux représentants des usagers et leurs suppléants**, désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du C.S.P. Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du Conseil de surveillance demandent à siéger à ce titre au sein de la commission, le Directeur Général de l'Agence est dispensé de solliciter de telles propositions.
- 4° **Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement** ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission.

Le dernier alinéa (4°) a été ajouté par le présent règlement intérieur, conformément à l'article R1112-81-II du C.S.P. qui prévoit que la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

- 1° Le Président de la C.M.E. ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- 2° Un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du Comité technique d'établissement en son sein ;
- 4° Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Par ailleurs, le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

[Un membre du Conseil de la Vie Sociale participe à la CDU, et inversement, permettant de bénéficier de la plus-value reposant sur la qualité et la complémentarité des R.U. de la CDU et des représentants du CVS.](#)

La Directrice Générale arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R. 1112-91 à R. 1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement.

La durée du mandat des médiateurs et des représentants des usagers 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.



12.3 Fonctionnement

La Commission des usagers (CDU) établit son règlement intérieur.

⇒ Présidence et vice-présidence

Le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers, pris en application de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183) portant modernisation de notre système de santé, dispose que la présidence, qui était jusqu'alors assurée par la Directrice Générale du C.H.U. ou la personne qu'elle désigne à cet effet, peut désormais être assurée par un des membres mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article R.1112-81, à savoir la Directrice Générale ou son représentant, un médiateur ou un représentant des usagers.

Le président est élu, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission prévus à l'article 12.2 du règlement intérieur.

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 deux alinéas précédents un vice-président parmi les membres figurant aux 1° à 3° du I de l'article R. 1112-81. Le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

Il est procédé aux élections du président et du vice-président de la commission, dans un délai d'un mois à compter de l'installation de la commission des usagers au sein de l'établissement. Jusqu'à ces élections, la présidence est assurée par la Directrice Générale du CHU ou son représentant. [L'élection s'est déroulée au cours de la réunion de la CDU du 8 décembre 2016.](#)

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.

⇒ Réunions

La commission se réunit sur convocation de son Président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. Les séances ne sont pas publiques.

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

⇒ Ordre du jour

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.

⇒ Participation aux travaux

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 la Directrice Générale, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le Président de la Commission médicale d'établissement, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

Le Président peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix (disposition applicable à la C.R.U.Q.P.C., supprimée dès installation de la CDU).



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

⇒ **Personnes compétentes invitées**

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

Les personnes invitées n'ont pas voix délibérative et ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

⇒ **Vote**

La Commission ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié au moins des membres ayant voix délibérative sont présents à l'ouverture de la séance.

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

⇒ **Compte rendu**

Le secrétariat est assuré à la diligence de la Directrice Générale du C.H.U..

Chaque séance de la C.D.U. fait l'objet d'un compte rendu adressé par la aux membres de la Commission dans un délai de quinze jours.

⇒ **Modalités d'exercice des fonctions de membre**

La Directrice Générale du C.H.U. met à la disposition des membres de la commission les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

⇒ **Formation des représentants des usagers**

Les représentants des usagers dans les instances du CHU suivent une formation de base délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées.

Cette formation est conforme à un cahier des charges. Le cahier des charges ainsi que la liste des associations délivrant la formation sont arrêtés par le ministre chargé de la santé.

Cette formation donne droit à une indemnité versée au représentant d'usagers par l'association assurant la formation. Un décret détermine les modalités selon lesquelles une subvention publique est allouée à cet effet à l'association. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le montant de cette indemnité.

12.4 Textes de référence

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Articles 176 et 183)

Décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Code de la Santé publique. : Articles L1112-3, R1112-79 à R1112-94 et R6132-11.

Article 13 : La Commission d'activité libérale

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale.



13.1 Attributions

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

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

- le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;
- le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ;
- le Président du Conseil de Surveillance ;
- le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- la Directrice Générale du C.H.U.

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

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées ci-dessus 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 en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5 du Code de la santé publique, qui dispose que la commission peut, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents. Ces derniers communiquent à la Directrice Générale et au Président de la commission de l'activité libérale le nombre de ses consultations, le nombre et la nature des actes qu'il effectue et ses dépassements d'honoraires éventuels.

Par ailleurs, la commission peut, dans le respect du secret médical, demander communication à l'établissement, comme aux praticiens concernés, de toutes informations utiles à l'exécution de ses missions et notamment des jours et heures de consultations publiques et privées figurant au tableau général de service prévisionnel établi par le chef de Pôle et arrêté mensuellement par la Directrice Générale du C.H.U.

Le rapport est communiqué, pour information, à la Commission médicale d'établissement, au Conseil de surveillance, à la Directrice Générale du C.H.U. et au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

13.2 Composition

La commission comprend :

- 1° 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 ;
- 2° Deux représentants désignés par le Conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- 3° Un représentant de l'Agence Régionale de Santé désigné par son Directeur Général ;
- 4° Un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie désigné par son Directeur ;
- 5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la Commission médicale d'établissement ;
- 6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la Commission médicale d'établissement ;
- 7° Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 du Code de la Santé Publique.

Les membres de la Commission de l'activité libérale sont nommés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.



Le mandat des membres de la commission de l'activité libérale d'établissement est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

13.3 Fonctionnement

La commission établit son règlement intérieur, joint en annexe.

⇒ Présidence

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.

⇒ Réunions

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le Président du Conseil de Surveillance, le Président de la C.M.E., Directrice Générale du C.H.U. ou par un praticien.

Les séances ne sont pas publiques. Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de secret.

⇒ Ordre du jour

Le Président arrête l'ordre du jour, qui est communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion.

⇒ Vote

La commission arrête ses propositions ou ses avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

⇒ Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré à la diligence de la direction de l'établissement.

⇒ Procédure de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale

Peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnée à l'article L162-5 du Code de la sécurité sociale.

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.

Ce contrat prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte. En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité, dont les modalités de calcul sont prévues au contrat, ne peut être supérieur à 30 % du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause prévue au premier alinéa du présent IV n'a pas été respectée.



Ce contrat est approuvé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après avis de la Directrice Générale, du Chef de pôle et du Président de la C.M.E., pour une durée de cinq ans renouvelable.

L'autorisation d'exercice de l'activité libérale peut être suspendue ou retirée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements et les dispositions du contrat et notamment :

- 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 ;
- que le praticien s'acquitte de la redevance due au C.H.U. (consultations : 16 % ; actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 25% ; actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 60 % ; actes d'imagerie associés à un acte interventionnel et auxquels était affectée, antérieurement au 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z : 40 %) ;
- que le libre choix du patient soit respecté et que les honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris, soient affichés, de façon visible et lisible dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice ;
- qu'aucun lit ni aucune installation médico-technique ne soit réservée à l'exercice de l'activité libérale.

La durée de la suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale ne peut excéder 2 ans.

Cette décision est prise après avis ou sur proposition de la Commission de l'activité libérale.

Lorsque la commission est consultée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien ou qu'elle décide de se saisir du cas 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 un ou des défenseurs.

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La C.M.E. 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'A.R.S., la commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine. Passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

En cas de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention (régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins ; voir ci-dessus), résultant d'une décision du Directeur d'un organisme d'assurance maladie, et après expiration des voies de recours, l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est suspendue pendant toute la durée de la mise hors convention.

Les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne peuvent pas siéger au sein des commissions locales et régionales de l'activité libérale, pendant la durée restante de leur contrat.

13.4 Textes de référence :

*Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Article138)
Code de la Santé publique. : Articles L6154-1 à L6154-7 et R6154-10 à R6154-24.*



Article 14 : Les instances de gestion de la qualité et de la sécurité

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 a introduit la certification au sein du système de santé français. Des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et mandatés par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (H.P.S.T.) a renforcé les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.

Après concertation du Directoire, la Directrice Générale décide, conjointement avec le Président de la C.M.E., de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins du C.H.U., avec l'appui notamment :

- *du Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques*
- *de la Cellule de coordination interdisciplinaire et d'appui (CECOIA)*
- *du Coordonnateur gestionnaire des risques associés aux soins*
- *de la Direction qualité et gestion des risques.*

Article 14.1 Le Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques

Pour chaque thématique de la certification, le Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques priorise les risques de l'établissement, propose des actions d'amélioration au Directoire et en assure le suivi.

14.1.1 Attributions

Les objectifs de ce Comité s'appuient sur une lettre d'engagement signée conjointement par la Directrice Générale et le Président de CME.

Le Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques est l'instance de référence en matière de politique qualité et sécurité chargée :

- d'élaborer et de coordonner la politique globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des biens et des personnes, dont la sécurité des soins qui est arrêtée conjointement par la Directrice Générale et le Président de C.M.E. ;
- d'informer les instances institutionnelles du suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité ;
- de se tenir informé de l'ensemble des démarches d'évaluations externes menées sur l'établissement (positionnement institutionnel) ;
- de développer une culture qualité et sécurité sur l'établissement auprès des professionnels, des usagers et des résidents ;
- de piloter la démarche de certification H.A.S. : validation, suivi et évaluation du plan d'actions en vue de la certification, information aux instances, proposition de désignation par la Directrice Générale des pilotes des thématiques du compte qualité, validation des thématiques retenues dans le compte qualité.

Les risques de l'établissement en matière de qualité et de sécurité sont identifiés et hiérarchisés dans le compte qualité. Cette innovation de la V2014 vise à rendre la procédure de certification plus continue et constitue un outil de pilotage de la démarche de certification de chaque établissement.



Un tableau de bord regroupe les thématiques de la certification par grands domaines :

- sécurité de la prise en charge
- prise en charge du patient
- parcours des patients
- secteurs à risques
- management
- fonctions supports

et propose pour chaque thématique des plans d'action en termes d'organisation, de formation, de communication et de développement de la culture « qualité-gestion des risques ».

Le comité de pilotage qualité gestion des risques désigne pour chaque thématique de la certification des pilotes chargé d'identifier et de hiérarchiser les risques et de proposer et d'évaluer les plans d'actions.

14.1.2 Composition

La composition du Comité, présentée au Directoire du 13 mars 2015, est arrêtée comme suit :

- la Directrice Générale ou le Directeur Général Adjoint
- le Président de C.M.E. ou son représentant
- le Coordonnateur Général des Soins ou son représentant
- deux représentants médicaux sur proposition du Président de CME
- deux représentants de l'équipe de direction sur proposition de la Direction Générale
- deux représentants paramédicaux sur proposition de la Direction des soins
- un représentant des usagers.

Sont Invités à titre permanent :

- le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- la Directrice de la Qualité et Gestion des Risques
- les ingénieurs de la Direction de la Qualité et Gestion des Risques

Le Comité de pilotage se réserve le droit d'inviter tout professionnel de l'établissement, dont il estimera que l'expertise est incontournable pour s'assurer de la cohérence des demandes d'évaluation au regard de la politique et des objectifs de l'établissement.

14.1.3 Fonctionnement

⇒ Réunions

Le Comité de pilotage se réunit mensuellement, selon un calendrier de réunion préétabli et communiqué tous les semestres aux membres.

Les séances ne sont pas publiques.

⇒ Ordre du jour

La préparation des réunions du Comité de pilotage est assurée conjointement par la Directrice Générale et le Président de C.M.E.

L'ordre du jour est transmis aux membres dans les sept jours qui précèdent la réunion.

⇒ Suivi des actions

Un état d'avancement des actions programmées est présenté à chaque réunion à l'appui du tableau de bord de suivi des actions.

⇒ Secrétariat

Le secrétariat du comité est assuré par la Direction de la Qualité Gestion des Risques.



⇒ **Compte rendu**

Un compte-rendu est rédigé à l'issue de chaque réunion et diffusé auprès de ses membres.

Les comptes-rendus des réunions et les décisions prises par le Comité de pilotage sont transmis aux membres de la Cellule de Coordination interdisciplinaire et d'appui (CECOIA) pour information et mise en application des directives.

⇒ **Archivage des documents**

L'archivage des documents est assuré par Direction de la Qualité Gestion des Risques.

14.1.4 Textes de référence

- *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;*
- *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (H.P.S.T.) ;*
- *Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière.*
- *Code de la Sécurité Sociale : articles L. 161-37-4°, R. 161-70 et R. 161-74;*
- *Code de la Santé publique : articles L. 1414-4, L. 6113-3, L. 6113-4, L. 6113-6, L. 6113-7, L.6322-1, R. 6113-14 et R. 6113-15*
- *Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé*
- *Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010*
- *Décision n°2012.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010).*

Article 14.2 La Cellule de coordination interdisciplinaire et d'appui

La Cellule de coordination interdisciplinaire et d'appui (CECOIA) a été créée sur proposition du Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques. Elle assure un appui opérationnel :

- *aux Pôles d'activité dans l'animation de la démarche d'amélioration de la qualité et la gestion des risques*
- *aux pilotes de thématiques de la certification V2014*
- *aux commissions et groupes de travail concourant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients.*

14.2.1 Attributions

La CECOIA est une interface méthodologique entre le Comité de pilotage, les structures de coordination (commissions CME, groupes de travail, pilotes de thématiques, référents et correspondants qualité, gestionnaires des risques et crises) et les pôles d'activité.

Ses principales missions sont :

- de relayer la politique qualité sécurité des soins au sein de l'établissement en intervenant aux instances sur des sujets précis et en participant aux actions menées auprès du public
- de rendre compte de l'avancée de chaque thématique ou processus V2014 au Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques
- d'accompagner les référents et correspondants qualité, les équipes de pôle, les pilotes thématiques, en participant aux actions de terrain
- de proposer, d'élaborer et de diffuser des outils de travail facilitant les démarches et leur évaluation
- d'être un relais d'information auprès des pôles



- d'aider les référents qualité des pôles et les équipes de pôle à définir les objectifs qualité du pôle
- d'effectuer le suivi du volet qualité du contrat de pôle avec les référents qualité, en utilisant les outils institutionnels de suivi et de participer à la préparation du bilan annuel.

14.2.2 Composition

Les membres du CECOIA sont :

- la Directrice Qualité Gestion des Risques
- le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- l'ingénieur qualité
- l'ingénieur gestionnaire des risques
- les cadres supérieurs de santé désignés par la la Direction des soins

La CECOIA pourra par ailleurs être amenée à faire appel à d'autres professionnels en rapport avec leur expertise.

14.2.3 Fonctionnement

⇒ Réunions

La SECOIA se réunit de façon hebdomadaire, selon un calendrier de réunion préétabli. Les référents qualité des pôles sont invités aux séances selon un calendrier pré-défini.

⇒ Compte rendu

Un compte-rendu est rédigé à l'issue de chaque réunion et diffusé auprès de ses membres, dans les sept jours suivant la réunion.

⇒ Communication

Un espace informatique partagé (Qualité Risques Evaluation) est ouvert à chaque membre de la CECOIA. Une adresse mail dédiée « CECOIA » est routée vers chacun des membres et constitue un outil d'échange privilégié avec les professionnels de l'établissement.

⇒ Archivage des documents

L'archivage des documents est assuré par Direction de la Qualité Gestion des Risques.

Article 14.3 Le Coordonnateur gestionnaire des risques associés aux soins

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins représente une fonction innovante. Il remplit un rôle d'appui stratégique, de coordination et de gestion opérationnelle. Son positionnement dans la structure est un enjeu important pour le succès de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

14.3.1 Attributions

Le Coordonnateur gestionnaire des risques associés aux soins a notamment pour missions :

- d'apporter un appui stratégique au Président de la C.M.E. et à la Directrice Générale, en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;



- d'apporter conseil et expertise méthodologique pour l'élaboration du programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- de contribuer à la lisibilité de ce programme d'actions par les professionnels de l'établissement et de favoriser son appropriation par les acteurs directs ;
- de participer à l'identification des risques a priori en collaboration avec les différents experts pour la définition du programme d'actions et de ses indicateurs de suivi ;
- d'assurer une cohérence des actions engagées par les différents professionnels impliqués dans la gestion des risques associés aux soins, que ceux-ci soient directement liés aux patients ou liés à la vie hospitalière (vigilances, hygiène, risques directement associés à la pratique de soins, risques professionnels, risques environnementaux, risques techniques, risques liés aux travaux, ou autres risques ayant un impact pour la sécurité du patient) ;
- d'assurer une cohérence de la démarche de gestion des risques associés aux soins avec les différents projets de l'établissement dans les domaines de la qualité, de l'évaluation des pratiques, du développement professionnel continu, de la certification d'établissement, de l'accréditation d'activités ou encore notamment de l'accréditation des médecins des spécialités à risques ;
- de mettre en œuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement ;
- d'identifier et de veiller à la diffusion de l'expertise méthodologique relative à la prévention, l'identification, l'analyse, la récupération et la réduction des événements indésirables associés aux soins ;
- de veiller à l'analyse des événements indésirables en relation avec celle des plaintes et des réclamations, avec les pôles et les secteurs d'activités.

14.3.2 Pilotage opérationnel

Le Coordonnateur est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Il s'appuie, pour la mise en œuvre du programme d'actions comme pour ses autres missions, sur l'ensemble des professionnels de l'établissement, et particulièrement sur :

- les personnes en charge des vigilances destinées à garantir la sécurité sanitaire ;
- les responsables du management de la qualité et de la sécurité des soins (prise en charge médicamenteuse, radiothérapie, stérilisation) ;
- l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- le service de santé au travail pour la prévention des risques professionnels et personne compétente en radioprotection (art. R. 4456-1 du code du travail) ;
- les professionnels impliqués dans la gestion des autres risques associés ou non aux soins, dont ceux des domaines biomédical, de la radiophysique médicale, technique, environnemental, logistique et administratif ;
- les médecins accrédités ou engagés dans la procédure d'accréditation des médecins des spécialités à risques prévue à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique ;
- les professionnels chargés de la qualité ;
- les professionnels chargés de la gestion des plaintes et des réclamations ;
- le médecin responsable du département d'information médicale (DIM), etc...

Le Coordonnateur peut faire appel, selon des modalités définies dans l'établissement, à des structures reconnues pour leur expertise en matière de qualité et de sécurité des soins, que celles-ci soient internes à l'établissement de santé ou externes (CCLIN-ARLIN, OMEDIT, CRPV, autres structures d'appui).



14.3.3 Nomination

Le Coordonnateur gestionnaire des risques associés aux soins est désigné par la Directrice Générale, en concertation avec le Président de la C.M.E.

Le Coordonnateur devra avoir acquis lors de son cursus universitaire et/ou professionnel des connaissances en gestion des risques liés à la prise en charge des patients, démarche qualité, management, etc...

14.3.4 Textes de référence

- Code de la Santé publique : articles R6111-2 ; R6111-4
- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010.

Article 14.4 La Direction qualité et gestion des risques

La Direction qualité et gestion des risques anime, accompagne et suit les démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques au niveau de l'établissement. Elle vise à promouvoir une culture de la qualité et de l'évaluation.

14.4.1 Attributions

La Direction qualité et gestion des risques :

- assure l'aide au pilotage stratégique, notamment en participant aux travaux du Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques ;
- coordonne le pilotage opérationnel, en animant la Cellule de coordination interdisciplinaire et d'appui (CECOIA) ;
- apporte un appui opérationnel aux pôles et aux pilotes de thématiques de la certification.

Elle apporte son soutien méthodologique et organisationnel et coordonne, en lien avec tous les acteurs concernés :

- les travaux préparatoires à la visite de certification
- les évaluations externes
- la gestion des risques et notamment :

- la gestion des événements indésirables (EI)

Selon la définition retenue par la Haute Autorité de Santé, « un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau ».

Un événement indésirable grave est un événement susceptible d'avoir des conséquences graves sur la santé des personnes sont (cause d'hospitalisation, de prolongation de l'hospitalisation, d'incapacité à la sortie ou de risque vital) ou présentant un caractère inhabituel ou susceptible d'avoir un retentissement particulier.

Afin de promouvoir le signalement des événements indésirables, l'établissement s'engage à ne pas sanctionner les professionnels ayant signalé des erreurs non intentionnelles.

La déclaration à l'Agence Régionale de Santé des événements indésirables graves associés aux soins est obligatoire (articles L1413-14 et L1413-15 du Code de la Santé).



La Direction Qualité et Gestion des Risques assure le recueil, le suivi, le traitement et l'analyse des fiches de signalement d'EI. Elle intègre les actions issues des signalements d'événements indésirables au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

- les retours d'expériences (CREX)

Le Comité de retour d'expérience analyse rétrospectivement les événements indésirables (EI) liés aux soins détectés et signalés en vue de les gérer et de mettre en place des actions de prévention.

Ainsi, le CREX des urgences est chargé du traitement et de l'analyse des dysfonctionnements préjudiciables au patient constatés :

- soit au sein de l'établissement
- soit dans son environnement dans le cadre du réseau des urgences

dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients à partir des structures de médecine d'urgence.

Ce travail se fait sur la base des fiches de signalement établies par la structure des urgences conformément aux dispositions de l'article R.6123-24 du CSP et de l'arrêté du 12 février 2007.

Ces fiches sont transmises à la Direction qualité et gestion des risques qui organise l'analyse et le traitement des dysfonctionnements signalés :

- au sein de la structure des urgences (traitement interne au service)
- au sein de l'établissement (CREX)
- dans le cadre du réseau des urgences mentionné à l'article R. 6123-26 CSP, si les dysfonctionnements déclarés révèlent des éléments de causalité indépendants de l'établissement lui-même.

En cas de dysfonctionnement grave, le réseau et le Directeur Général de l'A.R.S. peuvent être saisis immédiatement après avis de l'instance collégiale mise en place.

Au niveau du CHU, cinq CREX fonctionnent de manière régulière (général ; bloc-stérilisation ; identitovigilance ; médicament ; biberonnerie).

Un rapport annuel des dysfonctionnements et des suites qui leur sont données est soumis pour avis par la Directrice Générale aux instances hospitalières concernées.

- la gestion des risques a priori
- l'évaluation et la prévention des risques professionnels
- les dispositifs des vigilances (biovigilance, hémovigilance, identitovigilance, infectiovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, réactovigilance, toxicovigilance...)
- la qualité et particulièrement :
 - la gestion des documents qualité
 - les évaluations des pratiques professionnelles (EPP)
 - le patient traçeur
 - le recueil et le suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IPAQSS)
 - le programme global d'audit
- la gestion de crise :
 - le plan blanc
 - le dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles)
 - le plan Vigipirate
- la radioprotection des travailleurs et des patients
- la veille réglementaire



14.4.2 Composition

L'organigramme de la Direction qualité et gestion des risques est disponible sur les sites internet et intranet de l'établissement.

Article 15 : Le Comité de pilotage du système d'information hospitalier

Cette instance assure le pilotage du système d'information hospitalier, qui est au service de la stratégie de l'établissement et plus particulièrement du projet médical, des coopérations et des projets immobiliers. Il est également ouvert vers l'extérieur, que ce soit les patients, les professionnels de santé ou les autres établissements de santé, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

15.1 Attributions

Le Comité veille au développement du système d'information hospitalier (S.I.H.), conformément aux orientations du volet système d'information du projet d'établissement et notamment :

- accompagner le projet médical en dotant le CHU d'un système d'information médical moderne
- faciliter la prise de décision en équipant l'établissement d'un système d'information décisionnel
- garantir la sécurité du système d'information
- assurer l'adéquation de l'infrastructure technique et matérielle aux besoins
- contribuer à la performance économique globale en mettant en œuvre des projets de dématérialisation et de simplification.

Le pilotage de la démarche implique un renforcement de la gouvernance, qui est assurée par :

- Un comité stratégique, chargé de donner son avis sur la stratégie générale, sur la politique générale de sécurité, sur les orientations générales du projet, sur les demandes d'évolution. Il est régulièrement tenu informé de l'exécution du plan directeur du S.I.H. ;
- Un comité de pilotage opérationnel qui propose des plans d'actions organisationnels, techniques et financiers et assure le suivi de leur mise en œuvre par les groupes projets ;
- Un comité de pilotage ad hoc pour les projets en lien avec une coopération.

15.2 Composition

La composition des comités de pilotage est arrêtée par la Directrice Générale. Elle peut être détaillée comme suit :

⇒ Comité de pilotage stratégique (COPIL)

- Directrice Générale, Présidente
- Directeur Général adjoint
- Président de la C.M.E.
- Vice-Président de la C.M.E.
- Médecin responsable de l'information médicale
- Coordonnateur général des soins
- Directeur du pôle finances - pilotage médico-économique - systèmes d'information
- Représentant de la direction des ressources humaines
- Représentants de chaque pôle clinique ou médico-technique (médecins et cadres de soins)



⇒ **Comité de pilotage opérationnel (COMOP)**

- Directeur Général adjoint, Président
- Président de la C.M.E.
- Vice-Président de la C.M.E.
- Médecin responsable de l'information médicale
- Coordonnateur général des soins
- Directeur du pôle finances - pilotage médico-économique - systèmes d'information
- Directeur de projet S.I.H.
- Référents médecin, pharmacien et cadre
- Responsables concernés, le cas échéant.

15.3 Fonctionnement

⇒ **Comité de pilotage stratégique (COPIL)**

Le COPIL se réunit trois à quatre fois par an sur convocation de la Directrice Générale, Présidente.

Les séances ne sont pas publiques.

La Présidente arrête l'ordre du jour, qui est communiqué aux membres du comité par voie électronique, au moins 48 heures avant la réunion.

Des personnes compétentes peuvent être invitées par la Présidente sur des points précis de l'ordre du jour.

Le secrétariat est assuré à la diligence de la Direction générale.

⇒ **Comité de pilotage opérationnel (COMOP)**

Le COMOP se réunit une fois par mois sur convocation de son Président.

Les séances ne sont pas publiques.

Le Président arrête l'ordre du jour, qui est communiqué aux membres du comité par voie électronique, au moins 48 heures avant la réunion.

Des personnes compétentes peuvent être invitées par le Président sur des points précis de l'ordre du jour.

Le secrétariat est assuré à la diligence de la Direction générale.

Article 16 : Le Conseil de la vie sociale

Le Conseil de la vie sociale (CVS) est commun aux quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du CHU de Reims. Cette instance collégiale permet la participation et l'expression des personnes âgées et de leurs familles sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement, ainsi que leur consultation sur l'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. Il constitue un lieu d'échange important, en vue d'associer les usagers à la vie de l'établissement.



16.1 Création

Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué un Conseil de la vie sociale.

Comme le CHU de Reims gère quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Résidences Roederer-Boisseau, Rousselet, Roux et Wilson), il a été décidé de créer un Conseil de la vie sociale unique, commun à toutes ces structures.

16.2 Attributions

Le Conseil est compétent pour toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement et doit obligatoirement être consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de service.

⇒ En matière de fonctionnement de l'établissement

Le Conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service et notamment sur :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne ;
- les activités ;
- l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques ;
- les projets de travaux et d'équipements ;
- la nature et le prix des services rendus ;
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux ;
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture ;
- l'animation de la vie institutionnelle ;
- les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ;
- les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

⇒ En matière de règlement de fonctionnement et de projet d'établissement

Le Conseil de la vie sociale est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de service.

16.3 Composition

Le Conseil de la vie sociale établit son règlement intérieur.

16.4 Textes de référence

Code de l'action sociale et des familles : Articles L311-6 ; D311-3 à D311-20 ; D311-26 à D311-32-1; R311-33.



CHAPITRE 2 L'ORGANISATION DU C.H.U. DE REIMS

2 - L'ORGANISATION INTERNE CLINIQUE ET MEDICO-TECHNIQUE

La loi n° 2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », dite loi « H.P.S.T. » a mis en place une nouvelle gouvernance des établissements publics de santé.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé, a renouvelé la gouvernance des établissements de santé.

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne médicale, médico-technique, administrative et logistique.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique consacrés par la loi HPST, ne sont plus obligatoires en dessous d'un nombre d'agents fixé par décret, depuis la loi du 26 janvier 2016. Ils restent cependant les lieux de proposition et de mise en œuvre des stratégies médicales et donc de management des équipes soignantes.

La fonction de Chef de pôle d'activité est marquée par un accroissement de sa composante managériale et des responsabilités.

Le décret n°2016-291 du 11 mars 2016 a modifié la procédure de nomination des responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles. Il précise également la durée de nomination, la formation et les modalités de destitution de ces responsables.

La démarche de contractualisation interne est le mode relationnel entre la direction et les pôles. Le contrat de pôle est un levier de changement aussi bien pour le Directoire, qui suit la politique de contractualisation interne et s'assure de sa cohérence dans l'ensemble de l'établissement, que pour les Chefs de pôles, qui entrent dans une logique de pilotage opérationnel.

Article 17 : Les Pôles d'activité clinique et médico-technique.....

Article 18 : Les structures internes des pôles d'activité

Article 19 : Les Chefs de Pôles.....

Article 20 : Les Responsables de structures internes.....

Article 21 : Les contrats de pôles

Article 22 : Les projets de pôles



Article 17 : Les Pôles d'activité clinique et médico-technique

L'établissement dispose de toute liberté pour organiser ses pôles, leur dénomination, leur nombre et leur composition. Les pôles sont les lieux de proposition et de mise en œuvre des stratégies médicales. Ils structurent l'organisation aux plans médical, universitaire et de gestion.

17.1 Les principes

Les pôles constituent la structure de référence de l'organisation médicale, conformément aux dispositions de la loi du 21 juillet 2009, dite loi « H.P.S.T. » (Hôpital, Patients, Santé et territoires).

L'article 195 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation du système de santé, dispose qu'un décret fixe le nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative et le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle.

Les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le présent règlement intérieur de l'établissement.

17.2 La composition

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

17.3 Les objectifs

La constitution des pôles doit permettre :

- d'améliorer la lisibilité des organisations pour les patients et les interlocuteurs du C.H.U.
- d'optimiser la qualité et la fluidité des prises en charge et des filières de soins
- de favoriser l'efficacité du fonctionnement et la mutualisation des moyens humains et techniques
- de développer les synergies entre les activités de soins, d'enseignement et de recherche
- de mettre en œuvre une démarche de contractualisation.

17.4 Les compétences relatives à la définition de l'organisation en pôles d'activité

La Directrice Générale définit l'organisation du C.H.U. en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du Président de la Commission médicale d'établissement et, du Directeur de l'Unité de formation et de recherche médicale.

Après concertation avec le Directoire, la Directrice Générale arrête l'organisation interne de l'établissement.

17.5 Les évolutions

Cette organisation peut évoluer pour rester cohérente avec l'activité de l'établissement et assurer aux pôles une taille et une efficacité optimales.

La mise en place de groupements hospitaliers de territoire (GHT) pourra s'accompagner de la création de pôles d'activité inter-établissements gérés par l'établissement support pour le compte des établissements parties impliqués dans la constitution, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

17.6 Textes de référence :

*Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (art. 195)
Code de la Santé Publique : Articles L.6143-7 -7° ; L. 6146-1 modifié ; R. 6146-20*



Article 18 : Les structures internes des pôles d'activité

18.1 Les principes

Les pôles d'activité sont composés :

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

L'appellation des structures internes des pôles est libre.

18.2 La définition de l'organisation interne des pôles d'activité

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle.

Le projet de pôle est établi sur la base du contrat de pôle signé par la Directrice Générale du C.H.U. avec le Chef de pôle, après concertation avec le Directoire.

18.3 Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)

Code de la Santé Publique : Articles L 6146-1 modifié ; R. 6146-4 ; R.6146-5 et R.6146-9

Article 19 : Les Chefs de Pôles

Le Chef de pôle porte les projets de son pôle, dont il assure le pilotage opérationnel. En tant que manager de pôle, il est investi d'une réelle autorité déconcentrée.

19.1 La nomination

Aux termes de l'article L6146-1 du Code de la Santé Publique, peuvent être nommés comme Chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique :

- les praticiens hospitalo-universitaires (art. L.6151-1) ;
- les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie (art. L.6152-1-1°) ;
- les praticiens contractuels (art. L. 6152-1-2°) ;
- les praticiens contractuels associés (art. L. 6152-1-3°)

La Directrice Générale nomme les Chefs de pôles. Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, elle nomme les chefs de pôle sur proposition conjointe du Président de la Commission médicale d'établissement et du Directeur de l'Unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités, du Président du comité de coordination de l'enseignement médical.

La liste de propositions, comportant au moins trois noms, est présentée à la Directrice Générale dans un délai de trente jours à compter de sa demande.

En cas d'absence de proposition dans le délai requis, la Directrice Générale nomme la personne de son choix.



En cas de désaccord de la Directrice Générale sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, elle peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, la Directrice Générale nomme le Chef de pôle de son choix.

Pour mémoire, les Chefs de pôles administratifs, techniques et logistiques sont nommés par la Directrice Générale. Leur nomination ne requiert pas d'avis.

19.2 Le mandat

Les Chefs de pôles cliniques ou médico-techniques sont nommés par la Directrice Générale pour une période de quatre ans renouvelable.

La procédure de renouvellement est identique à celle de nomination.

En principe, le mandat se termine à l'issue de la période de nomination pour quatre ans.

Il peut cependant être mis fin à tout moment aux fonctions de Chef de pôle, par décision de la Directrice Générale du CHU, après avis du Président de la Commission médicale d'établissement et du Directeur de l'Unité de formation et de recherche médicale :

- dans l'intérêt du service ;
- ou à la demande de l'intéressé, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de celle-ci.

19.3 La participation aux instances

⇒ Commission médicale d'établissement

Dans les Centres Hospitaliers Universitaires, tous les Chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques sont membres de la C.M.E. lorsque l'établissement compte moins de onze pôles.

Lorsque le nombre de Chefs de pôles est supérieur ou égal à onze, le règlement intérieur de l'établissement détermine le nombre de représentants élus par et parmi les Chefs de pôles, ce nombre ne pouvant être inférieur à dix.

Au CHU de Reims, le nombre de pôles étant supérieur à onze, le règlement intérieur prévoit que onze Chefs de pôles, élus par et parmi les Chefs de pôles, siègent à la C.M.E.

En cas d'élection comme Président de C.M.E., le praticien cesse immédiatement ses fonctions de Chef de pôle. Il est placé en surnombre dans le collège des responsables des structures internes de la C.M.E. s'il bénéficie de cette qualité ou, le cas échéant, dans le collège des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement. Dans ce dernier cas, et afin de garantir la parité avec le collège des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement, le premier suppléant de la discipline devient alors membre permanent et a voix délibérative

⇒ Directoire élargi

L'ensemble des Chefs de pôles sont conviés aux réunions du Directoire élargi, sur invitation de la Directrice Générale, Présidente du Directoire, qui lance les invitations et arrête l'ordre du jour, après concertation avec le Président de C.M.E., premier Vice-président du Directoire.

19.4 Les missions

Le Chef de pôle d'activité clinique ou médico- technique :

- contribue à la stratégie de l'établissement en proposant des dispositifs de soins cohérents avec le projet d'établissement et la politique de santé publique et les besoins des patients/du territoire ;
- élabore, sur la base du contrat de pôle, le projet de pôle en cohérence avec le projet médical et le projet de soins de l'établissement ;



- met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle, notamment en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil des patients ;
- pilote les activités du pôle et mobilise les équipes médicales et paramédicales autour des objectifs du contrat et du projet de pôle ;
- entretient une culture commune entre les professionnels du pôle, au service du patient, en s'appuyant sur les compétences clés des équipes et en développant la transversalité ;
- met en place une organisation performante pour les patients et les personnels du pôle ;
- organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a « autorité fonctionnelle » (cf § 19.5), le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et des objectifs du pôle.
- agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle ;
- exerce un rôle, précisé par le contrat de pôle, dans les domaines suivants :
 - gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle,
 - gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux,
 - définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière,
 - proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle,
 - affectation des personnels au sein du pôle,
 - organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique,
 - participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.
- intervient dans la gestion des personnels médicaux :
 - nomination des personnels médicaux : le Chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique propose à la Directrice Générale la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cette proposition donne lieu à un avis du Président de la CME. Le chef de pôle émet un avis ou, le cas échéant, propose les créations, transformations ou suppressions d'emplois médicaux au sein de son pôle en lien avec les responsables de structures internes. Il émet un avis sur les candidatures médicales et pharmaceutiques.
 - admission de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux : le Chef de pôle peut proposer leur admission à la Directrice Générale, après avis du Président de CME.
- organise a concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle ;
- renforce la notoriété du pôle, et donc de l'établissement, en développant des liens privilégiés auprès de ses interlocuteurs professionnels et des patients ;
- donne un avis sur la proposition de nomination des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique, faite par le Président de la Commission médicale d'établissement à la Directrice Générale.



19.5 Les leviers d'action

Pour mener à bien ses missions, le Chef de pôle d'activité dispose de leviers d'action :

- l'autorité fonctionnelle :

Elle comprend le pouvoir de donner des instructions au personnel et d'annuler ou de réformer les décisions prises par un collaborateur. En revanche, le Chef de pôle n'a pas de compétence en matière de nomination, d'avancement, de notation et disciplinaire. Ces prérogatives relèvent de l'autorité hiérarchique. L'autorité fonctionnelle ne s'applique pas non plus à l'activité clinique des praticiens, dès lors que celle-ci renvoie exclusivement aux obligations déontologiques.

Au sein du pôle, l'autorité fonctionnelle s'exerce sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, y compris l'affectation des ressources allouées au pôle en fonction de l'activité.

Le Chef de pôle préside les instances de pilotage du pôle et notamment :

- la coordination de pôle, avec le Cadre supérieur de pôle et le Cadre administratif de pôle
- le conseil de pôle constitué de la coordination de pôle et des représentants des différentes catégories professionnelles présentes au sein du pôle.

La fréquence des réunions de coordination de pôle et du conseil de pôle est définie par le règlement intérieur du pôle, avec un minimum d'une réunion mensuelle pour la coordination et d'une réunion annuelle pour le conseil de pôle.

- le contrat de pôle :

Le Chef de pôle signe avec la Directrice Générale un contrat de pôle. Outre les attributions du Chef de pôle énumérés ci-dessus (§ 18.4) le contrat de pôle peut prévoir des délégations.

En effet, la Directrice Générale peut, sous sa responsabilité, donner délégation de signature au Chef de pôle, pour engager des dépenses dans les domaines suivants :

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

Cette délégation doit mentionner le nom et la fonction du Chef de pôle auquel la délégation a été donnée, la nature des actes délégués et éventuellement les conditions ou réserves dont la Directrice Générale juge opportun d'assortir la délégation.

Les délégations, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tous moyens les rendant consultables. Elles sont communiquées au Conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

Toute délégation peut être retirée à tout moment.

- les collaborateurs du Chef de pôle :

Le Chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination à la Directrice Générale. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Au C.H.U. de Reims, le Chef de pôle est accompagné par un Directeur délégué de pôle et assisté par un Cadre supérieur de pôle et un Cadre administratif de pôle.



Sous l'autorité du chef d'établissement, le Directeur délégué de pôle conseille le Chef de pôle au niveau stratégique et assure la coordination entre le pôle et les directions fonctionnelles. Il participe notamment à la définition et à la mise en œuvre des modes de coopération avec les autres pôles de l'établissement et suit l'exécution du contrat de pôle, l'activité et l'utilisation des ressources ainsi que les indicateurs de performance et de qualité.

Le Cadre supérieur de pôle, dont le profil de poste a été défini institutionnellement, est lié hiérarchiquement au Directeur des soins et fonctionnellement au Chef de pôle et au Directeur délégué du pôle. Il est notamment garant de la continuité, de la qualité et de la sécurité des activités paramédicales et il participe à une gestion efficiente des ressources humaines et matérielles du pôle.

Le Cadre administratif de pôle, dont le profil de poste a été défini institutionnellement, est lié hiérarchiquement au Directeur du Pôle Finances, pilotage médico-économique et systèmes d'information et lié fonctionnellement au Chef de pôle et au Directeur délégué du pôle. Il apporte au Chef de pôle un appui au pilotage du pôle, à l'analyse, suivi et reporting des indicateurs, au pilotage des organisations et des ressources humaines, ainsi qu'aux relations inter-pôles.

19.6 La formation du Chef de pôle

Dans les deux mois suivant leur nomination, la Directrice Générale propose aux praticiens nommés dans les fonctions de Chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du Ministre chargé de la santé.

Selon l'arrêté du 11 juin 2010 qui en fixe les modalités, la formation à l'exercice des fonctions de Chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique, à organiser par l'établissement public de santé, comprend les apprentissages suivants :

- gestion budgétaire et financière ;
- pilotage médico-économique et performance hospitalière ;
- systèmes d'information hospitaliers ;
- management des ressources humaines ;
- qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins ;
- management d'équipe et conduite du changement.

L'arrêté précise que le contenu de ces apprentissages est agréé par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux), qui s'attache le concours de personnalités qualifiées à cet effet. La durée totale de la formation à l'exercice des fonctions de Chef de pôle ne peut pas être inférieure à soixante heures. Cette formation peut également comporter un accompagnement pour la mise en œuvre des contrats de pôle.

19.7 L'indemnité de fonction du Chef de pôle

Une indemnité de fonction est versée aux Chefs de pôles. Cette indemnité est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle.

L'indemnité comprend :

- une part fixe mensuelle d'un montant de 200 Euros bruts ;
- une part variable annuelle d'un montant maximum de 2 400 Euros bruts.

La part variable annuelle est déterminée par le directeur en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle.

Le versement de l'indemnité est suspendu :

- lorsque les fonctions de chef de pôle prennent fin ;
- ou lorsque le praticien démissionne de ses fonctions avant le terme de son mandat.



19.8 Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)

Code de la Santé Publique : articles L.6146-1 modifié et L.6143-7 ; L.6146-2 ; R.6144-3-1-1° ; R.6144-5-1 ; D.6146-1 ; R.6146-2 à R.6146-9-1

Article 20 : Les Responsables de structures internes

Les structures internes des pôles et les missions confiées à leurs responsables sont définies dans le contrat de pôle signé entre la Directrice Générale et le Chef de pôle.

20.1 La nomination

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

Peuvent être nommés comme responsables de structures internes :

- les praticiens hospitalo-universitaires (art. L.6151-1) ;
- les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie (art. L.6152-1-1°) ;
- les praticiens contractuels (art. L. 6152-1-2°) ;
- les praticiens contractuels associés (art. L. 6152-1-3°)

La Directrice Générale nomme les responsables de structures internes sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de CME, après avis du Chef de pôle Cette liste, comportant au moins deux noms, est présentée à la Directrice Générale dans un délai de trente jours à compter de sa demande.

En cas d'absence de proposition dans le délai requis, la Directrice Générale nomme la personne de son choix.

En cas de désaccord de la Directrice Générale sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, elle peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, la Directrice Générale nomme le responsable de structure interne, service ou unités fonctionnelle de son choix.

Dans les deux mois suivant leur nomination, la Directrice Générale propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

20.2 Le mandat

Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable.

Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles en exercice à la date de publication du décret n°2016-291 du 11 mars 2016 sont maintenus en fonctions jusqu'à ce qu'une durée de quatre ans ait couru depuis leur nomination. Si ce maintien en fonctions conduit leur mandat à expirer moins d'un an après l'entrée en vigueur du décret précité, soit avant le 15 mars 2017, ils sont maintenus en fonctions jusqu'à cette date. Ils seront ensuite nommés dans les conditions prévues par l'article R. 6146-4 du code de la santé publique dans sa nouvelle rédaction.

Il peut cependant être mis fin à tout moment aux fonctions de responsable de structure interne par décision de la Directrice Générale du CHU, après avis du Président de C.M.E et du Chef de pôle. :

- dans l'intérêt du service ;
- ou à la demande de l'intéressé.



20.3 Les missions

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

Il définit également, selon un modèle de règlement intérieur élaboré conjointement par la Directrice Générale et le Président de la Commission médicale d'établissement, après concertation avec le Directoire, les principes essentiels du fonctionnement du pôle et les relations entre le chef de pôle, les chefs de services et les responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes, notamment dans les matières suivantes :

- 1° La recherche clinique et l'innovation ;
- 2° L'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue ;
- 3° La qualité et la sécurité des soins et des prises en charge ;
- 4° L'organisation de la continuité et de la permanence des soins ;
- 5° La coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient ;
- 6° La gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures ;
- 7° Les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes

Le Chef de pôle établit un contrat de pôle avec la Direction Générale et en déploie les objectifs dans son propre pôle auprès des différentes structures internes, en définissant notamment :

- les projets et activités correspondantes ;
- les objectifs attribués à chaque structure interne ;
- les moyens, notamment humains alloués à chacun d'eux ;
- le système de pilotage : instances de décision, tableau de bord d'indicateurs, responsabilités ;
- la communication à instaurer pour mobiliser les équipes.

Les responsables des structures internes cliniques et médico-techniques assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

20.4 Textes de référence :

Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements ou de structures internes
Code de la Santé Publique : Articles R6146-4 ; R6146-5 ; R6146-9 ; R6146-9-2.

Article 21 : Les contrats de pôles

Mode relationnel entre la direction et les pôles, le contrat de pôle est un levier de changement aussi bien pour le Directoire, qui suit la politique de contractualisation interne et s'assure de sa cohérence avec le projet d'établissement, que pour les Chefs de pôles, dans une logique de pilotage opérationnel.

21.1 Contenu

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

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

- 1° dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- 2° dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;



- 3° dépenses à caractère hôtelier ;
- 4° dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical;
- 5° dépenses de formation de personnel.

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

- 1° gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2° gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3° définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4° proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- 5° affectation des personnels au sein du pôle ;
- 6° organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 7° participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Les crédits d'intéressement alloués, le cas échéant, au pôle sont affectés à un besoin non pérenne.

21.2 Signature

La Directrice Générale signe le contrat de pôle d'activité clinique ou médico-technique avec le Chef de pôle après avis du Président de C.M.E. et du Directeur de de l'unité de formation et de recherche médicale et concertation avec le Directoire.

Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le Président de la Commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement.

Dans les pôles hospitalo-universitaires, le Directeur de l'Unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités, le Président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical, contresigne également le contrat.

Le contrat de pôle est signé avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre. En effet, le projet de pôle doit être en cohérence avec le projet d'établissement et particulièrement ses volets projet médical et projet de soins, ainsi qu'avec les projets des autres pôles.

21.3 Durée et suivi

Le contrat de pôle est signé pour une période de quatre ans. Il peut faire l'objet d'avenants, selon les mêmes formalités que pour le contrat initial.

Il donne également lieu à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion par an entre la Direction et le pôle. A cette fin, le Chef de pôle établit un bilan d'étape de l'atteinte des objectifs contractuels, à destination de la Directrice Générale.

Ce bilan est pris en compte pour le calcul :

- de l'intéressement éventuel du pôle défini dans le contrat
- de la part variable de l'indemnité de fonction versée au Chef de pôle

Dans l'hypothèse d'un non-respect des objectifs du contrat, celui-ci peut prévoir un dispositif gradué d'accompagnement (renforcement de l'appui au Chef de pôle, mise en place d'un contrôle a priori des actes faisant l'objet d'une délégation de gestion et/ou de signature, ajustement des moyens ...)

Une information et un échange sont organisés au sein du Pôle au moins deux fois par an sur l'exécution du contrat, selon des modalités définies par chaque pôle.

Au terme des quatre années d'exécution du contrat, un bilan est établi par le Chef de pôle, à destination de la Directrice Générale et du Directoire.



21.4 Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)

Code de la Santé Publique : Articles L.6143-7-7° ; L.6146-1 ; R.6146-8

Article 22 : Les projets de pôles

22.1 Contenu

Outil stratégique d'organisation et de prévision, le projet de pôle, sur la base du contrat de pôle :

- définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes ;
- précise l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle ;
- prévoit les évolutions de leur champ d'activité ;
- spécifie l'adaptation des moyens et de l'organisation qui en découlent.

Ainsi, le projet de pôle détermine l'activité médicale du pôle, les objectifs d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires et à venir, les évolutions,....

22.2 Elaboration

Le Chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle, sur la base du contrat de pôle signé avec la Directrice Générale.

Elaboré de manière participative, il contribue à l'attractivité du pôle, particulièrement en termes de recrutement médical, en donnant une lisibilité aux praticiens, et favorise l'adhésion des équipes.

22.3 Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.6146-1 ; R.6146-9



CHAPITRE 2

L'ORGANISATION DU C.H.U. DE REIMS

3 - L'ORGANISATION DE LA RECHERCHE AU C.H.U. DE REIMS

L'organisation de la recherche clinique au CHU de Reims doit être pensée en regard de l'évolution du contexte de la recherche en France et dans la nouvelle grande région Grand Est.

Les réformes en cours (loi de santé, réforme territoriale, loi pour l'enseignement supérieur et la recherche de 2013...) incitent non seulement à élargir la participation des établissements publics de santé à la recherche et l'innovation, à travers les établissements pivots de Groupements Hospitaliers de Territoire, mais aussi à renforcer la coordination de la promotion de la recherche clinique au niveau national et interrégional (réforme attendue des Groupements Interrégionaux de Recherche Clinique et d'Innovation-GIRCI).

<i>Article 23 – Le pôle recherche et santé publique.....</i>	.....
23.1 <i>La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI).....</i>	.....
23.2 <i>Le Centre de Recherche et d'Investigation Clinique (CRIC).....</i>	.....
<i>Article 24 – La Commission recherche et innovation.....</i>	.....
<i>Article 25 – Le Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique.....</i>	.....
<i>Article 26 – Le Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Est.....</i>	.....



Article 23 – Le pôle recherche et santé publique

Le Pôle Recherche et Santé Publique regroupe la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, le Centre de Recherche Clinique et le Département d'information médicale. Ce Pôle est animé par un chef de Pôle Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH).

23.1 La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI)

La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation est rattachée à la Direction Générale et placée sous la coresponsabilité du Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche et du Président de la DRCI. Conformément aux orientations retenues par le CRMBSP et la Commission Recherche, elle a pour mission de coordonner et mettre en œuvre la politique de recherche et les projets qui en découlent.

⇒ Le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche

Il a pour missions :

- de procéder à l'évaluation et la validation juridique et financière des projets de recherche ;
- de procéder à l'évaluation et à la validation des moyens humains et techniques nécessaires à leur mise en œuvre ;
- d'assurer l'engagement et le contrôle des dépenses : suivi financier de l'ensemble des actions de recherche (PHRC, institutionnelles, industrielles) ;
- de rendre compte au Directoire et aux instances du CHU de la mise en œuvre de la politique et des projets de recherche, en lien avec le Président de la Commission Recherche, et le Président de la DRCI ;
- d'assurer la coordination entre les différentes instances impliquées dans la recherche, au plan local (DRCI, Conseil Scientifique, CRMBSP) et régionale (GIRCI).

Le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche a autorité fonctionnelle sur l'Unité de Promotion et de Soutien à la recherche.

⇒ Le Président de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

En sus des missions relatives au Pôle, le Chef de Pôle, en tant que Président, assure le fonctionnement médical et scientifique de la DRCI.

A ce titre, il a pour mission en interne :

- d'assurer la coordination et l'analyse des projets rémois de recherche, qu'ils soient locaux, régionaux et nationaux, avant de les proposer à la Commission Recherche qui les valide avant soumission à l'appel d'offres ;
- de veiller au respect de la réglementation, en lien avec le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche ;
- de proposer, pour validation par le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche, la mobilisation des ressources nécessaires aux projets de recherche ;
- d'organiser l'aide logistique aux investigateurs, à travers l'Unité d'Aide Méthodologique (UAM) et le Centre de Recherche et d'Investigation Clinique (CRIC) ;
- d'assurer la vigilance des essais cliniques placée sous la responsabilité du praticien chargé de la pharmacovigilance, ainsi que du circuit pharmaceutique lors des essais cliniques (Pôle Pharmacie) ;
- de s'assurer du respect des bonnes pratiques et de la qualité des investigations, à travers le rôle d'évaluation et de contrôle de la DRCI ;
- de préparer le rapport annuel d'activité de recherche et rendre compte au Directoire et aux instances du CHU de la mise en œuvre de la politique et des projets de recherche, en lien avec le Président de la Commission Recherche et le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche.



Il a également pour mission en externe :

- de promouvoir la participation des établissements périphériques non universitaires au développement des inclusions dans les essais cliniques promus par le CHU de Reims ;
- de contribuer aux travaux du GIRCI Est concernant la promotion et le suivi des projets interrégionaux auxquels participe le CHU de Reims.

Le Président de la DRCI a autorité fonctionnelle sur l'Unité d'Aide Méthodologique.

⇒ **Les composantes de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation**

La Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation est constituée de différentes unités permettant d'assurer la réussite des projets de recherche en leur apportant un appui en amont dans la construction du projet, et en aval.

Elle est composée des unités suivantes :

- **L'Unité de Promotion et de Soutien à la Recherche**

Elle réalise l'appui administratif, juridique et le suivi financier des projets.

Elle est placée sous l'autorité fonctionnelle du Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche.

Elle a pour missions :

- d'assurer la veille des différents appels à projets ;
- d'accompagner les investigateurs dans les procédures administratives et juridiques ;
- d'effectuer les démarches nécessaires aux actions de recherche, notamment quand le CHU est promoteur ;
- d'assurer le suivi des projets et des conventions : évaluation des coûts, suivi financier ;
- d'assurer le contrôle qualité avec l'aide des ARCs présents dans l'établissement, non chargés de l'investigation du projet.

- **L'Unité d'Aide Méthodologique (UAM)**

L'UAM apporte une aide méthodologique aux cliniciens investigateurs dans la construction et la réalisation de leurs projets, notamment par l'apport de la compétence de :

- Médecins méthodologistes,
- Biostatisticien,
- Data manager.

Elle est placée sous l'autorité fonctionnelle d'un médecin méthodologiste désigné par le Président de la DRCI.

23.2 Le Centre de Recherche et d'Investigation Clinique (CRIC)

Le CRIC est labellisé CRC depuis 2011. Il apporte un soutien logistique à la réalisation des études cliniques :

- intervention des ARC et des TEC pour l'aide à l'organisation des études, à l'inclusion et au suivi des patients,
- intervention d'infirmières pour les prélèvements, traitement et envoi des échantillons biologiques.

Il est placé sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur désigné par le Président de la DRCI.



Article 24 – La Commission recherche et innovation

La commission recherche et innovation est l'instance médicale et scientifique d'orientation de la politique de recherche CHU.

24.1 Attributions

Cette Commission :

- propose au Directoire les orientations stratégiques en matière de recherche, notamment les axes de coopération avec les partenaires extérieurs, la stratégie de développement des inclusions dans les essais cliniques en partenariat avec les établissements supports des GHT périphériques (en particulier Troyes, Charleville-Mézières, Soissons), le rapprochement avec les CHU de la nouvelle région Grand Est (Nancy, Strasbourg).
- propose les actions nécessaires au renforcement de la dynamique recherche de l'établissement à partir d'un programme annuel de travail.
- sur proposition du Président de la DRCI, décide de la recevabilité des projets déposés dans le cadre des appels d'offres interrégionaux et nationaux et en vérifie la cohérence avec les axes structurants de la politique de recherche. Le Vice-Président recherche en rend compte au Directoire.
- sur proposition du Président de la DRCI, elle décide de la recevabilité des projets déposés dans le cadre des appels d'offres locaux et en vérifie la cohérence avec les axes structurants de la politique de recherche. A cet effet, elle émet un avis qu'elle transmet au Directoire pour accord de promotion.
- attribue chaque année le « prix de la recherche clinique ».
- constitue le conseil scientifique lors des appels d'offre locaux (AOL).
- procède à l'analyse des actions de recherche promues par le CHU sur la base du bilan annuel préparé par la DRCI
- désigne un responsable de l'Institutional Review Board (IRB), qui en assure le fonctionnement et l'animation. Le responsable de l'IRB rend compte annuellement à la Commission des travaux réalisés.

24.2 Composition

La commission recherche et innovation est constituée de 15 à 20 praticiens représentatifs des Pôles, contribuant fortement aux recherches, nommés par la Directrice Générale sur proposition du Président de la CME et du Doyen.

Participent aussi à cette commission :

- le Président de la CME,
- le Vice-président recherche du Directoire,
- les Doyens,
- le Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche,
- le Président de la DRCI,
- les membres du CRMBSP désignés par le CHU,
- un représentant des équipes soignantes désigné par la Direction des Soins.

Peuvent être invités à cette commission :

- des représentants des CHG et CH spécialisés de Champagne-Ardenne
- des représentants de l'Institut Jean Godinot,
- des experts internes ou externes selon les sujets abordés.



24.3 Fonctionnement

Son animation est assurée par un Président nommé par la Directrice Générale sur proposition du Président de la CME et du Doyen.

Il coordonne ses travaux avec le CRMBSP, notamment pour assurer une cohérence avec les orientations retenues par les partenaires du CHU en matière de recherche (URCA, INSERM, CNRS...).

Le Vice-président Recherche du Directoire assure la coordination des travaux de cette commission avec ceux du Directoire.

Article 25 – Le Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique

Le Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique constitue une instance stratégique en matière de recherche pour le CHU, permettant d'apporter une synergie avec les partenaires que sont l'URCA (Université de Reims Champagne-Ardenne), l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) et le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique).

25.1 Attributions

Le Comité de la recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique (CRMBSP) est une instance consultative dont le rôle est :

- de coordonner les activités de recherche exercées dans les CHU, les universités et les établissements publics de recherche
- d'assurer la cohérence et la complémentarité de l'action de ces trois partenaires
- de permettre la définition d'une stratégie de recherche commune et partagée.

Il est consulté sur :

- les projets de convention de partenariat entre le CHU et l'Université
- la politique de recherche telle qu'elle résulte du projet d'établissement du CHU et du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, des projets de recherche des Etablissements Publics à caractère Scientifiques et Technologiques (EPST) et des stipulations relatives à la recherche biomédicale et en santé publique du contrat quadriennal de l'Université

25.2 Composition

Le Comité comprend, conformément aux dispositions du décret du 7 novembre 2006 :

- 4 représentants du CHU désignés conjointement par le Directeur Général et le Président de la CME,
- 4 représentants de l'Université désignés conjointement par le président de l'Université et les Directeurs des UFR de médecine, pharmacie et odontologie,
- 4 représentants des organismes de recherche associés aux missions du CHU désignés par le Président Directeur Général de l'INSERM, après consultation de leurs directeurs.

25.3 Fonctionnement

Les membres du Comité sont désignés pour une période de deux ans renouvelables.

Ils élisent un Président et un Vice-président pour deux ans.



Article 26 – Le Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Est

La Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique Est (DIRC Est), constituée en 2005 et intégrée en 2008 au Groupement de Coopération Sanitaire Grand Est (GCS Grand Est), a évolué en Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation Est (GIRCI Est).

26.1 Attributions

La circulaire DGOS/PF4 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique a transformé les DIRC en GIRCI (Groupements Interrégionaux de Recherche Clinique et d'Innovation) en élargissant leur périmètre d'action. Les GIRCI assurent désormais les missions suivantes :

- gestion du PHRCI (Programme Hospitalier de Recherche Clinique Interrégional) ;
- formation et information des professionnels de recherche clinique ;
- appui à la réalisation de certaines missions spécifiques du promoteur (assurance qualité, vigilance, évaluation de surcoûts...);
- mutualisation des moyens et compétences ;
- analyse médico-économique ;
- aide à la réponse aux appels à projets européens ;
- soutien aux activités de recherche aux établissements sans DRCI ;
- interface entre les établissements de santé impliqués dans la recherche de l'Inter-région (cancéropôle, CLCC...)

26.2 Composition

Le GIRCI EST réunit à ce jour les Délégations à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) des Centres Hospitaliers Universitaires de Besançon, Dijon, Nancy, Reims, Strasbourg, du Centre de Lutte contre le Cancer Georges-François Leclerc de Dijon, le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, et le Centre de Lutte contre le Cancer "Institut Lorrain de Cancérologie" de Nancy.

Le GIRCI Est est composé :

- d'une cellule de coordination,
- d'un bureau,
- d'une commission scientifique et d'évaluation, la CSIRC

26.3 Représentation du CHU de Reims

Le CHU de Reims est représenté au sein du GIRCI par :

- le Directeur Général Adjoint, ou son représentant,
- le Président de la DRCI,
- le Vice-Président Recherche du Directoire
- le Président de la Commission Recherche.

Le CHU de REIMS est représenté au sein du Conseil scientifique du GIRCI Est par quatre membres médecins désignés au sein de la Commission Recherche, qui participent à l'ensemble des réunions.



CHAPITRE 3 DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

Après être passé du malade « assisté » au malade « objet de soins », puis au malade « sujet de soins », le malade est devenu un « usager » et un acteur du système de santé.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé a posé les fondements d'une véritable démocratie sanitaire. Cette loi a permis de compléter et rendre plus lisibles les droits des personnes malades, d'organiser l'expression et la participation des usagers et d'améliorer l'indemnisation des dommages liés aux soins, en ouvrant la possibilité d'indemniser des dommages non liés à une faute.

La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, marque également une étape importante, en instituant notamment les directives anticipées. La loi n°2016-87 du 2 février 2016, dite loi « Claeys – Leonetti » a créé de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires vise à garantir un égal accès des personnes à des soins sûrs et de qualité, dans une logique de parcours de soins territorial.

Les lois n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et n° 2013-869 du 27 septembre 2013 relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge prévoient l'intervention du Juge des libertés et de la détention lors de soins psychiatriques sans consentement.

Les usagers du C.H.U. de disposent de droits attachés à leur personne, fondés sur les grands principes de protection des personnes, en particulier le principe d'autonomie, de bienveillance et de justice, et sur les principes d'éthique médicale.

Après avoir rappelé ces droits fondamentaux, le présent règlement intérieur précisera les dispositions applicables aux consultations, à l'admission en hospitalisation, au séjour, à l'information des personnes accueillies et à leur sortie.

1 - LES DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT

Ces droits individuels, inscrits dans le code de la santé publique, visent notamment à assurer la protection de la santé, par tous moyens disponibles, au bénéfice de toute personne, sans discrimination aucune, ainsi que le respect de la vie privée de la personne soignée, de sa dignité, du libre choix de son praticien et de son établissement de santé, ainsi que du secret médical.

En lien avec les usagers et leurs représentants, le CHU de Reims met en œuvre des actions (communication, formation...) visant à améliorer la prise en compte des droits des patients, ainsi que l'écoute et l'information des patients.

<i>Article 27 – Le droit à la protection de la santé.....</i>	<i>.....</i>
<i>Article 28 – Le droit au respect de la dignité.....</i>	<i>.....</i>
<i>Article 29 – Le droit au respect de la vie privée.....</i>	<i>.....</i>
<i>Article 30 – Le droit au respect du secret des informations.....</i>	<i>.....</i>
<i>Article 31 – Le droit au libre choix.....</i>	<i>.....</i>



Article 27 – Le droit à la protection de la santé

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Le CHU de Reims contribue avec les professionnels et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie, les autorités sanitaires et 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.

L'établissement garantit l'égal accès de chaque patient à des soins de qualité les plus appropriés à son état de santé et aux thérapeutiques les plus efficaces et sûres au regard des connaissances médicales avérées.

L'accès de l'établissement est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Dès lors, tout professionnel de santé qui refuserait de dispenser des soins à un patient en raison de son origine, de son sexe, de sa situation familiale, de son état de santé, de son handicap, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, sera susceptible de se voir infliger des sanctions disciplinaires, pénales ou civiles.

Toutes dispositions utiles sont prises afin de donner aux malades et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. L'établissement a par ailleurs mis en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Textes de référence : Code de la Santé Publique : article L6112-6 et L.6113-3

Article 28 – Le droit au respect de la dignité

La personne malade a droit au respect de sa dignité. La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à sa dignité et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie

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

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

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

- 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement



de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie est mise en œuvre selon une procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

A la demande du patient la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile ou dans un établissement pour personnes âgées.

Le CHU de Reims assure la promotion de la bientraitance, entendue comme une culture du respect de la personne soignée et de sa dignité, qui inspire les actions individuelles et les relations collectives au sein de l'établissement et vise à garantir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance, y compris passive. Les personnels du CHU mettent en œuvre des actions concrètes pour garantir le respect des droits de la personne soignée et améliorer sa vie quotidienne.

L'établissement s'assure que la douleur soit en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé sont formés pour cela (formation initiale et continue).

Par ailleurs, le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Textes de référence : Code civil : article 16

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 (droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie)

Code de la Santé : articles L1110-2 ; L1110-5 ; L1110-5-2 ; L1110-10 ; L1112-4 ; R4127-2

Article 29 – Le droit au respect de la vie privée

La personne malade a droit au respect de sa vie privée et particulièrement :

⇒ au respect de son intimité

La chambre du malade est assimilée au domicile du malade (arrêt de la Cour d'appel de Paris du 17 mars 1986). Par conséquent, le patient ou le résidant doit autoriser l'accès à sa chambre.

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

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

Le patient peut recevoir les visites de son choix dans le respect du repos et de l'intimité des autres patients, et sans gêner le fonctionnement du service. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par la Directrice Générale (cf article ... sur les visites). Les malades peuvent aussi demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

L'intimité doit être préservée tout au long du séjour et notamment lors des soins, des toilettes, et des consultations.

Les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux qui conduisent à un examen du patient en présence d'étudiants nécessitent le consentement préalable du patient.

⇒ au respect de ses croyances et convictions

La liberté de culte est garantie, conformément aux dispositions spécifiques aux établissements publics (cf. article 50 sur la pratique des cultes).

Le personnel de l'établissement a une obligation de neutralité. La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée.



Dans le cadre du plan « Egalité et citoyenneté » adopté en Comité interministériel du 6 mars 2015, le gouvernement a demandé que le principe de laïcité et, en corollaire, celui de neutralité soient réaffirmés comme valeurs fondamentales de la fonction publique.

L'établissement respecte le régime alimentaire du patient.

La liberté religieuse doit cependant être conciliée avec les impératifs suivants :

- le fonctionnement régulier du service et le respect de ses missions
- le respect d'autrui
- le respect du repos et de la tranquillité des autres usagers
- le bon déroulement des soins (identitovigilance, hygiène, qualité et sécurité des soins).

Tout acte de prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait du patient, de visiteurs ou du personnel de l'établissement. En cas de désordre ou d'atteinte à l'ordre public, la Directrice Générale peut prendre toutes les mesures appropriées, pouvant aller jusqu'à la sortie de l'intéressé.

⇒ au respect de ses droits civiques

La charte de la personne accueillie garantit un droit à l'exercice effectif de la totalité des droits civiques et des libertés individuelles. L'établissement facilite leur exercice, sous réserve des limites relatives aux majeurs protégés.

S'agissant du droit de vote, le code électoral garantit le droit de vote par procuration aux personnes « malades, femmes en couches, infirmes ou incurables qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique », sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour du scrutin.

Le code civil autorise le mariage « in extremis ». En cas de péril imminent de mort de l'un des futurs époux, il permet à l'Officier d'état civil de se transporter à l'hôpital pour y célébrer le mariage avant toute réquisition ou autorisation du Procureur de la République, auquel il devra ensuite, dans le plus bref délai, faire part de la nécessité de cette célébration hors de la maison commune.

⇒ au droit à l'autonomie

Il s'agit d'un droit spécifique aux personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux même si les droits qu'il recouvre sont également reconnus aux personnes hospitalisées. Le droit à l'autonomie se traduit par :

- la possibilité de circuler librement et de mener une vie sociale. Les relations avec la société, les visites dans l'institution et à l'extérieure sont donc favorisées. La possibilité de circuler librement est reconnue mais elle comporte des limites :
 - définies dans le cadre de sa prise en charge ou de son accompagnement
 - résultant des décisions de justice et des mesures de curatelle et tutelle renforcées
 - résultant des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie
- la libre disposition de ses biens : le résident peut, durant toute la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels. Lorsqu'elle est majeure, le résident peut disposer de son patrimoine et de ses revenus

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.6143-7 et R1112-45 à R1112-49

Code civil : article 9 et 75 alinéa 2 ; Code électoral : article L71

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2/2/2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics. ; Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.



Article 30 – Le droit au respect du secret des informations

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

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé (c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris), ou de tout membre du personnel de l'établissement. Il s'impose à tout professionnel de santé (médecins, internes, psychologues, infirmiers, aides-soignants, etc...), ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. Il existe des dérogations légales au secret médical. Ainsi :

Le médecin est obligé :

- de déclarer les naissances ;
- de déclarer les décès ;
- de déclarer au médecin de l'ARS les maladies contagieuses dont la liste est fixée par voie réglementaire ;
- d'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques ;
- d'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences ;
- de fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite ;
- de transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, au fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage (accidents médicaux, VIH, amiante) ;
- de communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires ;
- de communiquer au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité.

Le médecin est autorisé :

- à signaler au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) des sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques ;
- à transmettre au président du Conseil général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être ;
- à communiquer les données à caractère personnel qu'il détient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs de l'ARS, aux médecins experts de la Haute Autorité de Santé, aux inspecteurs médecins de la radioprotection ;
- à transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé ;
- à informer les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

L'établissement veille au respect de la réglementation régissant la confidentialité des informations médicales, leur conservation et leur transmission par voie électronique entre professionnels.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose cependant pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les



informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

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

Le respect du secret des informations s'applique aux patients entre eux. Les publications de textes, photographies ou vidéos faisant apparaître d'autres patients ou dévoilant des indications sur la présence ou l'état de santé d'un patient sont strictement interdites. L'usage des réseaux sociaux doit rester strictement personnel et ne doit pas interférer avec le secret médical.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1110-4 ; R4127-4

Article 31 – Le droit au libre choix

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Le Code de déontologie médicale précise que le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit (article R4127-6 du Code la Santé Publique).

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Le libre choix du praticien, de l'établissement et du service doit être exercé par le malade et non par un parent, un proche ou la personne de confiance. Il doit au surplus se concilier avec diverses règles telles que l'organisation du service ou la délivrance des soins.

En ce qui concerne l'organisation du service, le libre choix du praticien par le malade ne peut aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conforme aux exigences de continuité.

En outre, le libre choix exercé par le malade, ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, voire créer des désordres persistants. Dans ce dernier cas, la Directrice Générale prend, avec l'accord du médecin responsable d'unité, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires.

Enfin, le libre choix du malade ne permet pas que la personne prise en charge puisse s'opposer à ce qu'un membre de l'équipe de soins procède à un acte de diagnostic ou de soins pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier ou du sexe de l'agent.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'établissement.



Textes de référence :

Code de la Santé Publique : Articles L 1110-8 ; R 1112-17 ; R4127-6

Circulaire DHOS/G no 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.

Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.



CHAPITRE 3 DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

2 - LES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

Article 32 – Les consultations et soins externes

⇒ Organisation des consultations et soins externes

Des consultations médicales sont organisées au sein du C.H.U. pour les patients externes. La liste et la localisation de ces consultations sont indiquées à l'entrée des bâtiments

Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement optimal de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan de la prise de rendez-vous et des délais d'attente.

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte Vitale ou de l'attestation de la carte Vitale.

Les personnes en situation de précarité sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou vers les assistantes sociales de l'établissement qui les aideront, le cas échéant, pour accéder à la consultation.

⇒ Consultations et examens sur réquisition

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en forme légale.

En effet, l'article 60 du Code de Procédure pénale dispose que « s'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées ».

La réquisition est impérative et nominative. L'article R. 642-1 du Code pénal précise que « le fait, sans motif légitime, de refuser ou de négliger de répondre soit à une réquisition émanant d'un magistrat ou d'une autorité de police judiciaire agissant dans l'exercice de ses fonctions, soit, en cas d'atteinte à l'ordre public ou de sinistre ou dans toute autre situation présentant un danger pour les personnes, à une réquisition émanant d'une autorité administrative compétente, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2^{ème} classe.» et l'article L. 4163-7 du Code de la Santé Publique rappelle qu'est puni de 3750 € d'amende le fait pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique, sauf cas d'incompétence technique avérée dans le domaine concerné par la réquisition.

La réquisition est le plus souvent écrite sous forme d'injonction et elle vise l'identité et la fonction du requérant, l'article du Code de procédure pénale permettant la réquisition, la mission énoncée en des termes précis, la nécessité de prêter serment ou non, la date et la signature du requérant.



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

3 - L'ADMISSION EN HOSPITALISATION

Article 33 – La décision d'admission

Article 34 – Les modes d'admission

34.1 L'admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

34.2 L'admission programmée

34.3 L'admission en urgence

34.4 L'admission dans le cadre du Plan blanc

Article 35 – Le transfert d'un patient

Article 36 – Les pièces à présenter lors de l'admission

Article 37 – Le régime d'hospitalisation

Article 38 – La désignation de la personne à prévenir

Article 39 – La désignation de la personne de confiance

Article 40 – La prise en charge dans le cadre de l'activité libérale

Article 41 – Dispositions particulières à certaines admissions

41.1 L'admission de bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat

41.2 Admission de militaires et invalides victimes de guerre

41.3 L'admission de femmes enceintes

41.4 L'admission pour une interruption volontaire de grossesse

41.5 L'admission de détenus

41.6 L'admission de malades mineurs

41.7 L'admission de malades majeurs protégés

41.8 L'admission en hospitalisation sous contrainte

41.9 L'admission de patients toxicomanes

41.10 L'admission de patients étrangers



Article 33 – La décision d'admission

L'admission à l'hôpital est prononcée par la Directrice Générale sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Textes de référence : Code de la Santé Publique : articles R1112-11 et R1112-12.

Article 34 – Les modes d'admission

34.1 L'admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

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

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

Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 1110-4 (respect de la vie privée et du secret des informations concernant le patient...). Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1 (systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité...), ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise.

Lorsqu'il est fait application de l'article L. 3213-1 (admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat), le certificat médical circonstancié tient lieu de lettre de liaison pour l'admission dans l'établissement d'accueil.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé ;

Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016, relatif aux lettres de liaison ;

Code de la Santé Publique : articles L.1110-4 ; L.1110-4-1 ; R.1112-1 ; R.1112-1-1

34.2 L'admission programmée

En cas d'admission programmée, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du responsable de la structure médicale concernée.

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions de l'établissement du C.H.U. concerné, où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

34.3 L'admission en urgence

⇒ Organisation de l'admission en urgence

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, la Directrice Générale prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés.



Elle prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement

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

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.

⇒ **Cas des malades amenés par la police en urgence**

Lorsqu'un patient est amené par les forces de l'ordre et que son état nécessite une hospitalisation, ces autorités de police ou de gendarmerie sont prévenues de l'admission et la famille du patient est informée, sauf avis contraire de ces autorités.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie, agissant en dehors de toute réquisition, amènent une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne est remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée, avec une attestation du médecin ayant examiné la personne indiquant que l'admission n'est pas nécessaire.

⇒ **Cas d'une urgence ou d'un accident survenant à proximité immédiate de l'établissement**

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate d'un site hospitalier, les personnels du site, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux malades ou aux blessés en péril sur la voie en mettant en œuvre les mesures adéquates :

- alerter les services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR) ;
- envoyer sur place une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation et de prendre toutes mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R1112-13, R1112-15 et R1112-16.

Circulaire n° 335 du 31 mars 1988 relative à l'intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate d'un établissement de soins public ou privé

34.4 L'admission dans le cadre du Plan blanc

Le C.H.U. de Reims est doté d'un dispositif de crise dénommé « Plan blanc », qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Il peut être déclenché par la Directrice Générale, qui en informe sans délai le Préfet, représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier.

Dans tous les cas, le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, le service d'aide médicale urgente départemental et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs.

Le plan blanc est arrêté, après avis des instances consultatives compétentes, par la Directrice Générale, après concertation avec le Directoire. Il est transmis au représentant de l'Etat dans le département, au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et au service d'aide médicale urgente départemental. Il définit notamment :

- 1° Les modalités de son déclenchement et de sa levée ;



- 2° Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- 3° Des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- 4° Les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- 5° Les modalités de communication interne et externe ;
- 6° Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- 7° Un plan de confinement de l'établissement ;
- 8° Un plan d'évacuation de l'établissement ;
- 9° Des mesures spécifiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, notamment les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- 10° Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Le Plan blanc est évalué et révisé chaque année. A chaque révision, l'Agence Régionale de Santé veille à la cohérence du plan blanc d'établissement avec le plan blanc élargi.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.3131-7 ; R.3131-4 à R.3131-7.



Article 35 – Le transfert d'un patient

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

En particulier, si tous les incubateurs de l'établissement sont occupés, toutes dispositions sont prises pour le transport d'urgence d'un prématuré dans l'établissement le plus proche disposant d'incubateurs.

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

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

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

Texte de référence :

Code de la Santé Publique : article R1112-14

Article 36 – Les pièces à présenter lors de l'admission

L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

Le patient ou, le cas échéant, son représentant devra présenter au bureau des admissions :

- sa carte Vitale ou son attestation de carte Vitale, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie. A défaut, il conviendra de présenter la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM), le formulaire E112 (si soins programmés) ; et pour les patients originaires d'un autre pays, en dehors de l'UE : la prise en charge délivrée par son organisme de sécurité sociale ou l'attestation d'Aide Médicale d'Etat (AME) délivrée par l'assurance maladie française ;
- un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, extrait d'acte de naissance, livret de famille, carte de séjour, passeport...)
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur ;
- le cas échéant, l'attestation de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) qui permet la prise en charge intégrale du ticket modérateur et du forfait journalier.

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

Si le patient n'est pas assuré social, et sous réserve des dispositions du paragraphe précédent, il doit signer un engagement de paiement de l'intégralité de ses frais d'hospitalisation et s'acquitter de ses frais d'hospitalisation soit en amont de son séjour si les soins sont programmés, soit pendant son séjour si les soins sont urgents.



Article 37 – Le régime d’hospitalisation

Le Centre Hospitalier Universitaire dispose d’un régime commun et d’un régime particulier d’hospitalisation, lequel comprend des chambres à un lit.

Le régime particulier permet aux patients de bénéficier, pour leur convenance personnelle, dans la mesure des places disponibles et moyennant un supplément à leur charge, de prestations hôtelières spécifiques.

Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et aux bénéficiaires des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

Lorsque l'état d'un 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.

Lorsque les malades autres que les bénéficiaires de l'aide médicale optent pour le régime particulier, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé ait pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix. L'engagement de payer les suppléments au tarif de prestations, qui doivent être précisément indiqués, est signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements publics de santé et les organismes prenant en charge les frais de soins.

Toutefois, l'établissement se réserve le droit de procéder au transfert d'un patient admis en régime particulier dans une chambre double pour faire face à des impératifs médicaux, en particulier les risques infectieux. Dans cette hypothèse, la facturation du séjour en régime particulier sera suspendue.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : article R1112-18, R112-19 et R1112-22

Code de la Sécurité Sociale : articles L.162-22-1 ; L.162-22-6 ; L.380-1 ; R.162-32-2

Code de l'Action Sociale et des Familles : article L.254-1

Article 38 – La désignation de la personne à prévenir

Dès son admission, le patient est invité à désigner la personne à prévenir, qui pourra, en tant que de besoin, lui apporter son concours, notamment pour ses formalités administratives, pour lui apporter ses effets personnels, son courrier, s'occuper de contacter sa famille...

Les informations qui peuvent être communiquées à la personne à prévenir sont limitées et ne peuvent en aucun cas se situer dans le champ des informations couvertes par le secret médical et professionnel.

Article 39 – La désignation de la personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être toute personne majeure qui est d'accord pour assumer cette mission (conjoint, concubin, parent, enfant, proche, médecin traitant...). Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. [Un formulaire est à disposition du patient. Il est accessible sur le site internet, dans les services de soins et à l'Espace d'Ecoute et d'Information.](#) La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir. Sa mission ne concerne que la santé du patient.



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. La personne de confiance peut prendre connaissance d'éléments du dossier médical du patient en sa présence. Par contre, elle n'a pas accès à l'information en dehors de sa présence et ne devra pas divulguer des informations sans son accord.

La personne de confiance sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne de confiance est le référent de l'équipe médico-soignante lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements. Elle rend compte de la volonté du patient. Elle n'exprime pas ses propres souhaits, mais rapporte ceux du patient. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Elle n'a pas la responsabilité de prendre des décisions concernant les traitements du patient, mais doit témoigner de ses souhaits, volontés et convictions.

Si le patient a rédigé ses directives anticipées et les a confiées à la personne de confiance, celle-ci les transmet au médecin qui suit le patient. A défaut, la personne de confiance peut indiquer où elles sont rangées ou qui les détient, si elle en a connaissance.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. 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, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, 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.

Textes de référence :

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 (nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie)

Code de la Santé Publique : article L1111-6 modifié

Guide « La personne de confiance » édité en avril 2016 par la Haute Autorité de Santé (HAS), avec le formulaire de désignation de la personne de confiance (téléchargeable sur le site de l'HAS).

Article 40 – La prise en charge dans le cadre de l'activité libérale

Les praticiens hospitaliers statutaires exerçant à temps plein peuvent être autorisés par contrat signé avec la Directrice Générale, à exercer une activité libérale sous forme de consultations, d'actes et de soins en hospitalisation à la triple condition :

- 1° d'exercer personnellement à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- 2° que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire ;
- 3° 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 médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle. Toutefois, les malades peuvent être admis sur leur demande et avec l'accord du médecin intéressé, au titre de l'activité libérale. Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.



Lorsque le patient opte pour le secteur libéral, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après avoir pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix. L'engagement de payer les suppléments au tarif de prestations, qui doivent être précisément indiqués, est signé en même temps.

Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques. Par décision du 21 janvier 2016, le Conseil Constitutionnel note en effet que « les dispositions du 4° du paragraphe 1 de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique qui prévoient l'absence de facturation de dépassements des tarifs de remboursement s'appliquant identiquement à tous les établissements de santé publics ou privés assurant le service public hospitalier et aux professionnels de santé exerçant en leur sein », ne vise pas l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein y exerçant.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L6154-1 à L6154-7 ; R1112-21 et R1112-22 ; R6154-1 à R6154-10 ; D6154-10-1 à D6154-10-3

Article 41 – Dispositions particulières à certaines admissions

41.1 L'admission de bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de constituer un dossier pour bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui agit par délégation du Préfet, sous conditions de résidence stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, et d'un plafond annuel de ressources.

L'AME donne droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale et sans avance de frais.

Les personnes à charge (enfants de moins de 16 ans, ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent leurs études...) peuvent aussi bénéficier de l'A.M.E..

Textes de référence :

Code de l'action sociale et des familles : Articles L 251-1 à L 253-4

Décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'Etat (A.M.E.)

Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'A.M.E.

Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'A.M.E.

41.2 Admission de militaires et invalides victimes de guerre

⇒ Admission en urgence d'un militaire

Si la Directrice Générale est appelée à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie

⇒ Admission d'un bénéficiaire de l'article L.115

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre bénéficient de la gratuité des 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.

La prise en charge pour le compte de l'Etat est assurée par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (C.N.M.S.S.).

Le bénéficiaire doit présenter à l'admission :

- sa fiche descriptive des infirmités mentionnant le détail des affections lui ouvrant droit à pension d'invalidité et, corrélativement, lui ouvrant droit à prise en charge de ses soins nécessités par ses infirmités pensionnées, au titre de l'article L.115 du CPMIVG ;
- son attestation de droit aux soins médicaux gratuits, au titre de l'article L.115, délivrée par la CNMSS
- son carnet de soins gratuits, permettant la prescription et/ou la facturation de ses soins au titre de l'article L.115, qui lui est remis par la CNMSS.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R.1112-29

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre : L.115

41.3 L'admission de femmes enceintes

⇒ **Admission en maternité**

La Directrice Générale ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission:

- d'une femme enceinte dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme récemment accouchée et celle de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du site, la Directrice Générale organise cette admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier et pourvu des services adaptés.

⇒ **Demande du secret de l'admission**

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, 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.

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. 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 désignées par le Président du Conseil départemental au sein de ses services pour assurer les relations avec le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles et qui auront été informées sous la responsabilité de la Directrice Générale du CHU. A défaut, ces formalités sont accomplies sous la responsabilité de la Directrice Générale.

Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission dans un établissement public ou privé conventionné, 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.

41.4 L'admission pour une interruption volontaire de grossesse

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.

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.

Si une femme demande son admission au CHU en vue d'une interruption volontaire de la grossesse, la Directrice Générale doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites par le Code de la Santé Publique aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5 :

- dès la première visite le médecin ou la sage-femme sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et 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 notamment le rappel que l'interruption de la grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme et qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse, avec indication de la liste et des adresses des organismes et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse ;
- il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés. Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre ;
- 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.

Si la femme renouvelle, après les consultations prévues ci-dessus, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin ou la sage-femme doit lui demander une confirmation écrite. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4.

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 la consultation préalable mentionnée ci-dessus.

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.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Code de la Santé Publique : articles L.2212-1 à L.2212-11 modifiés ; R.1112-27 et R.1112-28

Code de l'action sociale et des familles : articles L.222-6 et L.223-7.

41.5 L'admission de détenus

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet, admis soit dans le service spécialement aménagé dans l'établissement, soit dans une chambre ou un 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 hospitalier ou pour les autres malades.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle.

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la justice, prise en application de l'article D. 382 du code de procédure pénale, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier ou dans le secteur de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, si la surveillance prévue ci-dessus ne gêne pas les autres malades.

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

Si l'incident concerne un prévenu, avis doit en être donné également au magistrat saisi du dossier de l'information et, si l'incident concerne un condamné, au juge de l'application des peines.

Si le détenu appartient aux forces armées, l'autorité militaire doit en outre être avisée.

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie, et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R.1112-30 à R.1112-33.

Code de procédure pénale : articles D 280 et D 382



41.6 L'admission de malades mineurs

⇒ Admission en pédiatrie et périnatalogie

La charte de l'enfant hospitalisé de l'UNESCO rappelle que l'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour. Elle précise par ailleurs, que les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes et que l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

Habituellement, on considère que la pédiatrie et la périnatalogie concernent l'enfant de la conception à l'âge de 16 ans, même s'il n'existe pas de limite d'âge réglementaire.

Les services spécialisés en pédiatrie admettent les enfants d'un âge n'excédant pas 16 ans. Inversement, les mineurs âgés de moins de 16 ans ne sont en principe pas admis dans les services d'adultes, s'il existe un service d'enfants susceptible de les accueillir. Il peut toutefois être exceptionnellement dérogé à ces règles, sur autorisation de la Directrice Générale, après avis du chef de pôle et responsable d'unité concernés.

⇒ Consentement à l'hospitalisation des mineurs

En dehors du cas d'urgence, l'admission d'un mineur est prononcée à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

Selon le Code civil, l'autorité parentale appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Par dérogation aux dispositions du Code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Hors cas d'opposition du mineur, toutes mesures utiles sont prises par l'hôpital pour qu'un membre de la famille ou la personne exerçant l'autorité parentale soit informée dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence.

Si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.



Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

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

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

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

Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, la Directrice Générale adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

⇒ Admission d'une femme mineure pour interruption volontaire de grossesse

Dans le cadre de l'interruption volontaire de grossesse, interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse, 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 en dehors de la présence de toute autre personne.

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

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.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1111-5, L.2212-7 et R.1112-34 à R.1112-36

Code civil : article 371-1

41.7 L'admission de malades majeurs protégés

Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique (Art 425 du Code civil).



Le juge des tutelles peut placer la personne sous :

- sauvegarde de justice : la personne placée sous sauvegarde de justice conserve l'exercice de ses droits. Toutefois, elle ne peut, à peine de nullité, faire un acte pour lequel un mandataire spécial a été désigné ;
- curatelle : la personne en curatelle ne peut, sans l'assistance du curateur, faire aucun acte qui, en cas de tutelle, requerrait une autorisation du juge ou du conseil de famille ;
- tutelle : sous réserve des cas où la loi ou l'usage autorise la personne en tutelle à agir elle-même, le tuteur la représente dans tous les actes de la vie civile.

Dans la mesure où son état le permet, la personne sous protection juridique prend seule les décisions relatives à sa personne (art 459 du Code civil).

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire qui s'applique à la personne protégée, quelle que soit la mesure de protection.

Le majeur protégé reçoit de la part du médecin une information sur son état de santé adaptée à son niveau de compréhension.

Le majeur placé sous sauvegarde de justice consent seul à tous les actes médicaux.

Si le majeur protégé est sous curatelle, le curateur a pour mission de l'assister dans sa décision. La preuve de l'assistance du curateur doit figurer sur le formulaire de consentement ou dans le dossier médical. S'il n'est pas en mesure de donner son consentement en raison d'un manque de discernement, son représentant légal décide seul des actes et des soins médicaux courants.

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Art. L 1111-4 al. 5 du Code de la santé publique.

Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

En cas d'urgence et d'impossibilité à joindre le représentant légal, le médecin peut agir sans son consentement. En cas d'opposition entre le médecin et le tuteur, le médecin peut également procéder aux actes nécessaires mais il saisira le juge des tutelles a posteriori.

Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale. Par conséquent, il ne peut y avoir d'admission dans ce cadre, sauf exceptions légales (cf. article 78 sur les dons de tissus et d'organes).

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1111-4, L.1241-2, L.1241-4

Code civil : articles 325 et suivants

41.8 L'admission en hospitalisation sous contrainte

En psychiatrie, il existe des exceptions à la règle de l'hospitalisation libre.

⇒ **Le Directrice Générale prononce :**

- l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non
- l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent, sans tiers



Trois conditions doivent être réunies :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins ;
- la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Le tiers est toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient :

- un membre de sa famille ou de son entourage ;
- une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil. S'il remplit ces conditions, le tuteur ou le curateur du majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

Les formalités d'admission exigent :

- une demande d'admission manuscrite présentée par un tiers, comportant :
 - la formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ;
 - les nom, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ;
 - le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins ;
 - la date et la signature.
Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par la Directrice Générale qui en donne acte.
- deux certificats médicaux, datant de moins de 15 jours, attestant que :
 - Les troubles rendent impossible le consentement de la personne ;
 - Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante (hospitalisation complète) ou régulière (soins ambulatoires ou hospitalisation partielle).

Les médecins établissant les certificats ne doivent être ni parents ni alliés entre eux, ni avec la Directrice Générale qui prononce l'admission, ni avec le tiers demandeur, ni avec le patient.

Le premier certificat doit être établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

Le deuxième certificat doit être établi par un autre médecin, après examen du patient. Ce médecin peut exercer dans l'établissement d'accueil, sans être nécessairement psychiatre.

En cas de divergence des deux certificats quant à la nécessité d'hospitalisation sous contrainte, la Directrice Générale ne peut pas prononcer l'admission.

En cas d'urgence et lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, la Directrice Générale peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin de l'établissement d'accueil. Le certificat doit indiquer l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient. La demande d'un tiers reste indispensable. Dans ce cas, le deuxième certificat médical établi 24 heures après l'admission doit être établi par un psychiatre distinct.

En cas de péril imminent pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers à la date d'admission, la Directrice Générale peut prononcer l'admission en soins psychiatriques. Le certificat est établi par un médecin qui ne peut exercer dans l'établissement d'accueil et doit indiquer les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins.

La Directrice Générale informe, dans un délai de 24h sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins, ou la personne chargée de la protection juridique de



l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

La Directrice Générale transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la Commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du chapitre relatif aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. Il transmet également sans délai à cette commission une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2.

⇒ **L'admission en soins psychiatriques, en urgence ou non, sur décision du représentant de l'Etat (Préfet)**

Quatre conditions doivent être réunies :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins ;
- la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière ;
- l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

La décision est rendue par arrêté du Préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical (dans la pratique, souvent par un certificat médical), le maire arrête à l'égard des personnes dont le comportement relève de troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Il en réfère dans les vingt-quatre heures au Préfet, qui statue sans délai sous forme d'un arrêté.

⇒ **Période initiale d'observation et de soins**

La personne admise en fait l'objet d'une période initiale d'observation et de soins sous la forme d'une hospitalisation complète sans consentement d'une durée maximale de 72 heures. Son avis et son consentement doivent être recherchés afin de l'associer aux soins qui lui sont prodigués.

Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet. Un psychiatre de l'établissement d'accueil (CHU) établit également un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans consentement au regard des conditions d'admission.

Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi par le psychiatre de l'établissement d'accueil (CHU). En cas d'urgence ou de péril imminent, le psychiatre est différent de celui qui a établi le certificat médical de 24 heures et différent du rédacteur du certificat initial.

A l'issue des 72 heures :

- soit l'un des deux certificats médicaux (« 24 H » et « 72 H ») conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins : la Directrice Générale de l'établissement d'accueil (CHU) prononce immédiatement la levée de cette mesure ;
- soit les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins : la Directrice Générale de l'établissement d'accueil (CHU) prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois, en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre.



⇒ Saisine du Juge des Libertés et de la Détention

L'hospitalisation complète au CHU d'une personne sans son consentement ne peut se poursuivre sans que le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), saisi par la Directrice Générale dans les huit jours suivant son admission, n'ait statué sur cette mesure avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de l'admission.

Le JLD est également saisi :

- Avant l'expiration d'un délai de 12 jours, lorsqu'on modifie la prise en charge sans consentement du patient par une hospitalisation complète ;
- Au plus tard 2 semaines avant l'expiration d'un délai de 6 mois suivant la décision judiciaire prononçant l'hospitalisation et si le patient a été maintenu en hospitalisation complète continue depuis cette décision

La saisine du JLD par est accompagnée d'un avis motivé rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil (CHU). Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. Tous les certificats et avis sont transmis au juge et communiqués au patient et/ou à son avocat. Le JLD peut ordonner une expertise.

Lorsque le juge n'a pas statué dans les délais, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun des délais.

Par ailleurs, le JLD peut être saisi à tout moment afin d'ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques, quelle qu'en soit la forme.

La saisine peut être faite par :

- La personne faisant l'objet des soins ;
- Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- La personne qui a formulé la demande de soins ;
- Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- Le Procureur de la République.

Le JLD peut également se saisir d'office, à tout moment. Toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

Le JLD ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale. Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du Code de la Santé Publique.

En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine.

⇒ Suivi des mesures de soins sans consentement

Dans le mois qui suit la décision d'admission et au moins tous les mois, les soins peuvent être maintenus et un certificat médical est de nouveau établi par un psychiatre de



l'établissement d'accueil dans les trois derniers jours de chacune des périodes. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Le patient est informé de chacune des décisions et son avis doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'hospitalisation complète d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation approfondie de l'état de la personne, réalisée par un collègue (un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient). Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Le collègue recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collègue, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés aux paragraphes précédents entraîne la levée de la mesure de soins.

Les copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations sont adressées sans délai par la Directrice Générale à la Commission départementale des soins psychiatriques.

Sans préjudice des dispositions ci-dessus, il est mis fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3212-1 (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers) ou de l'article L. 3212-3 (admission en urgence à la demande d'un tiers) dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins. Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de la mesure de soins, la Directrice Générale en informe le représentant de l'Etat dans le département, la Commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et la personne qui a demandé les soins.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Articles 69 à 72 modifiant les articles L3211-11-1, L3211-12-2, L3212-5, L3212-8, L3214-1, L3215-1, L3215-2 CSP)
Code de la Santé Publique : articles L.3212-1 à L.3213-11 et R.3212-1 à R.3213-3.

41.9 L'admission de patients toxicomanes

⇒ Admission à la demande des patients toxicomanes

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traités un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

⇒ Admission sur injonction

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions suivantes.

Chaque fois que l'autorité judiciaire enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive d'alcool de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique qui consiste en une mesure de soins ou de surveillance



médicale, elle en informe le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Celui-ci fait procéder dans les meilleurs délais à l'examen médical de l'intéressé par un médecin désigné en qualité de médecin relais ou, le cas échéant, à une évaluation socio-psychologique par un psychologue habilité ou tout professionnel de santé également habilité.

A l'issue de cette phase d'évaluation, le professionnel de santé désigné fait connaître sans délai à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité de la mesure d'injonction thérapeutique.

Si l'examen médical ou l'évaluation confirme l'opportunité d'une mesure d'injonction thérapeutique, le professionnel de santé désigné invite l'intéressé à se présenter auprès d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou d'un médecin de son choix ou, à défaut, désigné d'office pour suivre un traitement médical ou faire l'objet d'une prise en charge socio-psychologique adaptée.

Le médecin relais, le psychologue habilité ou le professionnel de santé habilité est chargé de la mise en œuvre de la mesure d'injonction thérapeutique, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi.

Il informe l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation de dépendance de l'intéressé.

En cas d'interruption du suivi à l'initiative de l'intéressé ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure, le professionnel de santé désigné en informe sans délai l'autorité judiciaire.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.3413-1 à L.3414-1 et R.1112-38 et R.1112-39

41.10 L'admission de patients étrangers

⇒ **Les assurés d'un état membre de l'Union Européenne ou de Suisse**

✓ *Soins non programmés médicalement nécessaires durant le séjour*

Les personnes relevant du régime de sécurité sociale d'un autre état membre de l'Union européenne (UE), d'un état partie à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) ou de la Suisse, bénéficient de la couverture de leurs soins de santé médicalement nécessaires (hors soins programmés), reçus pendant leur séjour temporaire en France.

Pour bénéficier de cette prise en charge, les intéressés doivent présenter, lors de leur admission à l'hôpital (justification d'identité à l'appui), leur Carte Européenne d'Assurance Maladie (C.E.A.M.) ou, à défaut, un Certificat Provisoire de Remplacement (C.P.R.),

La production de ces documents permet à son porteur d'être traité comme s'il était assuré d'un régime français d'assurance maladie. La personne couverte par le régime d'un autre état membre doit s'acquitter de la part restant à la charge d'un assuré d'un régime français s'il ne dispose pas d'assurance maladie complémentaire. Ces frais seront réclamés immédiatement aux patients concernés, en vue d'éviter l'envoi d'une facture après leur retour à l'étranger et le risque de non recouvrement des montants correspondants.

Si son assurance complémentaire délivre une autorisation de prise en charge complète pour le reste à charge, alors la facture sera envoyée à la complémentaire.

✓ *Soins programmés*

En cas de séjour pour des raisons médicales (soins programmés) dans un Etat membre (UE – EEE – Suisse), l'assuré doit présenter le formulaire S2 remis par son Etat d'affiliation, dès la prise de rendez-vous.



L'admission est conditionnée à la validité du formulaire S2. Le service des admissions du CHU s'en assure lors de l'organisation du séjour, afin d'éviter toute régularisation a posteriori. La prise en charge des frais engagés se fait alors par la CPAM de rattachement de l'hôpital, sur la base des tarifs français.

⇒ **Les assurés d'un Etat signataire d'une convention bilatérale**

Les ressortissants d'Etats liés à la France par des conventions bilatérales de sécurité sociale, bénéficient des prestations de l'assurance maladie française, sur présentation d'un formulaire conventionnel. Les factures sont alors prises en charge par la CPAM dont relève le CHU, pour le compte de l'Etat d'affiliation.

Il sera vérifié à l'admission, si la convention prévoit des soins programmés, ou seulement des soins urgents, dans l'autre pays sur la base d'un formulaire conventionnel.

⇒ **Les étrangers non assurés d'un Etat membre de l'UE ou d'un Etat signataire d'une convention bilatérale**

Aux termes de l'article L211-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, pour entrer en France, tout étranger doit notamment être muni, sous réserve des conventions internationales, de documents relatifs à « la prise en charge par un opérateur d'assurance agréé des dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, résultant de soins qu'il pourrait engager en France, ainsi qu'aux garanties de son rapatriement ».

Les patients étrangers non couverts par un régime de sécurité sociale coordonné avec le régime français, doivent régler l'intégralité des frais et une provision le sera demandée pour les soins programmés.



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

4 - LES DISPOSITIONS RELATIVES AU SEJOUR

Article 42 – Règles générales régissant le séjour.....	
Article 43 – L'accueil.....	
Article 44 – Le livret d'accueil.....	
Article 45 – Les biens des hospitalisés et des résidents.....	
45.1 L'information des personnes hospitalisées et hébergées.....	
45.2 La réglementation des dépôts.....	
45.3 La responsabilité de l'établissement.....	
45.4 Les objets non réclamés.....	
45.5 Les biens des incapables majeurs.....	
Article 46 – Les horaires quotidiens.....	
Article 47 – Les repas.....	
Article 48 – Les médicaments.....	
Article 49 – La poursuite de la scolarité.....	
Article 50 – La pratique des cultes.....	
Article 51 – Les moyens d'information et d'expression.....	
Article 52 – La gestion des plaintes et les voies de recours.....	
51.1 Gestion des plaintes et réclamations sans demande indemnitaire.....	
51.2 Gestion des plaintes et réclamations avec demande indemnitaire.....	
Article 53 – Les permissions de sortie.....	
53.1 Cas général.....	
53.2 Cas des mineurs.....	
53.3 Cas des patients hospitalisés en psychiatrie sous contrainte.....	
Article 54 – Les interventions du service social.....	
Article 55 – L'hospitalisation des détenus.....	
Article 56 – Les dispositions diverses.....	
56.1 Le courrier.....	
56.2 Le téléphone et internet.....	
56.3 La télévision et la radio.....	
56.4 La bibliothèque.....	
56.5 Les associations de bénévoles.....	
56.6 Les dispositions relatives aux denrées et aux boissons.....	
56.7 L'interdiction des gratifications.....	
56.8 Les dispositions relatives aux animaux.....	
56.9 L'interdiction de fumer.....	
56.10 L'interdiction des produits stupéfiants.....	
56.11 L'interdiction des armes.....	



Article 42 – Règles générales régissant le séjour

Le CHU de Reims garantit la qualité de l'accueil, des traitements et des soins prodigués pendant le séjour par un personnel formé et à l'écoute des usagers.

Lors de leur séjour les patients et visiteurs doivent respecter les règles de la vie en collectivité et notamment :

- ne pas gêner, par leur comportement ou leurs propos les autres usagers ou le fonctionnement de l'unité ;
- observer les règles d'hygiène ;
- avoir une tenue vestimentaire décente lors de leurs déplacements au sein de l'établissement ;
- respecter les professionnels qui les prennent en charge ;
- respecter le bon état des locaux et équipements qui sont à leur disposition ;
- respecter la tranquillité des autres patients ;
- respecter les horaires de visite.

Dans le domaine religieux, la liberté d'action et d'expression des patients s'exerce dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel.

Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entraînent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

Le non-respect de ces règles peut entraîner l'exclusion de l'établissement. Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, la Directrice Générale ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé pour motif disciplinaire.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du malade. En cas de dégradations volontaires, les usagers engagent leur responsabilité et seront appelés à indemniser les dégâts causés.

Les hospitalisés sont priés d'apporter à l'hôpital leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, peigne etc...), et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama ou chemise de nuit, robe de chambre, pantoufles, etc...) Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'hospitalisé pourra, s'il le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui d'en assurer l'entretien. Le linge de lit est fourni et entretenu par le CHU.

Textes de référence :

Circulaire DHOS/G no 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics. ; Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.

Article 43 – L'accueil

L'établissement a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans aucune discrimination.

Son accès est adapté aux personnes handicapées.

Le personnel du groupe hospitalier est formé à l'accueil des usagers. Il donne aux patients et à leurs proches, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les enseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.



Article 44 – Le livret d'accueil

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme au modèle type arrêté par la Ministre chargé de la santé.

Le livret d'accueil :

- contient toutes les informations utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du CHU, ainsi que sur les droits et les devoirs des patients ;
- précise les démarches à suivre pour contacter les membres de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de prise en charge, ainsi que les modalités d'expression et de traitement des plaintes et réclamations ;
- 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 ;
- comporte en annexe un questionnaire de sortie dans lequel le patient peut également librement consigner ses observations critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

Le livret d'accueil est proposé au patient en consultation lorsqu'une hospitalisation est programmée. Il est également disponible auprès des hôtes d'accueil, de la personne chargée des relations avec les usagers et à l'Espace [d'Ecoute et d'Information](#).

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour le CHU de Reims. Celui-ci procède à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Cette évaluation se fait notamment à partir du questionnaire de sortie. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans la certification.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1112-2 et R.1112-41.

Article 45 – Les biens des hospitalisés et des résidents

45.1 L'information des personnes hospitalisées et hébergées

Toute personne admise en hospitalisation ou hébergée dans un établissement médico-social du CHU est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement (sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, moyens de règlement ou des objets de valeur, bijoux...), et à ne conserver auprès d'elle que des objets de faible valeur.

A cette occasion, une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou hébergée, ou à son représentant légal. Cette information comprend l'exposé des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement. Elle précise les principes gouvernant la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés dans ces établissements.

La personne admise ou hébergée, ou son représentant légal, certifie avoir reçu l'information prévue à l'alinéa précédent. Mention de cette déclaration est conservée par l'établissement.

45.2 La réglementation des dépôts

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



Les dépôts s'effectuent entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur. Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par la Directrice Générale.

Le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par lui.

Le reçu ou un exemplaire du reçu est versé au dossier administratif de l'intéressé.

Un registre spécial coté est tenu par le dépositaire. Les dépôts y sont inscrits au fur et à mesure de leur réalisation avec, le cas échéant, mention pour le ou les objets dont il s'agit, de leur conservation par le déposant.

Au cas où la personne est hors d'état de manifester sa volonté ou doit recevoir des soins d'urgence et se trouve, de ce fait, dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé par le responsable du service des admissions, ou tout autre agent ou préposé de l'établissement, et l'accompagnant ou, à défaut, un autre agent ou préposé de l'établissement.

Les objets et l'inventaire sont remis au dépositaire qui procède à l'inscription du dépôt sur le registre mentionné ci-dessus et joint un exemplaire de l'inventaire au dossier administratif de la personne admise.

Dès que son état le permet, la personne admise est informée. Elle obtient le reçu contenant l'inventaire des objets déposés. Elle procède, le cas échéant, au retrait des objets qui ne peuvent rester en dépôt en raison de leur nature. La liste des objets maintenus en dépôt, dressée après un inventaire contradictoire, est inscrite au registre spécial tenu par le dépositaire.

L'établissement prend, si nécessaire, toute mesure propre à assurer le retour des objets qui ne peuvent être maintenus en dépôt, au lieu désigné par la personne admise, à la charge de celle-ci, lorsqu'elle-même ne peut y procéder ou y faire procéder.

Lors de sa sortie définitive de l'établissement, le déposant se voit remettre, à l'occasion de l'accomplissement des formalités de sortie, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés.

Tous les objets abandonnés par la personne admise ou hébergée à sa sortie sont déposés s'il n'avait pas été procédé à leur dépôt auparavant et sauf instructions contraires de sa part. Ces objets sont également déposés en cas de décès. La personne admise ou hébergée, son représentant légal, sa famille ou ses proches en sont avisés.

En cas de décès du déposant, un document est remis à ses héritiers les invitant à procéder au retrait des objets déposés. Le retrait des objets par le déposant, son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est faite sur le registre spécial, en marge de l'inscription du dépôt.

Si le malade décède alors que les sommes d'argent et les objets de valeurs sont encore déposés chez le régisseur, il appartient au seul comptable public de procéder à la restitution des dépôts aux héritiers sur justification de leurs droits.

45.3 La responsabilité de l'établissement

Les établissements de santé, ainsi que les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, 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.

Le montant des dommages et intérêts dus à un déposant est limité à l'équivalent de deux fois le montant du plafond des rémunérations et gains versés mensuellement retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale du régime général. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas



lorsque le vol, la perte ou la détérioration des objets résultent d'une faute de l'établissement ou des personnes dont ce dernier doit répondre.

Cependant, la responsabilité s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt dans les conditions prévues ci-dessus. Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement (voir ci-dessus).

L'établissement n'est pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés dans les conditions prévues ci-dessus, alors que leurs détenteurs étaient en mesure de le faire, sauf si une faute est établie à l'encontre de l'établissement ou à l'encontre des personnes dont il doit répondre.

Lorsque la personne admise ou hébergée décide de conserver auprès d'elle durant son séjour un ou plusieurs des objets susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que si :

- 1° Il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur ;
- 2° Les formalités de dépôt prévues à l'article R. 1113-4 ont été accomplies ;
- 3° Le directeur d'établissement ou une personne habilitée a donné son accord à la conservation du ou des objets par cette personne.

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

45.4 Les objets non réclamés

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

La remise des sommes d'argent, titres et valeurs mobilières à la Caisse des dépôts et consignations s'effectue contre délivrance d'un reçu à l'établissement dépositaire. Mention de la remise est portée au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale. Avis de la remise est adressé au déposant, à son représentant légal, à sa famille ou à ses proches.

L'administration chargée des domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'établissement détenteur.

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

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

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



45.5 Les biens des incapables majeurs

Les biens des incapables majeurs, hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues notamment par :

- l'article 491-4 du Code civil, qui dispose qu'en l'absence de mandat, on suit les règles de la gestion d'affaires. Toutefois, ceux qui auraient qualité pour demander l'ouverture d'une tutelle ont l'obligation de faire les actes conservatoires que nécessite la gestion du patrimoine de la personne protégée quand ils ont eu connaissance tant de leur urgence que de la déclaration aux fins de sauvegarde. La même obligation incombe sous les mêmes conditions au directeur de l'établissement de traitement.
- 499 du Code Civil qui prévoit que les tiers peuvent informer le juge des actes ou omissions du tuteur qui leur paraissent de nature à porter préjudice aux intérêts de la personne protégée.
- les décrets n° 69-195 du 15 février 1969 pris pour l'application de l'article 499 du code civil et n° 69-196 du 15 février 1969 fixant les modalités de la gestion des biens de certains incapables majeurs dans les établissements de soins, d'hospitalisation et de cure publics.

Textes de référence :

Loi n°92-614 du 6 juillet 1992 et décret n°93-550 du 27 mars 1993.

Code la Santé Publique : articles L.1113-1 à L.1113-10 ; R.1113-1 à R.1113-9.

Code civil : articles 491-4, 499 et 500.

Article 46 – Les horaires quotidiens

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires tenant compte des besoins des malades.

Les plages horaires, indiquées dans le livret d'accueil, sont les suivantes (sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes exceptionnelles d'organisation) pour :

- **les repas :**
 - Petit déjeuner : 8 h 00 à 8 h30
 - Déjeuner : 12 h 00
 - Dîner : 18 h 30 à 19 h 00
- **les visites :** de 13 h 00 à 20 h 00

Article 47 – Les repas

Les repas sont servis individuellement, au lit du malade ou dans des locaux de séjour, en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par la Directrice Générale.

Les menus sont arrêtés par une commission des menus en lien avec le Comité de liaison Alimentation – Nutrition (CLAN) et sont communiqués à chaque service. Le CLAN évalue les bonnes pratiques de l'établissement dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition, définit des actions prioritaires d'amélioration à mener, tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration, apporte un appui méthodologique aux professionnels concernés et évalue les résultats.

L'hospitalisé, dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets, dans le respect des croyances. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.



Article 48 – Les médicaments

Les patients sont invités à apporter l'ordonnance de leur médecin traitant le jour de leur hospitalisation et, s'ils ont un traitement en cours, à remettre leurs médicaments dans leurs boîtes à l'équipe soignante. Les visiteurs et les malades ne doivent pas introduire de médicaments dans l'établissement, sauf accord du médecin de l'unité (article R.1112-48 du Code de la Santé publique).

A l'admission, les traitements du patient doivent être réévalués par le médecin hospitalier. Au cours du séjour, la pharmacie hospitalière délivre tous les médicaments prescrits. Ces médicaments doivent être inscrits sur la liste des médicaments dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement (livret thérapeutique). A titre exceptionnel, les médicaments confiés par le patient à l'équipe soignante peuvent lui être administrés s'ils ne sont pas disponibles dans l'établissement, pour éviter toute interruption de traitement. Il est vivement recommandé de ne prendre aucun autre médicament que ceux qui sont prescrits par le médecin hospitalier pendant le séjour.

A la sortie du patient, ses traitements personnels lui seront restitués. Dans la mesure du possible, les traitements arrêtés lui seront retirés avec son accord puis retournés à la pharmacie de l'établissement pour être détruits.

En cas de transfert d'un patient, les établissements devront se concerter, si nécessaire, pour garantir la continuité des traitements. L'établissement à l'origine du transfert pourra fournir, si besoin, le traitement non disponible temporairement.

Article 49 – La poursuite de la scolarité

Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé.

Au CHU de Reims, l'école à l'hôpital est une réalité pour les jeunes patients, de la maternelle au collège, voire au lycée. C'est une façon de maintenir le lien avec l'extérieur et d'aider les enfants et adolescents hospitalisés à mener une vie la plus normale possible et lui permettre de continuer à apprendre au travers des cours traditionnels, mais aussi d'activités ludiques et artistiques qui aident à oublier des traitements parfois lourds.

Texte de référence : Code de la Santé Publique : article L.1110-6

Article 50 – La pratique des cultes

La Constitution du 4 octobre 1958 dispose en son article premier que « La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances.... ».

Pour l'hôpital, cela implique que tous les patients soient traités de la même façon quelles que puissent être leurs croyances religieuses et que dans le domaine religieux, les patients se voient garantir la libre pratique de leur culte et la manifestation de leurs convictions religieuses.

L'article R.1112-46 du Code de la santé publique précise que les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix.

L'article L.3211-3-8° du code de la santé publique affirme cette même liberté pour les personnes atteintes de troubles mentaux et hospitalisées sans leur consentement.

L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil indique que ce dernier doit préciser « les moyens d'obtenir la liste et les coordonnées des représentants des différents cultes » (art 2 - 5°).



Le CHU de Reims met à la disposition des usagers des lieux de prière et de permanence des ministres des cultes. Leurs coordonnées figurent dans le livret d'accueil.

En matière mortuaire, les familles des malades en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix

Toutefois, la liberté d'action et d'expression des patients dans le domaine religieux, s'exerce dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel.

Les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'établissement, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

L'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte :

- à la qualité des soins et aux règles d'hygiène (le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés) ;
- à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches ;
- au fonctionnement régulier du service.

Par ailleurs, le libre choix du malade ne permet pas que la personne prise en charge puisse s'opposer à ce qu'un membre de l'équipe de soins procède à un acte de diagnostic ou de soins pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier.

Le non-respect de ces règles peut entraîner l'exclusion de l'établissement. Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, la Directrice Générale ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé pour motif disciplinaire.

Textes de référence :

Constitution du 4 octobre 1958 : article premier

Code de la Santé Publique : articles L.3211-3 ; R.1112-46

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

Circulaire DHOS/G no 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.

Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.

Article 51 – Les moyens d'information et d'expression

L'expression du patient et de son entourage est favorisée.

Les usagers disposent d'un local où ils peuvent rencontrer les bénévoles des associations. Cet « Espace des usagers » dont les horaires d'ouverture sont indiqués dans le livret d'accueil a un triple objectif :

- d'information, notamment sur les droits des patients (accès au dossier patient, personne de confiance, Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge...);
- de renseignement sur les associations pouvant apporter une aide dans le cadre d'une maladie ;
- d'écoute, de soutien et de conseil dans un lieu accueillant et neutre, dans le respect de la confidentialité.



Les possibilités suivantes sont données aux patients et/ou à leurs proches pour s'exprimer :

- un questionnaire de sortie est remis dans l'unité d'hospitalisation ;
- une enquête de satisfaction est réalisée tous les ans auprès d'un échantillon de patients ;
- un livret de recueil, à disposition des patients et de leurs proches à l'accueil de l'hôpital Robert Debré et de l'hôpital Maison blanche ;
- la rédaction d'un courrier à l'attention de la Directrice Générale ;
- la rédaction d'un courrier à la Commission des Usagers (C.D.U.), prévue à l'article 12 du présent règlement intérieur.

Les patients et leurs proches peuvent demander à rencontrer :

- le médecin responsable et/ou le cadre de santé de la structure ;
- un médiateur dans la cadre des missions de C.D.U. ;
- un représentant des usagers ;
- la personne chargée des relations avec les usagers.

Article 52 – La gestion des réclamations, des plaintes et les voies de recours

Les usagers peuvent exprimer oralement leurs griefs auprès du médecin responsable et/ou du cadre de santé du service. C'est l'occasion d'échanger avec les professionnels et d'obtenir des explications.

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.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à la Directrice Générale. Cette dernière, ou son représentant, accuse réception au plaignant en lui envoyant un courrier dit « d'attente », l'informant que sa demande a été prise en considération et qu'une recherche d'informations est lancée auprès des chefs de service, des cadres de service, des directions fonctionnelles, concernés.

La gestion des plaintes diffère ensuite selon que celle-ci est assortie ou non d'une demande indemnitaire.

52.1 Gestion des plaintes et réclamations sans demande indemnitaire

Dans la réponse « d'attente », la Directrice Générale, ou son représentant, avise également le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur et, le cas échéant, elle informe l'intéressé qu'elle procède elle-même à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membre de la Commission des Usagers.

Si la plainte porte sur la prise en charge médico-soignante, le courrier est accompagné d'un formulaire d'autorisation à consulter [les éléments de sa prise en charge](#) pour le médecin médiateur à signer par le patient, en lui indiquant que sans cette autorisation, la réclamation ne peut pas être instruite (accès au dossier médical [et informations complémentaires relatives à sa prise en charge recueillies auprès des professionnels](#)).

Les éléments de réponse et informations fournis par les médecins et cadres soignants des services concernés et, le cas échéant, par les responsables des services administratifs, logistiques et techniques en cause, sont communiqués au(x) médiateur(s) compétent(s) de la



Commission des usagers (anciennement Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge).

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

Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Pour mémoire, la Commission des usagers n'examine que les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel, dans les conditions prévues à l'article 12 du présent règlement intérieur.

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au Président de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, la Directrice Générale ou son représentant, répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Elle transmet ce courrier aux membres de la commission.

52.2 Gestion des plaintes et réclamations avec demande indemnitaire

Si le patient formule une demande indemnitaire, celle-ci vaut mise en cause de la responsabilité civile de l'établissement. Par conséquent, l'assureur garantissant ce risque doit être immédiatement informé. En effet, les agents publics (titulaires et contractuels) ne sont pas civilement responsables des dommages qu'ils causent à l'occasion de leur activité professionnelle. C'est l'établissement public employeur qui assume cette responsabilité indemnitaire vis-à-vis des victimes, sauf en cas de « faute personnelle », de l'agent public, c'est-à-dire de faute qui révèle un manquement volontaire et inexcusable à des obligations professionnelles ou déontologiques. Dans ce cas, l'agent public peut voir sa responsabilité civile engagée.

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Il existe un dispositif d'information prévoyant :

- la désignation d'un professionnel de santé chargé de délivrer l'information ;
- la présence des personnes que le patient souhaite voir informées ;
- des conditions appropriées pour établir le dialogue ;



- les explications adaptées aux capacités de compréhension du patient et à son état psychique.

Une fois en possession des éléments d'information lui permettant d'apprécier si la responsabilité civile de l'établissement est engagée, l'assureur se livre à un examen médico-légal de l'incident et prend position sur la réclamation indemnitaire.

S'il estime que la responsabilité civile de l'établissement est engagée (défaut d'organisation du service, faute technique médicale ou soignante, infection nosocomiale...), l'assureur fait une proposition d'indemnisation amiable que le plaignant peut accepter ou refuser.

Il peut également proposer une expertise amiable au plaignant. Si celui-ci l'accepte, un médecin expert est désigné afin d'instruire le dossier au plan médical, d'examiner le plaignant et d'évaluer les préjudices.

Si l'assureur estime que la responsabilité civile de l'établissement n'est pas engagée (dommage non fautif ou en lien avec l'état de santé antérieur du patient, accidents médicaux relevant de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (O.N.I.A.M.), faits prescrits ...), il en informe l'établissement pour qu'il notifie le refus d'indemnisation au plaignant.

A défaut d'accord amiable, le plaignant peut saisir :

- la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (C.R.C.I.) ;
- le Tribunal administratif.

➤ Saisine de la **Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)**

La procédure de règlement en **CCI** est facultative et gratuite et ne constitue pas un préalable obligatoire à la saisine des tribunaux. Par ailleurs, la CCI peut être saisie directement par le patient, sans qu'il ait au préalable formulé de demande auprès de l'établissement. Enfin, la CCI peut être saisie concomitamment au Tribunal administratif.

Pour être recevable par la CCI, la demande doit concerner un dommage remplissant trois conditions cumulatives :

- être imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soin ;
- être consécutif à un acte réalisé à compter du 5 septembre 2001 ;
- présenter un des quatre caractères de gravité tels que définis aux articles L1142-1 et D1142-1 du Code de la santé publique, c'est-à-dire :
 - un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (A.I.P.P.) supérieur à 24% ;
 - un arrêt temporaire des activités professionnelles ou Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT) supérieur ou égal à 50 % pendant au moins 6 mois (consécutifs ou non consécutifs sur une période de 12 mois) ;
 - à titre exceptionnel une inaptitude définitive à exercer son activité professionnelle ;
 - à titre exceptionnel des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence.

La saisine de la CCI suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure.

Une fois saisie, et si elle est compétente, la CCI désigne un expert (ou un collège d'experts) indépendant chargé de préciser les éléments techniques (appréciation des circonstances de la prise en charge, lien de causalité, évaluation du dommage...). Dans le cadre de sa mission, le collège d'experts ou l'expert peut effectuer toute investigation et demander aux parties et aux tiers la communication de tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel. Les experts qui ont à connaître ces documents sont tenus au secret professionnel.



Le collège d'experts ou l'expert s'assure du caractère contradictoire des opérations d'expertise, qui se déroulent en présence des parties ou celles-ci dûment appelées. Ces dernières peuvent se faire assister d'une ou des personnes de leur choix. Le collège d'experts ou l'expert prend en considération les observations des parties et joint, sur leur demande, à son rapport tous documents y afférents. Il peut prendre l'initiative de recueillir l'avis d'un autre professionnel.

Au vu de ce rapport d'expertise, la CCI rend un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable. Cet avis tend soit à reconnaître la responsabilité civile de l'établissement ou du professionnel concerné, soit à reconnaître une hypothèse ouvrant droit à indemnisation au titre de la solidarité nationale par l'O.N.I.A.M. Le cas échéant, il se peut aussi que personne ne soit tenu à réparation : dommage non fautif exclusivement dû à l'état antérieur de la victime, aléa thérapeutique ne répondant pas aux critères de gravité exigés pour une intervention de l'O.N.I.A.M.

Pour mémoire, la CCI doit rendre son avis dans un délai de six mois à compter de sa saisine.

A réception de l'avis de la CCI, l'assureur de l'établissement doit en principe faire une proposition d'indemnisation à la victime conforme aux conclusions de la CCI dans un délai de quatre mois.

Si la victime accepte la proposition, un protocole transactionnel est signé et le litige est clos. Le règlement doit intervenir dans un délai d'un mois.

Si la victime refuse la proposition, il lui appartient de saisir le Tribunal administratif afin qu'il fixe le montant des dommages-intérêts. Si le juge compétent, saisi par la victime qui refuse l'offre de l'assureur, estime que cette offre était manifestement insuffisante, il condamne l'assureur à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue, sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime.

En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux est substitué à l'assureur. L'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre l'assureur.

Par ailleurs, le juge, saisi dans le cadre de la subrogation, condamne, le cas échéant, l'assureur ou le responsable à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue.

➤ Saisine du Tribunal administratif

La saisine peut avoir lieu, qu'une procédure devant la CCI ait ou non eu lieu.

Le délai de prescription des actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins et les demandes d'indemnisation formées devant l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales en application du II de l'article L. 1142-1 et des articles L. 1221-14, L. 3111-9, L. 3122-1 et L. 3131-4 est de dix ans à compter de la consolidation du dommage. En pratique, la date de consolidation (stabilisation des séquelles permanentes) est fixée a posteriori par l'expert judiciaire.

La procédure comporte deux phases :

- l'expertise judiciaire, ordonnée en référé qui est contradictoire et organisée par le médecin expert indépendant désigné par le tribunal. L'expert, une fois le débat contradictoire terminé, adresse son rapport au juge, qui notifie le rapport d'expertise aux parties, mettant fin à la procédure de référé expertise. Si la procédure judiciaire fait suite à une procédure devant la CCI le tribunal peut se fonder sur le rapport d'expertise précédemment établi, sans ordonner d'expertise judiciaire.



- la procédure dite « au fond » : le juge prend connaissance du rapport d'expertise et organise un nouveau débat contradictoire entre les parties, qui prend habituellement la forme d'un échange de mémoires. Au vu du rapport d'expertise et des échanges entre les parties, le juge prend position sur le principe même de la responsabilité et, le cas échéant, sur le montant de l'indemnité. La partie dite perdante peut faire appel du jugement. A l'issue de ces deux jugements rendus sur le fond, la partie perdante peut se pourvoir en cassation, étant entendu que le Conseil d'Etat, compétent en matière administrative, ne se livre pas à un nouvel examen des faits (qui relèvent de l'appréciation souveraine des juges du fond), mais s'assure que les juges du fond ont correctement appliqué les règles de droit.

Le jugement ou l'arrêt devenu définitif (délai d'appel ou de cassation dépassé ou voies de recours épuisées) s'impose aux parties.

Pour mémoire, si devant les juridictions civiles l'appel est suspensif, il n'en va pas de même devant les juridictions administratives. Le jugement du Tribunal administratif est exécutoire de plein droit, même en cas d'appel.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Article 188)

Décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers (article 1 – II)

Code de la Santé Publique : articles L1142-1 à L1142-24-8; ; L1142-28 modifié ; R.1112-91 à R.1112-94

Guide HAS relatif à l'annonce d'un dommage associé aux soins.

Article 53 – Les permissions de sortie

53.1 Cas général

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

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant. Il ne peut être admis à nouveau qu'en respectant toute la procédure d'admission.

53.2 Cas des mineurs

Sous réserve du cas du mineur dont les liens de famille sont rompus et qui bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité ou du cas d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles.

53.3 Cas des patients hospitalisés en psychiatrie sous contrainte

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète suite à une admission, soit à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, soit sur décision du représentant de l'Etat, soit sur la base de l'article 706-135 du code de procédure pénale, peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée :

- 1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de



l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée, pendant toute la durée de la sortie ;
2° Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures.

L'autorisation de sortie de courte durée est accordée par la Directrice Générale après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement.

Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application d'une décision du représentant de l'Etat, la Directrice Générale transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite et motivée du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

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

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
Code de la Santé Publique : articles L.1111-5 ; L.3211-11-1 modifié ; R.1112-56 et R.1112-57.

Article 54 – Les interventions du service social

Le service social hospitalier est garant d'une prise en compte des besoins de la personne hospitalisée qu'il informe, conseille et oriente. Il soutient les familles dans leurs démarches et contribue à améliorer l'accueil, l'information et la prise en charge globale des malades.

Il facilite l'organisation des retours à domicile ou la recherche de structures d'aval adaptées à l'état du patient.

Dans le cadre de la loi 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, le service social, en lien avec les services de soins, a pour rôle de faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies, notamment par le biais de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.), de veiller à la continuité des soins et de s'assurer qu'à l'issue de leur séjour, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement.

Le service social du CHU est à disposition des usagers pour les aider à résoudre toute difficulté liée à la maladie, l'hospitalisation... Des assistantes sociales passent dans chaque service.

Les modalités pour joindre le service social (n° de téléphone, horaires d'ouverture, possibilité de laisser un message) sont détaillées dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHU.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.711-3-7° ; L.711-4.

Article 55 – L'hospitalisation des détenus

Lorsque l'hospitalisation d'un détenu s'impose, le chef de l'établissement pénitentiaire avise dans les meilleurs délais la Directrice Générale ou son représentant, afin qu'elle prenne toutes dispositions pour que l'intéressé soit accueilli dans des locaux adaptés (chambre sécurisée), de manière à ce que la garde de celui-ci puisse être assurée dans les conditions prévues ci-dessous sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

Toutefois, ceci ne fait pas obstacle à ce que le CHU puisse assurer l'hospitalisation des détenus dans d'autres locaux en cas d'urgence ou de soins spécialisés.



Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, ou de l'administration pénitentiaire et s'exercent sous leur responsabilité. En aucun cas le service de sécurité du CHU n'est habilité à y participer.

Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.6112-1 ; R.1112-3 ; R.1112-33 ; R.6112-26

Code de procédure pénale : article D 394 à D 397

Article 56 – Les dispositions diverses

56.1 Le courrier

Des boîtes aux lettres, ainsi qu'un service d'affranchissement sont disponibles dans des locaux indiqués dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHU.

Les patients peuvent également déposer leur correspondance affranchie au secrétariat de leur unité d'hospitalisation.

Le courrier des patients est acheminé dans leur chambre par le service. Pour cela le patient doit indiquer ses coordonnées (établissement, nom et numéro de chambre). Les lettres recommandées et les mandats des patients peuvent être reçus par l'intermédiaire des vaguemestres de l'hôpital.

56.2 Le téléphone et internet

Le service de location (ligne téléphonique, Internet) est assuré par un prestataire privé, selon les modalités indiquées dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHU.

Les patients peuvent recevoir des communications téléphoniques aux horaires autorisés dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement de l'unité de soins et les autres malades.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans l'établissement, les personnes en possession de téléphones portables ou de tablettes sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « arrêt » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tels.

Par ailleurs, l'utilisation des téléphones portables et tablettes dans les locaux où elle n'est pas interdite est soumise le cas échéant à des restrictions spécifiques et ne doit pas gêner le repos des autres patients.

56.3 La télévision et la radio

Le service de location des téléviseurs est assuré par un prestataire privé, selon les modalités indiquées dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHU.

Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité. Toutefois, les résidents des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes peuvent apporter leur téléviseur personnel dans les chambres qui ne sont pas équipées, à la condition d'avoir souscrit une assurance en responsabilité civile couvrant les dégâts éventuellement occasionnés par cet appareil.

En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores utilisés par les patients hospitalisés ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.



56.4 La bibliothèque

Une association de bénévoles agréée par l'établissement organise un service de prêt de livres à titre gracieux, selon les modalités indiquées dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHU.

56.5 Les associations de bénévoles

Le CHU de Reims facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent informer les usagers et leurs proches, leur apporter un soutien, organiser des rencontres et des échanges, développer des activités et animations à leur intention. Les informations pratiques sont à disposition des usagers dans les services et à l'Espace [d'Ecoute et d'Information](#).

Les règles applicables aux associations sont décrites à l'article du présent règlement intérieur.

56.6 Les dispositions relatives aux denrées et aux boissons

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire de boissons alcoolisées dans l'établissement.

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

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

56.7 L'interdiction des gratifications

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les malades ou leurs proches à titre de gratification.

56.8 Les dispositions relatives aux animaux

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital, à l'exception des chiens-guides de personnes aveugles ou malvoyantes et dans les limites fixées par la réglementation et les conditions définies avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

56.9 L'interdiction de fumer

Le décret du 15 novembre 2006, interdit formellement de fumer dans tous les établissements de santé, ainsi que l'aménagement dans l'enceinte couverte, d'emplacements fumeurs. Une signalisation apparente, accompagnée d'un message sanitaire de prévention, rappelle le principe de l'interdiction de fumer.

Par ailleurs, il est interdit de vapoter dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : Articles; R 1112-48 ; R 1112-51 ; R.3511-2 et 6

Décret 2006-1386 du 15 novembre 2006 sur les conditions d'application de l'interdiction de fumer

Article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 créant l'article L3511-7-1 du CSP.



56.10 L'interdiction des produits stupéfiants

L'introduction, la consommation, l'acquisition ou la cession de produits stupéfiants est strictement interdite dans l'enceinte de l'établissement, sauf utilisation médicale d'un produit dans le cadre d'un traitement, sur prescription et sous surveillance médicale.

En cas de découverte fortuite de produits suspects, ces derniers seront remis à la police, sans indication du nom du patient. La direction de l'établissement est prévenue.

56.11 L'interdiction des armes

La détention d'une arme est strictement interdite. En cas de découverte fortuite d'une arme, celle-ci est remise à la police, sans indication du nom du patient. La direction de l'établissement est informée.



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

5 - L'INFORMATION DES USAGERS

Article 57 – Le droit à l'information

- 57.1 L'information sur l'état de santé
- 57.2 L'information sur l'identité des soignants
- 57.3 L'information sur les frais et conditions de prise en charge
- 57.4 L'information sur le respect des conditions légales d'exercice
- 57.5 L'information des praticiens et médecins traitants du patient
- 57.6 L'information sur les méthodes abortives
- 57.7 L'information sur les prestations de chirurgie esthétique
- 57.8 L'information sur les dommages liés aux soins

Article 58 – L'entretien individuel

Article 59 – Le dossier patient et sa communication

- 59.1 La composition du dossier patient et les informations communicables
- 59.2 Les modalités de communication du dossier médical

Article 60 – Le dossier médical partagé

Article 61 – Les clichés d'imagerie

Article 62 – L'information des représentants légaux des mineurs

Article 63 – L'information de la personne de confiance

Article 64 – L'information des proches et ayants droit

Article 65 – L'information des médecins traitants

Article 66 – L'information en cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale

Article 67 – L'information en cas d'incident transfusionnel

Article 68 – L'information relative aux traitements informatiques des données



Article 57 – Le droit à l'information

57.1 L'information sur l'état de santé

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé au cours d'un entretien individuel (voir article 58 du règlement intérieur). Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, 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.

Quand le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance et la famille ou, à défaut, un des proches du malade.

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et 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. L'accès au dossier patient fait l'objet de l'article 58 du présent règlement intérieur.

Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées.

L'Institut des données de santé (IDS) rassemble les acteurs de santé : l'Etat, les assureurs maladie obligatoires et complémentaires, les professionnels de santé, les usagers, les fédérations hospitalières et des organismes agissant à des fins d'étude et de recherche en santé publique et de surveillance sanitaire.

Les deux missions principales de l'IDS sont :

- de favoriser la connaissance du système de santé et le développement de la recherche et des études en santé publique, grâce au partage des données ;
- de faciliter, d'accompagner, de conseiller et d'orienter les acteurs de santé.

Textes de référence :

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 (nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie)

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé ;

Code de la Santé Publique : articles L1110-5-3 nouveau ; L1111-1-1 ; L1111-2 ; L1111-7

57.2 L'information sur l'identité des soignants

Au cours de leur séjour, les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. Les noms des professionnels sont mentionnés sur les blouses, avec un liseré de couleur permettant d'identifier les différentes fonctions.

Par contre, en cas de demande par un patient de communication de documents comportant l'identité des professionnels de santé en service à une période déterminée (tableau de service



par exemple), selon l'avis n°20130141 rendu par la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) le 7 février 2013, cette communication « porterait atteinte, à défaut d'occultation du nom des médecins et internes qui y sont inscrits, à la protection de leur vie privée ». Cependant, la CADA a émis « un avis favorable à la communication de ce document après occultation du nom des personnes qui y sont inscrites ».

Textes de référence :

Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations (article 4)
Code de la Santé Publique : article R1112-42

57.3 L'information sur les frais et conditions de prise en charge

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est gratuite.

L'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public. Les informations ainsi mises en ligne par le CHU peuvent être reprises sur le site internet de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et plus généralement par le service public mentionné à l'article 57.1 du règlement intérieur.

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.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé
Code de la Santé Publique : articles L1111-3 ; L1111-3-1 à L1111-3-5

57.4 L'information sur le respect des conditions légales d'exercice

Lors de sa prise en charge, le patient est informé par le professionnel de santé ou par l'établissement, que le professionnel ou l'établissement remplit les conditions légales d'exercice définies par le Code de la Santé publique.

Le patient est également informé par le professionnel ou l'établissement du respect de l'obligation d'assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée dans le cadre des activités de prévention, de diagnostic ou de soins.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 217)
Code de la Santé Publique : article L1111-3-6

57.5 L'information des praticiens et médecins traitants du patient

Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient (Cf article 34.1 du règlement intérieur).

Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations du dossier du patient.



Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison rédigée par le praticien qui a adressé le patient à l'établissement (Cf article 65 du règlement intérieur).

Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

L'établissement informe par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade.

Textes de référence :

*Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison ;
Code de la Santé Publique : articles L1112-1 ; R. 1112-1-1 ; R. 1112-1-2 ; R1112-6*

57.6 L'information sur les méthodes abortives

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.

Textes de référence :

*Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé ;
Code de la Santé Publique : article L2212-1*

57.7 L'information sur les prestations de chirurgie esthétique

Pour toute prestation de chirurgie esthétique, la personne concernée, et, s'il y a lieu, son représentant légal, doivent être informés par le praticien responsable des conditions de l'intervention, des risques et des éventuelles conséquences et complications. Cette information est accompagnée de la remise d'un devis détaillé. Un délai minimum doit être respecté par le praticien entre la remise de ce devis et l'intervention éventuelle.

Texte de référence :

Code de la Santé Publique : article L6322-2

57.8 L'information sur les dommages liés aux soins

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.



Texte de référence : Code de la Santé Publique : article L1142-4

Article 58 – L'entretien individuel

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

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

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

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sauf si la personne mineure s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. 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.

La délivrance de l'information se fait conformément aux recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

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. Les modalités de consentement aux soins sont précisées à l'article du présent règlement intérieur.

En cas de risques pour la santé publique ou pour la santé d'une personne dus à une anomalie survenue lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention, l'autorité administrative peut mettre en demeure les professionnels, organismes ou établissements qui ont effectué ces investigations, traitements ou actions de prévention de procéder à l'information des personnes concernées s'il apparaît que cette information n'a pas été délivrée

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1111-5 ; L.1111-2 ; L.1111-7 ; L.1413-13 ; R.1111-6

Article 59 – Le dossier patient et sa communication

59.1 La composition du dossier patient et les informations communicables

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

Un dossier patient est constitué pour chaque patient hospitalisé au C.H.U.. Il comprend des informations administratives et des informations des professionnels de santé, figurant dans le dossier dit « médical » qui comprend également le dossier de soins infirmiers, ainsi que le dossier des soins dispensés par les autres professionnels de santé.



Le dossier médical contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

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 :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L.1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° 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.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations.

Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein.



Lorsque la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.

La mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel sont conservées pendant 30 ans à partir de la date de l'acte transfusionnel.

Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès.

Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.

A l'issue du délai de conservation le dossier médical peut être éliminé. La décision d'élimination est prise par la Directrice Générale après avis du médecin responsable de l'information médicale. Cette élimination est en outre subordonnée au visa de l'administration des archives, qui détermine ceux de ces dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique.

La Directrice Générale veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication des informations médicales communicables par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R.1112-1 à R.1112-3 ; R.1112-7.

Instruction interministérielle du 14 août 2007 transposant l'article 4 de la directive européenne 2005/61/CE

59.2 Les modalités de communication du dossier médical

⇒ Personnes ayant accès au dossier médical

- dans le cas d'un patient majeur :
 - le patient lui-même
 - le tuteur, si le patient est majeur sous tutelle (NB : une personne sous curatelle peut consulter elle-même son dossier)
 - le médecin éventuellement désigné par le patient
- dans le cas d'un patient mineur :
 - le mineur lui-même ou le médecin que le mineur aura éventuellement désigné
 - son représentant légal, sauf si le mineur s'oppose expressément à la consultation du dossier médical par le ou les titulaires de l'autorité parentale, afin de garder le secret sur son état de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-5.
- dans le cas d'un patient décédé :
 - les héritiers et ayants-droit, le concubin, ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant. Ces demandeurs doivent indiquer le motif de leur demande, leur droit d'accès étant limité aux informations nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits. Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi.



- en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès.

⇒ **Demande de communication du dossier médical**

La demande de communication du dossier médical doit être adressée par écrit à la Directrice qui fait vérifier la qualité du demandeur, à savoir son identité et sa qualité de bénéficiaire d'un droit d'accès au dossier. [Un formulaire est accessible sur le site internet du CHU, auprès des professionnels dans les services de soins, ainsi qu'à l'Espace d'Ecoute et d'Information.](#)

⇒ **Délais de communication du dossier médical**

Le dossier médical ne peut être communiqué qu'après l'observation d'un délai de réflexion de quarante-huit heures suivant la demande.

Le délai de communication à compter de la demande est de :

- huit jours si les informations médicales datent de moins de cinq ans
- deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

⇒ **Modalités de communication du dossier médical**

L'accès au dossier médical se fait directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que la personne désigne.

La consultation sur place est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la remise de copies, quel qu'en soit le support, le CHU lui facture le coût de la reproduction et le cas échéant, de l'envoi des documents.

⇒ **Présence d'une tierce personne**

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.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques suite à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, ou sur décision du représentant de l'Etat, ou sur la base de l'article 706-135 du code de procédure pénale, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la Commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Textes de référence :

*Loi n°2016-41 du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 189)
Code de la Santé Publique : articles L.1110-4 ; L1111-7 ; R.1111-6 ; R.1112-2 à R.1112-4*

Article 60 – Le dossier médical partagé

Objet :

Le dossier médical partagé est un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients. Le dossier médical partagé ne se substitue pas au dossier que tient chaque établissement de santé ou chaque



professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, dans le cadre de la prise en charge d'un patient.

Contenu

Le dossier médical partagé contient :

1° Les données relatives au bénéficiaire de l'assurance maladie, titulaire du dossier médical partagé, et notamment :

- a) Les données relatives à l'identité et à l'identification du titulaire ;
- b) Les données relatives à la prévention, à l'état de santé et au suivi social et médico-social que les professionnels de santé estiment devoir être partagées dans le dossier médical partagé, afin de servir la coordination, la qualité et la continuité des soins, y compris en urgence, notamment l'état des vaccinations, les synthèses médicales, les lettres de liaison visées à l'article L. 1112-1, les comptes rendus de biologie médicale, d'exams d'imagerie médicale, d'actes diagnostiques et thérapeutiques, et les traitements prescrits.

Ces informations sont versées dans le dossier médical partagé le jour de la consultation, de l'examen ou de son résultat, à l'origine de leur production et au plus tard le jour de la sortie du patient après une hospitalisation ;

- c) Les données consignées dans le dossier par le titulaire lui-même ;
 - d) Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge, détenues par l'organisme d'assurance maladie obligatoire, dont relève chaque bénéficiaire. A cette fin, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie ayant créé un dossier médical partagé un traitement de données à caractère personnel visant à recevoir et organiser les données visées au présent point d ;
 - e) Les données relatives à la dispensation de médicaments, issues du dossier pharmaceutique mentionné à l'article L. 1111-23 ;
 - f) Les données relatives au don d'organes ou de tissus ;
 - g) Les données relatives aux directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11
- 2° Les données relatives à l'identité et les coordonnées des représentants légaux et des personnes chargées de la mesure de protection juridique, le cas échéant ;
- 3° Les données relatives à l'identité et les coordonnées de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 ;
- 4° Les données relatives à l'identité et les coordonnées des proches du titulaire à prévenir en cas d'urgence;
- 5° Les données relatives à l'identité et les coordonnées du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ;
- 6° Les données relatives au recueil des consentements pour la création et les accès du dossier médical partagé ;
- 7° La liste actualisée des professionnels de santé ayant déclaré être autorisés à accéder au dossier médical partagé dans les conditions prévues aux articles R. 1111-39, R. 1111-41 et R. 1111-43, ainsi que la liste des professionnels de santé auxquels le titulaire a interdit l'accès à son dossier médical partagé.

Traçabilité

Toutes les actions réalisées sur le dossier médical partagé, quel qu'en soit l'auteur, sont tracées et conservées dans le dossier médical partagé, et notamment la date, l'heure, et l'identité de la personne qui a créé ou modifié le dossier médical partagé. Ces traces sont accessibles au titulaire du dossier, au médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, aux professionnels de santé mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 1111-43 et au professionnel de santé auteur des informations faisant l'objet de ces traces.



Accès

Tout professionnel de santé participant à la prise en charge du patient peut accéder au dossier médical partagé dans les conditions suivantes :

1° dans les situations d'urgences (article R. 1111-39 du code de la santé publique)

Le titulaire est informé de son droit d'opposition à l'accès à son dossier médical partagé dans les situations d'urgence prévues au I de l'article L. 1111-17, à savoir que les professionnels de santé accèdent au dossier médical partagé d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, en présence d'une situation comportant un risque immédiat pour sa santé, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté ou alimenté dans une telle situation. Le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente qui reçoit un appel concernant une personne accède, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté dans une telle situation, au dossier médical partagé de celle-ci. En l'absence d'opposition du titulaire, dans de telles situations, les professionnels de santé accèdent au dossier médical partagé. Le titulaire et son médecin traitant sont informés de cet accès a posteriori et de façon dématérialisée.

2° à l'occasion d'un séjour, d'une consultation ou d'un acte (article R.1111-41 du code de la santé publique)

L'accès des professionnels de santé est subordonné à l'autorisation préalable du titulaire selon les modalités ci-après.

Lorsque le professionnel de santé est membre d'une équipe de soins (Cf. article 65 du règlement intérieur), l'autorisation d'accès au dossier médical partagé est délivrée dans les conditions prévues au premier alinéa du III de l'article L. 1110-4. Elle est réputée donnée à l'ensemble des professionnels de santé membres de l'équipe de soins.

Lorsque le professionnel de santé ne fait pas partie de l'équipe de soins, le consentement est recueilli dans les conditions prévues au deuxième alinéa du III de l'article L. 1110-4 (consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés). Le cas échéant, un professionnel de santé bénéficiant de l'accès au titre de l'alinéa précédent peut recueillir ce consentement pour le compte d'un autre professionnel de santé en application du II de l'article L. 1111-17 (professionnel de santé à qui il serait nécessaire de confier une partie de la prestation). A cet effet, le titulaire est informé des raisons qui motivent le recueil de son consentement et des règles qui s'appliquent à la consultation de son dossier médical partagé par le professionnel de santé concerné.

Ces professionnels ont accès aux seules informations strictement nécessaires à la prise en charge du titulaire du dossier médical partagé dans le respect des règles de gestion des droits d'accès fixées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en collaboration avec les conseils nationaux des ordres des professionnels de santé et après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ces règles sont publiées sur le site internet de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le titulaire peut indiquer dans son dossier médical partagé l'identité des professionnels de santé auxquels il entend interdire l'accès à son dossier. La liste de ces professionnels de santé peut être modifiée à tout moment par le titulaire.

Une notification est envoyée au titulaire par tout moyen pour l'informer du premier accès d'un professionnel de santé à son dossier médical partagé.

3° par le médecin traitant (article R.1111-43 du code de la santé publique)

Le médecin traitant accède à l'ensemble des informations contenues dans le dossier médical partagé, y compris celles rendues inaccessibles par son titulaire dans les conditions définies à l'article R. 1111-38 (NB : les informations restent également accessibles au professionnel de santé qui les a déposées dans le dossier médical partagé) ou par un professionnel de santé dans les conditions définies à l'article R. 1111-42 (lorsqu'un professionnel de santé estime qu'une



information sur l'état de santé versée dans le dossier médical partagé ne doit pas être portée à la connaissance du patient sans accompagnement et rend cette information provisoirement inaccessible).

Le titulaire peut accorder à un ou plusieurs professionnels de santé autorisés à accéder à son dossier médical partagé les mêmes droits d'accès que ceux du médecin traitant.

Le titulaire accède aux données contenues dans son dossier médical partagé :

- 1° directement, en utilisant ses propres moyens d'identification et d'authentification ;
- 2° par l'intermédiaire d'un professionnel de santé autorisé à accéder à son dossier médical partagé ;
- 3° par l'intermédiaire de l'hébergeur visé à l'article L. 1111-14, dans les conditions prévues par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Création

Le DMP est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal.

La création du dossier médical partagé nécessite le consentement exprès et éclairé du bénéficiaire. A cet effet, il est informé des finalités du dossier médical partagé ainsi que de ses modalités de création, de clôture et de destruction. Il est également informé de ses modalités d'accès par lui-même et par les professionnels de santé appelés à le prendre en charge au sein d'une équipe de soins ou en dehors de celle-ci, de ses droits sur les données contenues et des droits particuliers dont bénéficie son médecin traitant. Le recueil du consentement et sa notification au titulaire s'effectuent par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Si le titulaire était mineur au moment de la création de son dossier médical partagé et sous réserve qu'il n'était pas émancipé, l'atteinte de l'âge de la majorité nécessite de recueillir son consentement pour conserver son dossier médical partagé. Il peut à cette occasion en demander la clôture.

Le dossier médical partagé peut être créé par :

- 1° le bénéficiaire de l'assurance maladie ;
- 2° tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, ainsi que par les personnes exerçant sous sa responsabilité ;
- 3° les personnes assurant des fonctions d'accueil des patients au sein des établissements de santé, des laboratoires de biologie médicale, des services de santé du titre III du livre Ier et du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- 4° les agents des organismes d'assurance maladie obligatoire qui interviennent directement auprès des bénéficiaires de l'assurance maladie.

La création de ce DMP se fait auprès d'un hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel. Le CHU de Reims n'est pas un hébergeur de DMP.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés établit et met à disposition les supports d'information adaptés au statut des bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment les informations relatives aux modalités de création et d'accès au dossier médical partagé.

Un identifiant du dossier médical partagé (DMP) est généré pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie (identifiant national de santé, mentionné à l'article L. 1111-8_1 du CSP)

Alimentation

Une fois que le bénéficiaire de l'assurance maladie a consenti à la création de son dossier médical partagé, il ne peut, sauf motif légitime, s'opposer à ce que les professionnels de santé qui le prennent en charge versent dans son dossier médical partagé les informations utiles à la prévention, la continuité et la coordination des soins qui lui sont ou seront délivrés.



Les personnes exerçant sous la responsabilité d'un professionnel de santé peuvent alimenter les dossiers médicaux partagés au nom et pour le compte du professionnel de santé.

Chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, reporte dans le dossier médical partagé (DMP), à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. A l'occasion du séjour d'une personne prise en charge, les professionnels de santé habilités de l'établissement reportent dans le DMP, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour.

Les pharmaciens du CHU peuvent consulter et alimenter ce dossier. Les informations de ce dossier utiles à la coordination des soins sont reportées dans le dossier médical partagé.

Sauf opposition du patient dûment informé, le médecin qui le prend en charge au sein de l'établissement peut consulter son dossier pharmaceutique.

Le DMP n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.

Droit de rectification

Le droit de rectification du titulaire s'exerce :

- 1° auprès du professionnel de santé autorisé à accéder au dossier médical partagé et identifié dans le dossier médical partagé comme l'auteur de l'information à rectifier ;
- 2° auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans les conditions définies par celle-ci, dans le respect des règles de confidentialité précisées au premier alinéa de l'article L.1110-4.

Le titulaire peut rectifier lui-même les informations qu'il a consignées dans son dossier médical partagé en accédant à son dossier en utilisant les moyens d'identification et d'authentification prévus à cet effet. Le titulaire ne peut pas supprimer les données reportées par un professionnel de santé dans son dossier médical partagé. Il peut en demander la suppression, s'il existe un motif légitime, auprès du professionnel de santé ou de l'établissement de santé qui en était l'auteur.

Clôture

Le titulaire peut décider à tout moment de clôturer son dossier médical partagé soit directement, soit en en formulant la demande à une des personnes mentionnées à l'article R. 1111-32.

Le décès du titulaire du dossier médical partagé entraîne sa clôture par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

A compter de sa clôture, le dossier médical partagé est archivé. Il reste néanmoins accessible pour tout recours gracieux ou contentieux. En l'absence d'accès postérieur, le dossier médical partagé est détruit dix ans après sa clôture, sinon il est détruit dix ans après le dernier accès.

Lorsqu'elle constate ou est informée d'une situation ou d'un événement révélant un dysfonctionnement grave ou une utilisation frauduleuse, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en informe sans délai le titulaire et les professionnels de santé concernés, et prend toutes les mesures conservatoires nécessaires. Si le titulaire ne peut être joint ou s'il apparaît que le dysfonctionnement grave ou l'utilisation frauduleuse ne peut, dans l'intérêt de la personne concernée, être corrigé, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut procéder à la destruction du dossier médical concerné.

En cas de décès du titulaire, les ayants droit, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité peuvent solliciter l'accès au dossier, pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. 96 et 97)
Décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé ;
Code de la Santé Publique : articles L. 1110-4 ; L. 1110-4-1 ; L1111-14 à L1111-24 ; R. 1111-26 à R. 1111-43.



Article 61 – Les clichés d'imagerie

La circulaire du 2 août 1960 « concernant la délivrance des clichés radiographiques aux malades des hôpitaux et hospices publics », précise que si les clichés effectués en service de consultation externe sur des malades ambulatoires peuvent leur être remis, ceux effectués sur les malades hospitalisés doivent être conservés par l'hôpital au sein du dossier médical, étant précisé qu'il s'agit bien des clichés originaux.

Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation et notamment les examens d'imagerie, font partie intégrante du dossier médical, dont elles suivent les règles.

Il est délivré aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier médical, dans le respect des dispositions de l'article 57 du présent règlement intérieur.

Article 62 – L'information des représentants légaux des mineurs

Les titulaires de l'autorité parentale - soit dans la majorité des cas le père et la mère du mineur - reçoivent l'information comme s'ils étaient le patient. Cette information porte sur les différents traitements, investigations, 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 les conséquences prévisibles en cas de refus.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel avec les titulaires de l'autorité parentale en présence ou non du mineur.

Pour favoriser la participation du mineur à la prise de décision concernant sa santé, il est informé des actes et examens nécessaires à sa prise en charge médicale, en fonction de son âge et de ses capacités de compréhension.

Les titulaires de l'autorité parentale reçoivent donc les informations médicales, sauf si la personne mineure souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet et s'oppose expressément 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 présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue.

Lorsque la personne mineure demande que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant son état de santé ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin, ces informations sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné ou consultées sur place en présence de ce médecin.

Textes de référence : Code de la Santé Publique : article L.1111-5 ; R.1111-6.

Article 63 – L'information de la personne de confiance

Si le patient le souhaite, la personne de confiance désignée conformément aux dispositions de l'article 39 du présent règlement intérieur, l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance est informée lorsque le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie.

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.
- la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés.

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

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication du dossier médical du patient, sauf à ce que ce dernier lui fasse une procuration exprès en ce sens. De plus, si le patient souhaite que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En revanche, si la personne de confiance doit être consultée parce que le patient n'est pas en mesure de s'exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que le patient aurait souhaité lui seront communiquées.

Dans le champ de la recherche biomédicale, si le patient n'est pas en mesure de s'exprimer et qu'une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, l'autorisation sera demandée à la personne de confiance.

Textes de référence :

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 (nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie)
Code de la Santé Publique : articles L1110-5-3 ; L1111-4 ; L.1111-6 modifiés

Article 64 – L'information des proches et ayants droit

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles.

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 (cf. article 62 du règlement intérieur) les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical telles que diagnostic et évolution de la maladie ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres infirmiers.

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

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

Textes de référence : Code de la Santé Publique : articles L.1110-4 ; L.1111-5 ; R.1112-44

Article 65 – L'information des médecins traitants et autres professionnels concernés

L'établissement informe par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Il l'invite en même temps à prendre



contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade.

Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations du dossier du patient. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison rédigée par le praticien qui a adressé le patient à l'établissement.

Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

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

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 précise que les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L.1110-4 (respect de la vie privée et du secret des informations concernant le patient...), échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la **double limite** :

- 1° **des seules informations strictement nécessaires** à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;
- 2° **du périmètre de leurs missions.**

Les **professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations** relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :

1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique, quel que soit leur mode d'exercice (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, etc...) ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories énumérées au 2° de l'article R.1110-2 du code de la santé publique (assistants de service social, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues, psychothérapeutes, aides médico-psychologiques, assistants maternels, assistants familiaux, éducateurs, aides familiaux, particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées, etc...).

Le professionnel relevant d'une de ces deux catégories qui souhaite échanger des informations relatives à une personne prise en charge, avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, informe préalablement la personne concernée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

Lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des catégories mentionnées précédemment partagent, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge dans la stricte double limite exposée ci-dessus et en informent préalablement la personne concernée. Ils tiennent compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.



L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur la liste fixée par le décret du 20 juillet 2016, à savoir :

1° les groupements hospitaliers de territoire ;

2° les fédérations médicales inter-hospitalières ;

3° lorsqu'ils ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes, les groupements de coopération sanitaire et les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux, ainsi que les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique ;

4° les maisons et les centres de santé ;

5° les sociétés d'exercice libéral et toute autre personne morale associant des professionnels de santé libéraux, lorsqu'elles ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes ;

6° les organisations mises en œuvre dans le cadre des protocoles de coopération prévus aux articles L.4011-1 à L. 4011-3 ;

7° les plateformes territoriales d'appui mentionnées à l'article L. 6327-2 ;

8° les réseaux de santé mentionnés aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 ;

9° les coordinations territoriales mises en œuvre en application de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale ;

10° les équipes pluridisciplinaires prévues à l'article L.146-8 du code de l'action sociale et des familles et les équipes médico-sociales intervenant au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie prévue à l'article L. 232-6 du même code.

2° soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge.

Selon les dispositions de l'article 1110-4 du code de la santé publique, lorsque les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical.

Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée au 1° de l'article L.1110-12 qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

Dans le respect des dispositions des articles L.1110-4 (respect de la vie privée et du secret des informations concernant le patient...) et L.1111-2 (droit à l'information du patient sur son état de



santé...), la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L.1110-4-1 (systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité...), ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

1° Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;

2° Motif d'hospitalisation ;

3° Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

4° Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;

5° Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;

6° Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif aux équipes de soins ;

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels

Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016, relatif aux lettres de liaison ;

Code de la Santé Publique : articles L.1110-4 ; L1112-1 ; articles [R.110-1 à R.1110-3](#) ; [R.1112-1](#) ; [R.1112-1-2](#) ; [R1112-6](#) ; [D.1110-3-4](#).

Article 66 – L'information en cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Dans chaque région, une ou plusieurs commissions de conciliation et d'indemnisation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales.

La Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (C.R.C.I.) siège en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.



La C.R.C.I. peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal. Elle peut également être saisie par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (cf. article 52.2 du règlement intérieur).

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1142-4 à L.1142-8 ; R.1142-13 à R.1142-18.

Article 67 – L'information en cas d'incident transfusionnel

Tout professionnel de santé qui constate ou a connaissance d'un effet indésirable survenu chez un receveur de produits sanguins labiles le signale sans délai au correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'établissement de santé dans lequel a été administré le produit.

Le correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'administration du produit en cause procède aux investigations et examens appropriés dans le service concerné. Il informe le correspondant de l'établissement de transfusion sanguine référent et rédige, en concertation avec lui, une fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur dont copie est versée au dossier médical de ce dernier. Une copie de la fiche d'incident est conservée dans le dossier transfusionnel du patient, qui est tenu informé de la situation.

Dans le cadre de l'amélioration de la sécurité des patients transfusés, la Commission Médicale d'Établissement est avertie des incidents graves survenus dans l'établissement, ainsi que des effets indésirables survenus chez les receveurs, et propose toute mesure destinée à y remédier.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1111-2 ; R.1221-22 à R.1221-23-1 et R.1221-40 à R.1221-48

Article 68 – L'information relative aux traitements informatiques des données

A l'occasion du séjour ou d'une consultation au sein de l'établissement, des renseignements administratifs, sociaux et médicaux concernant les patients et constituant des données à caractère personnel, sont traités par les applications informatiques de l'établissement. Ces données personnelles sont notamment recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse et d'examen, le suivi médical des patients ou encore des travaux statistiques à usage de service. Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données et de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Les patients peuvent exercer un droit d'accès aux informations les concernant, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter ou de les mettre à jour. Ils peuvent, après avoir justifié d'un motif légitime et sous certaines conditions, s'opposer aux traitements informatisés de leurs données. Ce droit peut être exercé en s'adressant à la Direction Générale ou selon les modalités décrites dans l'article 59.2 Les modalités de communication du dossier médical.

Textes de référence :

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée

Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD - Règlement (UE) 2016/679)



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

6 - LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Le consentement libre et éclairé du patient doit être recherché par le médecin préalablement à toute intervention médicale. En corollaire, la loi du 4 mars 2002, renforcée par la loi du 22 avril 2005, a consacré le droit pour tout patient de refuser tout acte de prévention, de diagnostic ou toute intervention thérapeutique, ou en demander l'interruption à tout moment.

<i>Article 69 – Le principe du consentement aux soins .....</i>	.....
<i>Article 70 – Les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie.....</i>	.....
<i>Article 71 – Le cas des patients hors d'état d'exprimer leur volonté.....</i>	.....
<i>Article 72 – Les directives anticipées.....</i>	.....
<i>Article 73 – Le consentement aux soins des majeurs sous tutelle.....</i>	.....
<i>Article 74 – Le consentement aux soins des mineurs.....</i>	.....
<i>Article 75 – Le refus de soins.....</i>	.....
<i>Article 76 – Le consentement à la participation à des recherches biomédicales .....</i>	.....
76.1 <i>Les principes généraux.....</i>	.....
76.2 <i>L'information de la personne qui se prête à une recherche biomédicale.....</i>	.....
76.3 <i>Le consentement de la personne qui se prête à une recherche biomédicale.....</i>	.....



Article 69 – Le principe du consentement aux soins

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

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

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité.

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est 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.

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.

Ce principe s'applique notamment aux transfusions sanguines. Au cours de son séjour hospitalier, avant administration d'un produit sanguin labile, et sauf urgence ou impossibilité, le patient ou son représentant légal en est informé.

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

Texte de référence : Code de la Santé Publique : article L.1111-4 modifié par la loi du 2 février 2016

Article 70 – Les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L.1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

Texte de référence : Code de la Santé Publique : article L3222-5-1 créé par la loi du 26 janvier 2016.

Article 71 – Le cas des patients hors d'état d'exprimer leur volonté

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.



Il devra être tenu compte des directives anticipées établies ~~moins de trois ans~~ avant l'état d'inconscience de la personne. Si les directives anticipées ne sont pas insérées ou mentionnées dans le dossier médical qu'il détient, le médecin cherchera à savoir si le patient a rédigé des directives et à qui il les a confiées. Il s'adressera le cas échéant, à la personne de confiance, à la famille ou au médecin traitant.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Texte de référence : Code de la Santé Publique : article L.1111-4

Article 72 – Les 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'actes 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. [Le CHU dispose d'un formulaire accessible sur le site internet du CHU, auprès des professionnels dans les services de soins et à l'Espace d'Ecoute et d'Information.](#)

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 définie par voie réglementaire 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.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. 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 doit informer ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, 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.

Les directives anticipées s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance



Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier médical de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Les directives anticipées constituent l'expression de la volonté du patient. Ce n'est qu'en leur absence, qu'il est fait appel au témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

Textes de référence :

Loi du 22 avril 2005 *relative aux droits des malades et à la fin de vie* (dite loi Leonetti)

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 (nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie)

Code de la Santé Publique : articles L.1111-11 ; L1111-12 modifiés ; R.1111-17

Note méthodologique et de synthèse documentaire « Pourquoi et comment rédiger ses directives anticipées » de la Haute Autorité de Santé (HAS) de janvier 2016. L'objectif de cette note méthodologique est de faire une revue de la littérature qui servira de base pour proposer un modèle de formulaire français de directives anticipées.

Formulaire de directives anticipées de l'HAS téléchargeable sur son site. Il est précisé en préambule que ce formulaire de directives anticipées ne préjuge pas du décret d'application de la loi du 2 février 2016, sur lequel la HAS sera appelée à rendre un avis.

Document sur les directives anticipées destiné aux professionnels de santé et du secteur médico-social et social, rédigé par la HAS pour les aider à parler des directives anticipées, et à accompagner les personnes qui le souhaitent (avril 2016).

Article 73 – Le consentement aux soins des majeurs sous tutelle

Le consentement 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 le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Texte de référence :

Code de la Santé Publique : article L.1111-4

Article 74 – Le consentement aux soins des mineurs

⇒ Le principe du consentement des titulaires de l'autorité parentale

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. En principe, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir aux soins.

Pour mémoire, la loi du 2002-305 du 4 mars 2002 dispose que les parents exercent en commun l'autorité parentale (article 372 du code civil), quel que soit le statut juridique du couple.

Pour les actes dits usuels, lorsqu'il s'agit d'actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soins qui n'exposent pas le mineur à un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement), chaque parent est réputé agir avec l'accord de l'autre. Sauf à ce qu'il ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause, le médecin peut donc se contenter du consentement d'un seul des deux parents.



Pour actes dits non usuels, c'est-à-dire des actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du mineur (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale), l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale est requise, même en cas de séparation. En cas de désaccord, le juge aux affaires familiales sera saisi, en vue de prendre une décision en fonction de l'intérêt de l'enfant.

En cas de refus des parents ou de l'impossibilité de recueillir leur consentement, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale.

En cas d'urgence, toutes mesures utiles doivent être prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur soient prévenues.

Si une intervention chirurgicale s'avère nécessaire en urgence, elle peut être réalisée, sous réserve du respect, dans toute la mesure du possible, des formalités suivantes :

- la décision d'opérer est consignée par écrit par le médecin qui pratique l'intervention qui mentionne en outre la "nécessité d'opérer en urgence" et précise la date et l'heure, son nom et sa signature ;
- la Directrice Générale, ou l'administrateur de garde, est informé par le chirurgien de la nécessité de pratiquer l'intervention ;
- le Procureur de la République en est informé ;
- le document est contresigné, dans les meilleurs délais, par la Directrice Générale (ou l'administrateur de garde) qui précise sur le ce même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale ;
- le dossier d'admission est complété, dès que le représentant légal a été contacté.

⇒ **Les cas où le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis**

Dans certaines situations, le médecin peut se dispenser du consentement des titulaires de l'autorité parentale :

➤ **Consultation externe d'un patient mineur**

Un mineur venu consulter seul à l'hôpital, sans avoir prévenu ses parents, peut bénéficier d'un examen médical confidentiel dès lors que le secret n'est pas susceptible de compromettre gravement la santé ou la sécurité de l'enfant. Il peut s'agir de problèmes liés à l'intimité et à la sexualité de la personne mineure ou de maltraitance physique ou psychologique.

➤ **Le patient mineur souhaite garder le silence sur son état de santé**

Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix

➤ **Le patient mineur a rompu les liens familiaux et bénéficie de la C.M.U.**

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (C.M.U.), son seul consentement est requis.

➤ **Le refus de soins par les titulaires de l'autorité parentale met en péril la santé du patient mineur**



Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1111-4 ; L.1111-5

Article 75 – Le refus de soins

⇒ **Les dispositions générales**

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 la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient.

Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par la Directrice Générale après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent de l'établissement.

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.

Selon la jurisprudence (Conseil d'Etat, ordonnance du 16 août 2002, affaire Valérie F. c / CHU de Saint-Etienne ; cas d'une patiente ayant subi, malgré son refus oral et écrit, une transfusion sanguine indispensable à sa survie selon l'équipe médicale), « le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale; que toutefois les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale, telle qu'elle est protégée par les dispositions de l'article 16-3 du code civil et par celles de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, une atteinte grave et manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état; que le recours, dans de telles conditions, à un acte de cette nature n'est pas non plus manifestement incompatible avec les exigences qui découlent de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et notamment de son article 9. »

⇒ **Les dispositions particulières aux mineurs et aux majeurs sous tutelle**

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.

⇒ **Les dispositions particulières aux malades en fin de vie**

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix et de sa gravité. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

Les actes d'investigation ou de traitement et de soins ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles,



disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient. La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs. Ces soins actifs et continus sont pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir pour effet d'abrèger la vie. Il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être pris en charge à domicile, dès lors que son état le permet.

⇒ la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue à la demande du patient

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

- 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée ci-dessus, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie est mise en œuvre selon une procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

A la demande du patient la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile ou dans un établissement pour personnes âgées.

⇒ les dispositions particulières aux malades hors d'état d'exprimer leur volonté

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 mentionnée à l'article L. 1110-5-1 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.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches, Les directives anticipées prévalent sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance (voir article 72 du règlement intérieur).

Lorsque les actes d'investigation ou de traitement et de soins apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient (voir ci-dessus), et si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.



Lorsque les actes de traitement et de soins (nutrition et hydratation artificielles...) sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs.

Textes de référence :

*Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie
Code de la Santé Publique : articles L1110-5-1 à 3 ; L.1111-4 ; L.1111-12 ; R.1112-16 ; R.1112-43*

Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.

Article 76 – Le consentement à la participation à des recherches impliquant la personne humaine

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale ou impliquant la personne humaine. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches impliquant la personne humaine doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques. Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

⇒ Le consentement des majeurs

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que sur les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique. Les malades ou le cas échéant leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

⇒ Le consentement des mineurs

Lorsqu'une recherche impliquant la personne humaine est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1121-1 et suivants ; L.1122 et suivants ; L.1123 et suivants ; L.1124 et suivants ; L.1125 et suivants ; L.1126 et suivants.

Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine

Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

7 - LES DONNS D'ORGANES ET AUTRES PRELEVEMENTS

<i>Article 77 – Les principes généraux .....</i>	.....
<i>Article 78 – Les prélèvements sur une personne vivante .....</i>	.....
78.1 <i>Les dispositions générales applicables aux prélèvements d'organes, de tissus, de cellules à l'exclusion des gamètes et du sang.....</i>	.....
78.2 <i>Les prélèvements d'organes.....</i>	.....
78.3 <i>Les prélèvements de tissus ou de cellules.....</i>	.....
78.4 <i>Le don du sang .....</i>	.....
<i>Article 79 – Les prélèvements sur une personne décédée .....</i>	.....



Article 77 – Les principes généraux

Le prélèvement d'éléments du corps humain est régi par les principes généraux suivants :

⇒ le consentement du donneur

Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement préalable du donneur. Ce consentement est révocable à tout moment. L'absence d'opposition du donneur potentiel décédé doit être recherchée.

L'utilisation d'éléments et de produits du corps humain à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été prélevés ou collectés est possible, sauf opposition exprimée par la personne sur laquelle a été opéré ce prélèvement ou cette collecte, dûment informée au préalable de cette autre fin. Lorsque cette personne est un mineur ou un majeur sous tutelle, l'opposition est exercée par les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur.

Il peut être dérogé à l'obligation d'information lorsque celle-ci se heurte à l'impossibilité de retrouver la personne concernée, ou lorsqu'un des comités consultatifs de protection des personnes, consulté par le responsable de la recherche, n'estime pas cette information nécessaire.

Toutefois, ces dérogations ne sont pas admises lorsque les éléments initialement prélevés consistent en des tissus ou cellules germinaux. Dans ce dernier cas, toute utilisation pour une fin autre que celle du prélèvement initial est interdite en cas de décès de l'intéressé.

⇒ le renforcement de la présomption du consentement

L'article 192 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, portant modernisation du système de santé, prévoit de renforcer le consentement présumé au don d'organes, avec les dispositions suivantes :

« 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. »

« Les modalités selon lesquelles le refus ...peut être exprimé et révoqué ainsi que les conditions dans lesquelles le public et les usagers du système de santé sont informés de ces modalités » seront déterminés par un décret en Conseil d'Etat.

Ces nouvelles dispositions sont entrées en vigueur le 1er janvier 2017, conformément au décret n°2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès.

⇒ la gratuité du don

Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à celui qui se prête au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de ses produits.

Les frais afférents au prélèvement ou à la collecte sont intégralement pris en charge par l'établissement de santé chargé d'effectuer le prélèvement ou la collecte.

Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur une personne vivante qui en fait le don dans l'intérêt thérapeutique d'un receveur est assimilé à un acte de soins. Sur production de



pièces justificatives, les frais de transport et d'hébergement peuvent être remboursés et une indemnité de perte de rémunération versée au donneur, selon la réglementation en vigueur.

⇒ **l'anonymat du donneur et du receveur**

Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée.

Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

⇒ **le respect des règles de sécurité sanitaire**

Le prélèvement d'éléments et la collecte de produits du corps humain à des fins thérapeutiques, sont soumis aux règles de sécurité sanitaire en vigueur, concernant notamment les tests de dépistage des maladies transmissibles.

⇒ **l'interdiction de toute publicité**

La publicité en faveur d'un don d'éléments ou de produits du corps humain au profit d'une personne déterminée ou au profit d'un établissement ou organisme déterminé est interdite. Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'information du public en faveur du don d'éléments et produits du corps humain. Cette information est réalisée sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, en collaboration avec le ministre chargé de l'éducation nationale.

Textes de référence :

Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, portant modernisation du système de santé

Code de la Santé Publique : articles L.1211-1 à L.1211-9 ; R.1211-1 à R.1211-9.

Article 78 – Les prélèvements sur une personne vivante

78.1 Les dispositions générales applicables aux prélèvements d'organes, de tissus, de cellules à l'exclusion des gamètes et du sang

⇒ **Sélection du donneur**

Les médecins et, le cas échéant, les sages-femmes procèdent à une sélection des donneurs potentiels. Cette sélection vise à écarter les personnes dont le don pourrait soit comporter un risque pour leur propre santé, soit comporter pour le receveur un risque supérieur à l'avantage escompté.

Lorsque le prélèvement envisagé porte sur des cellules prélevées dans le sang de cordon ou sur le recueil de placenta, cette sélection peut être également assurée par une sage-femme.

La sélection clinique du donneur est complétée par des analyses de biologie médicale destinées à faire le diagnostic de certaines maladies infectieuses transmissibles. En cas de diagnostic positif, la greffe ou l'utilisation à des fins thérapeutiques des produits du corps humain est interdite.

Le médecin peut déroger à cette interdiction lorsqu'en dépit du risque de transmission d'un virus par le donneur les alternatives thérapeutiques à la greffe ou à l'utilisation à des



fins thérapeutiques de produits du corps humain sont inappropriées et que le pronostic vital est engagé.



Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les cas dans lesquels, malgré le risque de transmission d'un virus par le donneur, la greffe ou l'utilisation à des fins thérapeutiques de produits du corps humain peut avoir lieu dans l'intérêt du receveur, ainsi que les organes et les cellules concernés.

⇒ L'information du donneur

Lorsque le prélèvement ou la collecte est envisagé sur un donneur vivant, le médecin procède à un entretien médical avec le donneur potentiel et, le cas échéant, avec son représentant légal afin d'obtenir les informations complémentaires nécessaires à sa sélection. Lors de cet entretien, il informe le donneur sur le risque de transmission de maladies au receveur et il s'assure que le donneur, ainsi que, le cas échéant, son représentant légal :

- 1° Ont compris les informations données ;
- 2° Ont eu la possibilité de poser des questions et ont reçu des réponses satisfaisantes ;
- 3° Ont confirmé que toutes les informations qu'ils ont fournies sont, à leur connaissance, exactes.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R.1211-12 à R.1211-22

78.2 Les prélèvements d'organes

⇒ La qualité du donneur

Le prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être opéré que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère du receveur.

Par dérogation peuvent également être autorisés à se prêter à un prélèvement d'organe dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur son conjoint, ses frères ou sœurs, ses fils ou filles, ses grands-parents, ses oncles ou tantes, ses cousins germains et cousines germaines ainsi que le conjoint de son père ou de sa mère. Le donneur peut également être toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur ainsi que toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur.

⇒ Le consentement du donneur

Le donneur, préalablement informé par le comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3 des risques qu'il encourt, des conséquences éventuelles du prélèvement, doit exprimer son consentement au don 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 et que le don est conforme aux conditions prévues. 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.

⇒ L'autorisation de prélèvement

L'autorisation de prélèvement sur un donneur autre que le père ou la mère du receveur est délivrée, postérieurement à l'expression du consentement, par le comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3.

Les prélèvements sur le père ou la mère du receveur peuvent également, sauf en cas d'urgence vitale, être soumis à l'autorisation de ce comité lorsque le magistrat chargé de recueillir le consentement l'estime nécessaire.



⇒ **Le cas du donneur mineur ou majeur protégé**

Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

⇒ **Le cas des dons croisés**

En cas d'incompatibilité entre la personne ayant exprimé l'intention de don et la personne dans l'intérêt de laquelle le prélèvement peut être opéré en vertu des premier ou deuxième alinéas, rendant impossible la greffe, le donneur et le receveur potentiels peuvent se voir proposer le recours à un don croisé d'organes. Celui-ci consiste pour le receveur potentiel à bénéficier du don d'une autre personne ayant exprimé l'intention de don et également placée dans une situation d'incompatibilité à l'égard de la personne dans l'intérêt de laquelle le prélèvement peut être opéré en vertu des premier ou deuxième alinéas, tandis que cette dernière bénéficie du don du premier donneur. En cas de mise en œuvre d'un don croisé, les actes de prélèvement et de greffe sont engagés de façon simultanée respectivement sur les deux donneurs et sur les deux receveurs. L'anonymat entre donneur et receveur est respecté.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1231-1 à L.1231-4

78.3 Les prélèvements de tissus ou de cellules

⇒ **Le consentement du donneur**

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 et de ses conséquences et des risques qui y sont attachés, ait donné son consentement par écrit. Ce consentement est révoquant sans forme et à tout moment. Toutefois, les conditions d'expression du consentement et d'obtention d'une autorisation prévues ci-dessus pour les prélèvements 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 révoquant sans forme et à tout moment.

⇒ **Le cas du donneur mineur ou majeur protégé**

Aucun prélèvement de tissus ou de cellules en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.



⇒ Les dérogations relatives au donneur mineur

Par dérogation à ces dispositions, en l'absence d'autre solution thérapeutique, un prélèvement de cellules hématopoïétiques recueillies par prélèvement dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique peut être fait sur un mineur au bénéfice de son frère ou de sa sœur.

Lorsqu'un tel prélèvement n'est pas possible et en l'absence d'autre solution thérapeutique appropriée, le prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut, à titre exceptionnel, être fait sur un mineur au bénéfice de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce.

Dans tous les cas, ce prélèvement ne peut être pratiqué que sous réserve du consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal du mineur informés des risques encourus par le mineur et des conséquences éventuelles du prélèvement par le praticien qui a posé l'indication de greffe ou par tout autre praticien de leur choix. Le consentement est exprimé 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.

L'autorisation d'effectuer le prélèvement est accordée par le comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3 qui s'assure au préalable que, notamment au regard des règles de bonnes pratiques, les conditions de réalisation du prélèvement ne comportent aucun risque pour le mineur compte tenu de son âge ou de son développement, que tous les moyens ont été mis en œuvre pour trouver un donneur majeur suffisamment compatible pour le receveur et que le mineur a été informé du prélèvement envisagé en vue d'exprimer sa volonté, s'il y est apte. En ce cas, le refus du mineur fait obstacle au prélèvement.

⇒ Les dérogations relatives au donneur majeur protégé

En l'absence d'autre solution thérapeutique, un prélèvement de cellules hématopoïétiques recueillies par prélèvement dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique peut être fait sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale au bénéfice de son frère ou de sa sœur.

Si la personne protégée fait l'objet d'une mesure de tutelle, ce prélèvement est subordonné à une décision du juge des tutelles compétent qui se prononce après avoir recueilli l'avis de la personne concernée lorsque cela est possible, du tuteur et du comité d'experts mentionné à l'article L.1231-3.

Si la personne protégée fait l'objet d'une mesure de curatelle ou de sauvegarde de justice et si le juge des tutelles compétent estime, après l'avoir entendue, que la personne protégée a la faculté de consentir au prélèvement, celui-ci est subordonné à une autorisation du comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3, après recueil du consentement de l'intéressé dans les conditions prévues à l'article L.1241-3. Hors les cas où la personne protégée a la faculté de consentir au prélèvement, celui-ci ne peut être pratiqué que dans les conditions prévues au paragraphe précédent.

En l'absence d'autre solution thérapeutique appropriée, le prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut, à titre exceptionnel, être effectué sur une personne protégée au bénéfice de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce.

Toutefois, seules peuvent faire l'objet d'un prélèvement les personnes protégées qui font l'objet d'une mesure de curatelle ou de sauvegarde de justice et qui ont été reconnues comme ayant la faculté de consentir au prélèvement par le juge des tutelles compétent après avoir été entendues par celui-ci. Le consentement est recueilli et l'autorisation de prélèvement est délivrée par le comité d'experts dans les conditions prévues au troisième alinéa.



Avant de formuler son avis ou de délivrer les autorisations, le comité d'experts mentionné à l'article L. 1231-3 s'assure que tous les moyens ont été mis en œuvre pour trouver un donneur majeur suffisamment compatible pour le receveur.

Le refus de la personne protégée fait obstacle au prélèvement.

⇒ **Les prélèvements à l'issue d'une interruption de grossesse**

Des tissus ou cellules embryonnaires ou fœtaux ne peuvent être prélevés, conservés et utilisés à l'issue d'une interruption de grossesse qu'à des fins diagnostiques, thérapeutiques ou scientifiques. La femme ayant subi une interruption de grossesse donne son consentement écrit après avoir reçu une information appropriée sur les finalités d'un tel prélèvement. Cette information doit être postérieure à la décision prise par la femme d'interrompre sa grossesse.

Un tel prélèvement ne peut avoir lieu si la femme ayant subi l'interruption de grossesse est mineure ou fait l'objet d'une mesure de protection légale, sauf s'il s'agit de rechercher les causes de l'interruption de grossesse. Dans ce cas, la femme ayant subi cette interruption de grossesse doit avoir reçu auparavant une information sur son droit de s'opposer à un tel prélèvement.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1241-1 à L.1241-7

78.4 Le don du sang

⇒ **Les principes généraux**

La transfusion sanguine s'effectue dans l'intérêt du receveur et relève des principes éthiques du bénévolat et de l'anonymat du don, et de l'absence de profit.

Le receveur ne peut connaître l'identité du donneur, ni le donneur celle du receveur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don de son sang et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée.

Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

Aucune rémunération, directe ou indirecte, ne peut être allouée au donneur, sans préjudice du remboursement des frais de transport par les établissements de transfusion sanguine.

⇒ **Le consentement du donneur**

A l'occasion de leur passage ou séjour au sein de l'établissement, les personnes peuvent se proposer pour donner leur sang, dans le cadre d'une collecte de sang, organisée par un établissement de transfusion sanguine agréé, au sein du CHU.

Le prélèvement ne peut être fait qu'après un entretien préalable au don du sang et une sélection des donneurs, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.. qu'avec le consentement du donneur par un médecin ou sous sa direction et sa responsabilité.

⇒ **Le cas du donneur mineur ou majeur protégé**

Aucun prélèvement de sang ou de ses composants en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui ne peut avoir lieu sur une personne mineure ou sur une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Toutefois, s'agissant des mineurs, un prélèvement peut être effectué à titre exceptionnel, lorsque des motifs tirés de l'urgence thérapeutique l'exigent ou lorsqu'il n'a pu être trouvé de donneur majeur immunologiquement compatible.



Le prélèvement ne peut alors être opéré qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale y consente expressément par écrit.

Le refus de la personne mineure fait obstacle au prélèvement

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1221-1 à L.1221-14 ; D.1221-1 à D.1221-4 ; R.1221-5

Article 79 – Les prélèvements sur une personne décédée

⇒ Dispositions générales

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.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'unités fonctionnelles ou de services distincts.

Toute personne majeure ou mineure âgée de treize ans au moins peut s'inscrire sur le registre national automatisé des refus de prélèvement, afin de faire connaître qu'elle refuse qu'un prélèvement d'organes soit opéré sur son corps après son décès soit à des fins thérapeutiques, soit pour rechercher les causes du décès, soit à d'autres fins scientifiques, soit dans plusieurs de ces trois cas.

Le refus prévu à l'alinéa précédent ne peut faire obstacle aux expertises, constatations et examens techniques ou scientifiques éventuellement diligentés dans le cadre d'une enquête judiciaire ou d'une mesure d'instruction.

Les prélèvements d'organes sur une personne décédée ne peuvent être effectués que si celle-ci est assistée par ventilation mécanique et conserve une fonction hémodynamique.

Toutefois, les prélèvements des organes figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur proposition de l'agence de la biomédecine, peuvent être pratiqués sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant.

Les médecins ayant procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur une personne décédée sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps.

⇒ Le prélèvement sur une personne décédée majeure

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.

Art. R. 1232-4-4 « I- Une personne peut refuser qu'un prélèvement d'organes soit pratiqué sur elle après son décès, à titre principal, en s'inscrivant sur le registre national automatisé des refus de prélèvement dans les conditions prévues à la sous-section 2 de la présente section.

II- Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

« Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe au document exprimant le refus.

« Le document est transmis par un proche à l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement définie au 3° de l'article R. 1233-7.



« III- Un proche de la personne décédée eut faire valoir le refus de prélèvement d'organes que cette personne a manifesté expressément de son vivant.

« Ce proche ou l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement transcrit par écrit ce refus en mentionnant précisément le contexte et les circonstances de son expression. Ce document est daté et signé par le proche qui fait valoir ce refus et par l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement.

« IV- Les documents mentionnés au II ou au III sont déposés dans le dossier médical de la personne en cause. »

Art. R. 1232-4-5 – Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains de ces organes ou tissus. »

Art R. 1232-4-6 – Le refus de prélèvement des organes est révisable et révoquant à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente. »

Il est mis fin aux mesures médicales prises avant le prélèvement pour assurer la conservation des organes d'une personne dont la mort a été dûment constatée s'il apparaît, au vu du témoignage des proches de cette personne, qu'elle avait manifesté de son vivant une opposition au don d'organes.

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

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



⇒ **Le prélèvement sur une personne décédée mineur ou majeur protégé**

Si la personne décédée était un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit.

Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1232-1 à L.1232-6 ; R.1232-1 à R.1232-14



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

8 - L'ACCES DES PERSONNES EXTERIEURES A L'HÔPITAL

<i>Article 80 – Les visiteurs.....</i>	.....
<i>Article 81 – Les professionnels de la presse.....</i>	.....
<i>Article 82 – Les stagiaires.....</i>	.....
<i>Article 83 – Les associations de bénévoles.....</i>	.....
<i>Article 84 – Les dispositions relatives aux représentants des usagers .....</i>	.....
<i>Article 85 – Les dispositions relatives aux démarcheurs, représentants .....</i>	.....
<i>Article 86 – Les interventions des notaires.....</i>	.....
<i>Article 87 – Les interventions des officiers de l'Etat Civil .....</i>	.....



Article 80 – Les visiteurs

Les visiteurs, parents et proches des malades, participent à la guérison et sont donc les bienvenus au CHU de Reims.

Les visites sont autorisées tous les jours **de 13 h 00 à 20 h 00**.

En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par la Directrice Générale ou son représentant, avec l'accord du responsable de la structure.

Les patients peuvent refuser les visites et demander au cadre de l'unité de soins dans laquelle ils sont hospitalisés d'empêcher l'accès de personnes qu'ils désignent et obtenir qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence au C.H.U. ou sur leur état de santé. Ils en font la demande au moment de leur admission au Bureau des Entrées et/ou auprès du cadre de l'unité de soins.

Le droit aux visites peut également être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des malades. Ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès à des malades hospitalisés dans certains services ou unités ;
- pour les malades placés sous surveillance de la police.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des malades, le temps des soins et examens.

Tout acte de prosélytisme est interdit aux visiteurs, qui doivent respecter la neutralité du service public.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores.

Les jeunes enfants doivent rester sous la surveillance des adultes qui les accompagnent.

L'interdiction de fumer s'impose aux visiteurs.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans l'établissement des médicaments, sauf accord exprès du médecin, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient.

Le personnel de l'établissement veille, dans l'intérêt du malade, à ce que ne lui soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou, à défaut, détruites.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite, et la Directrice Générale ou son représentant, décider de l'expulsion du visiteur, avec appel aux forces de l'ordre, si nécessaire. Lorsqu'un visiteur, dûment averti, cause des désordres persistants, la Directrice Générale ou son représentant peut lui interdire l'accès à l'établissement. Les agents du CHU n'ayant pas de pouvoir coercitif, il sera fait appel à la Police en cas de refus d'obtempérer.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R.1112-47 et R.1112-48.

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.

Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.



Article 81 – Les professionnels de la presse

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par la Directrice Générale. Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du Directeur de garde.

L'accès à l'établissement des professionnels de la presse est soumis à l'autorisation expresse du Directeur de la Communication du CHU.

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal.

Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients. Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels. Le C.H.U. ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

Texte de référence :

Code de la Santé Publique : article R.1112-47

Article 82 – Les stagiaires

Les stages d'étudiants et de professionnels au sein de l'hôpital font l'objet d'une convention entre l'hôpital et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire.

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

Article 83 – Les associations de bénévoles

⇒ Le cadre général

Le CHU de Reims facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent préalablement conclure avec la Directrice Générale du CHU une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Elles doivent fournir à la Directrice Générale une liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'établissement.

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

Les membres des associations de bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Le règlement intérieur ou la charte de l'association devra définir les principes régissant leur action et l'intervention de leurs membres. Ces principes comportent notamment le respect des droits fondamentaux des patients (protection de la santé ; dignité ; intimité ; respect des croyances et opinions ; neutralité...) rappelés par le présent règlement intérieur (article 27 à 31).



⇒ Les associations et l'accompagnement de la fin de vie

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord de la personne malade ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du malade et en confortant l'environnement psychologique et social de la personne malade et de son entourage.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité, l'absence d'interférence dans les soins.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés et des établissements sociaux et médico-sociaux doivent conclure, avec les établissements concernés, une convention conforme à une convention type définie par décret en Conseil d'Etat. A défaut d'une telle convention ou lorsqu'il est constaté des manquements au respect des dispositions de la convention, le directeur de l'établissement, ou à défaut le directeur général de l'agence régionale de santé, interdit l'accès de l'établissement aux membres de cette association.

Seules les associations ayant conclu la convention mentionnée à l'alinéa précédent peuvent organiser l'intervention des bénévoles au domicile des personnes malades.

⇒ Utilisation de locaux du CHU par les associations

Les locaux situés dans l'enceinte hospitalière relèvent du domaine public hospitalier. L'article L.2122-1 du Code général de la propriété des personnes publiques, prévoit la convention doit définir les conditions d'utilisation des locaux du CHU par l'association. Cette convention d'occupation privative du domaine public n'est pas dévolutive de droits réels et, conformément aux principes généraux de la domanialité publique, de nature précaire et révocable.

En vertu de l'article L. 2125-1 du Code général de la propriété des personnes publiques, toute occupation ou utilisation du domaine public donne en principe lieu au paiement d'une redevance. Toutefois, la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures permet à titre dérogatoire que l'autorisation d'occupation du domaine public soit accordée gratuitement aux associations à but non lucratif qui concourent à la satisfaction d'un intérêt général.

La gratuité ou le montant éventuel de la redevance est décidé par la Directrice Générale.

L'association est par ailleurs tenue de souscrire une assurance de responsabilité civile pour couvrir tout dommage pouvant survenir du fait du fonctionnement de l'association et de l'activité de ses membres. L'association devra également contracter une assurance pour les éventuels matériels et équipements dont elle est propriétaire.

Textes de référence :

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

Code de la Santé Publique : articles L.1110-11 ; L.1112-5

Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2004-471 du 4 octobre 2004

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.

Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.



Article 84 – Les dispositions relatives aux représentants des usagers

Les usagers ont des représentants qui siègent dans différentes instances de l'hôpital. Ils facilitent l'expression des patients et de leurs proches, et favorisent le dialogue et l'échange avec les professionnels hospitaliers. Ces représentants des usagers ont été nommés parmi les personnes proposées par les associations qui représentent au niveau régional ou départemental, les intérêts des patients, des consommateurs, des familles, des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'implication des représentants des usagers (RU) dans la certification est un levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il est fortement recommandé que les RU connaissent et participent, en partie à la réalisation du compte qualité de leur établissement.

La visite de l'établissement organisée avec un professionnel ou un RU déjà en place pour tout nouveau RU, puis de manière périodique dans le cadre du suivi des actions d'amélioration mise en œuvre, peut être riche d'enseignements.

Si certains lieux sont libres d'accès, sans autorisation ni accompagnement, d'autres nécessitent l'autorisation de la direction d'établissement, notamment les services cliniques, le bloc opératoire, la radiologie... Le RU peut alors visiter ces services, accompagné par un professionnel pour le guider, dans le respect du secret médical.

Article 85 – Les dispositions relatives aux démarcheurs et représentants

Démarchage et enquêtes auprès des usagers de l'établissement

Les démarcheurs, photographes et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par la Directrice Générale ou son représentant.

Les démarcheurs, photographes et représentants qui pénètrent dans les locaux de l'établissement sans cette autorisation préalable, s'exposent à une expulsion immédiate prononcée par la Directrice Générale ou son représentant.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord préalable de ces derniers et de la Direction Générale.

Les démarcheurs, photographes et représentants dûment autorisés par la Directrice Générale ou son représentant sont soumis au secret professionnel et ne doivent rien révéler de ce qu'ils ont pu voir, entendre ou comprendre dans les lieux où ils exercent leur activité.

Ils doivent observer un comportement discret dans les lieux d'attente et ne pas gêner la dispensation des soins et le bon fonctionnement de(s) unité(s) dont l'accès leur est autorisé. Ils veilleront à une tenue vestimentaire adaptée (port d'un badge professionnel, comme, par exemple, une carte de visite portée sous forme de badge...) et à une utilisation discrète de leur téléphone portable.

Il leur est strictement interdit d'user d'incitations pour obtenir un droit de visite, ni offrir à cette fin aucune rémunération ou dédommagement.

Démarchage et prospection auprès des professionnels de l'établissement

Toute personne exerçant une activité d'information, de démarchage et/ou de promotion de spécialités et fournitures pharmaceutiques, de dispositifs médicaux, d'équipements biomédicaux ou de tout autre produit, consommable ou équipement est tenue de respecter les dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi que celles du présent règlement intérieur. Ces dispositions :

- valent pour toute personne travaillant pour l'industrie pharmaceutique ou assimilée, ainsi que pour les producteurs, vendeurs ou loueurs de matériels, équipements, fournitures et consommables de toute nature utilisés par les services de l'établissement ;



- s'appliquent à l'ensemble des personnes concernées, quels que soient leurs titres et dénominations : visiteurs médicaux, chargés d'affaires hospitaliers, chargés de communication médicale, chefs de produits, ingénieurs technico-commerciaux, attachés commerciaux, directeurs régionaux ou départementaux, responsables de secteur, techniciens, etc...

Pour les services médicaux et médico-techniques, les termes « visite médicale », « professionnels de santé » et « visiteur médical » seront utilisés dans la suite pour faciliter la lecture. Ils désignent respectivement toutes les rencontres ayant pour objet principal d'assurer la promotion des produits, l'ensemble des professionnels auxquels elles s'adressent dans les établissements de santé, et les personnes qui les assurent, quel que soit leur statut, titre ou dénomination.

Les conditions d'accès des visiteurs médicaux à la structure et les modalités de planification de la visite médicale sont portées à la connaissance des visiteurs médicaux.

De manière générale, l'accès à l'établissement est subordonné à l'information et à l'autorisation préalable de la Direction Générale ou de son représentant (Direction fonctionnelle concernée...), ainsi que du responsable de la structure médicale concernée.

La visite médicale se fera uniquement sur rendez-vous planifié, avec indication :

- des locaux, qui devront être définis et adaptés à son bon déroulement
- du créneau horaire
- des modalités et des motifs de la visite.

L'encadrement des visiteurs médicaux s'assure de l'optimisation de l'organisation, de la planification et de la fréquence des visites.

Seuls les visiteurs médicaux identifiés et dûment autorisés ont accès aux locaux et aux professionnels de santé.

Par ailleurs, l'accès aux structures à accès restreint (blocs opératoires, secteurs stériles, réanimation, soins intensifs...) est strictement interdit sans l'accord, préalablement à chaque visite, des responsables des structures concernées ou des personnes habilitées par l'établissement.

En cas de présentation à l'improviste, l'accès sera refusé.

La personne exerçant une activité d'information par démarchage ou prospection :

- ne rencontre les personnels en formation qu'avec l'accord préalable du cadre responsable ou du cadre de la structure ;
- ne rencontre les internes qu'en présence, ou avec l'accord préalable, du praticien qui les encadre
- ne doit pas rechercher des données spécifiques (consommations, coûts...) propres aux structures internes et aux prescripteurs
- doit faire preuve de discrétion et respecter l'intimité des patients
- est tenue au secret professionnel et ne doit rien révéler de ce qu'elle a pu voir, entendre ou comprendre dans les lieux où elle exerce son activité.

Il est strictement interdit d'user d'incitations pour obtenir un droit de visite, ni d'offrir à cette fin aucune rémunération, dédommagement ou avantage en nature (cadeaux, repas...).

En cas de manquement à leurs obligations, les visiteurs médicaux et autres démarcheurs ou représentants s'exposent à une expulsion immédiate. En cas de besoin, il sera fait appel au Directeur de garde.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : article R.1112-47

Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments signée le 15 octobre 2014 par les Présidents du LEEM (Les entreprises du médicament) et du Comité économique des produits de santé.

Guide aux établissements de santé en matière de visite médicale édité par la Haute Autorité de Santé (HAS) en septembre 2011.



Article 86 – Les interventions des notaires

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

Il appartient aux notaires qui, selon la réglementation qui s'impose à eux, sont tenus de prêter leur concours lorsqu'ils en sont requis, d'apprécier sous leur responsabilité la capacité de leurs clients à accomplir des actes juridiques.

Texte de référence :

Lettre-circulaire n° 1034 du 14 octobre 1983 relative à l'intervention des notaires dans les établissements hospitaliers publics

Article 87 – Les interventions des officiers de l'Etat Civil

En cas d'empêchement grave, le Procureur de la République du lieu du mariage peut requérir l'Officier de l'Etat Civil de se transporter au domicile ou à la résidence de l'une des parties pour célébrer le mariage. En cas de péril imminent de mort de l'un des futurs époux, l'Officier de l'Etat Civil pourra s'y transporter avant toute réquisition ou autorisation du Procureur de la République, auquel il devra ensuite, dans le plus bref délai, faire part de la nécessité de cette célébration hors de la maison commune.

Texte de référence : Code Civil : article 75.



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

9 - LA SORTIE DES HOSPITALISES

Le présent chapitre traite de la sortie des patients en fin d'hospitalisation. Pour les permissions de sortie en cours de séjour, il convient de se reporter à l'article 53 du règlement intérieur.

Article 88 – La décision de sortie.....	
Article 89 – Les modalités de sortie.....	
Article 90 – La sortie des mineurs.....	
Article 91 – La déclaration de naissance et la sortie des nouveau-nés.....	
Article 92 – La sortie contre avis médical.....	
Article 93 – La sortie à l'insu du service.....	
Article 94 – La sortie disciplinaire.....	



Article 88 – La décision de sortie

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par la Directrice Générale sur proposition du médecin chef de service. La Directrice Générale ou son délégué signe la formule d'exeat (autorisation de la sortie) sur la fiche individuelle du malade.

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de l'hospitalisé dans un établissement dispensant des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée adapté à son cas.

Texte de référence :

Code de la Santé Publique : article R.1112-58

Article 89 – Les modalités de sortie

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.

Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison rédigée par le praticien qui a adressé le patient à l'établissement.

Dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2 (respect de la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ; information délivrée aux titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs et au tuteur pour les majeurs sous tutelle), la lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord, à la personne de confiance.

Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Un bulletin de sortie est délivré au patient, après vérification et mise à jour des informations contenues dans le dossier d'admission. Ce document indique les dates de séjour, mais ne porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

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 aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

L'administration de l'établissement tient à la disposition des hospitalisés la liste complète des entreprises de transport sanitaire terrestre du département.

Le remboursement du transport au patient par l'Assurance Maladie n'est possible que si le transport a fait l'objet d'une prescription médicale dans les conditions prévues par la réglementation. La prescription doit indiquer le mode de transport adapté à l'état du patient (véhicule sanitaire léger, ambulance...) selon les critères fixés par l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu par le code de la sécurité sociale.



Avant de quitter l'établissement, le malade doit s'acquitter des frais éventuels lui incombant après prise en charge de sa caisse d'assurance maladie et de sa mutuelle. Il doit également régler tous les frais annexes tels que téléphone, repas, lits d'accompagnant, chambre particulière, etc.

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire. La Directrice Générale communique périodiquement au Conseil de Surveillance, à la Commission Médicale d'Etablissement et au Comité Technique d'Etablissement les résultats de l'exploitation de ces documents. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1111-3-1 (créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016) ; L.1112-1 ; R.1112-1 ; R.1112-59 à R.1112-61 ; R.1112-66 et R.1112-67
Code de la Sécurité Sociale : article R.322-10-1

Article 90 – La sortie des mineurs

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

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles. Dans ce cas, la personne exerçant l'autorité parentale transmettra par écrit à la direction les coordonnées de la tierce personne désignée par elle pour accompagner le mineur à sa sortie.

Toutefois, ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale et est accompagné lors de sa sortie par une personne majeure de son choix.

Il en va de même lorsque la personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture maladie universelle. Dans ce cas, son seul consentement est requis.

Textes de référence : *Code de la Santé Publique : articles L.1111-5 ; R.1112-57 ; R.1112-64*

Article 91 – La déclaration de naissance et la sortie des nouveau-nés

Les déclarations de naissance sont faites dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'Etat civil du lieu.

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

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable du service, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

Textes de référence : *Code Civil : articles 55 et 56*
Code de la Santé Publique : article R.1112-65



Article 92 – La sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par la Directrice Générale après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

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

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent de l'établissement.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service, en plus de la procédure de décharge, saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaire.

Si elle est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure désignée par le mineur, et le médecin responsable saisit aussi le Procureur à la même fin.

Le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du malade. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1111-5 ; R.1112-62

Article 93 – La sortie à l'insu du service

Si un quitte l'hôpital sans prévenir, il convient de prévenir le Directeur de garde et d'entreprendre des recherches dans le périmètre hospitalier. Si ces recherches demeurent vaines et en accord avec la Direction, le commissariat de police est prévenu si la situation l'exige sur le plan médical ou légal.

Dans ces cas, la famille ou le représentant légal du malade sont également informés sans délai, sauf pour les mineurs opposés à l'information de ses parents, ou du titulaire de l'autorité parentale, sur leur hospitalisation. Un courrier est adressé au malade si possible à son domicile dans les délais les plus courts, pour l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer le service ou à se faire soigner. Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Texte de référence :

Protocole du CHU de Reims PC-PT043

Article 94 – La sortie disciplinaire

A l'exclusion des cas où son état de santé ne le permettrait pas, lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, la Directrice Générale ou son représentant prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé. Des mesures sont prises pour assurer la continuité des soins.

Texte de référence :

Code de la Santé Publique : article R.1112-49



CHAPITRE 3

DISPOSITIONS RELATIVES AU PATIENT

10 - LE DECES DES HOSPITALISES

<i>Article 95 – L’attitude à adopter à l’approche du décès.....</i>	.....
<i>Article 96 – L’annonce du décès.....</i>	.....
<i>Article 97 – Les formalités entourant le décès.....</i>	.....
<i>Article 98 – Les formalités pour les enfants décédés dans la période périnatale.....</i>	.....
<i>Article 99 – Les décès sans famille.....</i>	.....
<i>Article 100 – Les décès de mort violente ou suspecte.....</i>	.....
<i>Article 101 – Le don du corps à la science.....</i>	.....
<i>Article 102 – Les dons et legs.....</i>	.....
<i>Article 103 – Le dépôt des corps à la chambre mortuaire.....</i>	.....
<i>Article 104 – L’organisation des opérations funéraires.....</i>	.....
<i>Article 105 – Le transport de corps sans mise en bière.....</i>	.....
<i>Article 106 – Le transport de corps après mise en bière.....</i>	.....



Article 95 – L’attitude à adopter à l’approche du décès

Quand l'état de santé du patient s'est aggravé et que le décès semble imminent, la famille, la *personne à prévenir*, ou les proches du malade sont prévenus sans délai, et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de son état.

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à 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 du malade le permettent.

Si l'hospitalisé en fin de vie exprime le désir, il peut être transféré à son domicile.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R.1112-3 ; R.1112-63 ; R.1112-68 ; R.1112-69

Article 96 – L’annonce du décès

La famille, la *personne à prévenir*, ou les proches du malade sont avertis dès que possible et par tous moyens du décès, médicalement constaté par un médecin habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic. A noter que la *personne à prévenir* désignée par le patient lors de son admission ne correspond pas nécessairement à la *personne de confiance* (cf. articles 38 et 39 du règlement intérieur).

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 placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- les personnes non identifiées, aux services de police.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R.1112-69

Code Général des Collectivités locales : article L.2223-42

Article 97 – Les formalités entourant le décès

Les décès sont attestés par un certificat établi par un médecin habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic. Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la santé, précise la ou les causes de décès, aux fins de transmission à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et aux organismes dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce même décret fixe les modalités de cette transmission, notamment les conditions propres à garantir sa confidentialité. Ces informations ne peuvent être utilisées que pour des motifs de santé publique.

Les décès sont inscrits sur un registre spécial, qui est transmis dans les vingt-quatre heures au bureau d'état civil de la mairie, afin que l'officier de l'état civil dresse l'acte de décès.



Dès que le décès est constaté :

- il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt, conformément au protocole institutionnel ;
- un bracelet d'identification est apposé sur le corps ;
- deux membres de l'équipe soignante sont chargés de dresser l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs... qu'il avait en sa possession. Cet inventaire, dressé en présence d'au moins un témoin, est signé par les deux soignants et le témoin. Il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque unité de soins. Les objets sont remis au régisseur des dépôts qui prendra les dispositions utiles pour les restituer aux héritiers du défunt. Si un dépôt chez le régisseur avait été effectué avant le décès, c'est le seul Trésor Public qui peut restituer ce dépôt aux héritiers sur justification de leurs droits. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service. Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements. La famille ou, à défaut, les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement.

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Les familles peuvent aussi demander la présentation du corps à la chambre mortuaire de l'établissement, pendant les heures d'ouverture.

Textes de référence :

Code Civil : article 80

Code de la Santé Publique : articles R.1112-70 ; R.1112-71 ; R.1112-74 ; R.1112-76-1

Code Général des Collectivités locales : article L.2223-42

Protocole du CHU de Reims PC-FT-022

Article 98 – Les formalités pour les enfants décédés dans la période périnatale

Le personnel soignant veillera à proposer, sans imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil.

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'Etat Civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant les jours et heures de sa naissance et de son décès. L'inhumation ou la crémation du corps s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. En cas de ressources insuffisantes, la commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques.

A défaut de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, l'officier de l'état civil établit un acte *d'enfant sans vie*, sur la base d'un certificat médical attestant de l'accouchement de la mère. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le Tribunal de Grande Instance à l'effet de statuer sur la question.

Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père. En cas de non-réclamation du corps dans le délai de dix jours, l'établissement dispose de deux jours francs 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.



Les établissements de santé tiennent un registre mentionnant les informations permettant le suivi du corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil, depuis 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. Une personne responsable de l'application de ces dispositions est désignée par la Directrice Générale.

En cas de mort inexplicquée du nourrisson, si les parents ont accepté l'autopsie, la gestion des transports, des examens cliniques, biologiques, anatomopathologiques, etc. est assurée par des centres de référence régionaux, sans participation financière des familles.

Dans le cas d'un enfant pour lequel ont été établis un acte de naissance et un acte de décès, les prélèvements, qu'ils soient à visée diagnostique ou scientifique, ne peuvent être réalisés sur l'enfant qu'après recueil du consentement écrit des parents. La conservation, en vue de ces prélèvements, du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie devra être effectuée dans les conditions prévues aux articles 12 et 13 de l'arrêté du 7 septembre 1999 et ne pourra excéder une durée supérieure à quatre semaines à compter de l'accouchement.

Textes de référence :

Code Civil : article 79-1

Code de la Santé Publique : articles R.1112-75 ; R.1112-76 ; R.1112-76-1

Code général des collectivités territoriales : article L.2223-27

Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des pièces anatomiques

Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009

Arrêt n° 128 du 6 février 2008 de la Cour de cassation - Première chambre civile

Article 99 – Les décès sans famille

L'établissement doit tenter de retrouver une famille. Celle-ci ou, à défaut, les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée.

Parallèlement, l'établissement transmet la déclaration de décès au bureau d'état civil du lieu de résidence du patient décédé et prévient le Procureur de la République, avec copie au greffier du Tribunal de Grande Instance.

En cas de non réclamation du corps dans le délai de dix jours, 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, c'est la commune qui prend en charge les frais d'obsèques.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles R.1112-75 ; R.1112-76

Code général des collectivités territoriales : article L.2223-27

Article 100 – Les décès de mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin chef du service, avise l'autorité judiciaire. L'inhumation ne peut se faire qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Textes de référence :

Code Civil : article 81

Code de la Santé Publique : articles R.1112-73



Article 101 – Le don du corps à la science

Un établissement de santé, de formation ou de recherche ne peut accepter de don de corps que si l'intéressé en a fait la déclaration écrite en entier, datée et signée de sa main. Une copie de la déclaration est adressée à l'établissement auquel le corps est légué ; cet établissement délivre à l'intéressé une carte de donateur, que celui-ci s'engage à porter en permanence.

Pour que le don de corps puisse être accepté, le donateur doit donc adresser cette déclaration au CHU ou à la Faculté de médecine. Pour les prélèvements d'organes et de tissus sur les personnes décédés, il convient de se reporter à l'article 79 du règlement intérieur.

Texte de référence : Code général des collectivités territoriales : article R.2213-13

Article 102 – Les dons et legs

Les malades qui en ont fait la demande, peuvent demander à un notaire de se rendre auprès d'eux pour recueillir leurs dernières volontés (cf article 86 du règlement intérieur).

Selon les dispositions du Code Civil, les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci.

Cependant, les malades peuvent faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHU de Reims, en assortissant ces libéralités, le cas échéant, de conditions.

Le traitement des libéralités effectuées en faveur du CHU de Reims fait l'objet d'une procédure distincte selon qu'il s'agit d'un legs (délivrance d'un bien par voie testamentaire) ou d'un don (acte juridique ne nécessitant en principe pas d'acte notarié, permettant à une personne physique ou morale de transmettre à une autre personne physique ou morale un bien immobilier, mobilier ou une somme d'argent sans contrepartie).

Il appartient à la Directrice Générale d'accepter ou de refuser les dons et legs, en fonction de chaque situation. Ainsi un don ou un legs assorti de conditions créant des charges supérieures aux recettes et grevant le budget du CHU et/ou de contreparties et/ou de publicités ne saurait être accepté. Lorsqu'une donation ou un legs a été accepté et que par suite d'un changement de circonstances, l'exécution des conditions et charges qui le grevent devient soit extrêmement difficile, soit sérieusement dommageable, la révision de ces conditions et charges peut être autorisée par arrêté du représentant de l'Etat dans le département si l'auteur de la libéralité ou ses ayants droit acceptent les mesures envisagées ; dans les autres cas, la révision est autorisée dans les conditions prévues aux articles 900-2 à 900-8 du code civil.

Par ailleurs, un **fonds de dotation** est en cours de création au CHU de Reims. Il s'agit d'une personne morale de droit privé à but non lucratif qui reçoit et gère, en les capitalisant, des biens et des droits qui lui sont apportés à titre gratuit par les patients ou des mécènes, et les redistribue pour assister une personne morale à but non lucratif (le CHU de Reims) dans l'accomplissement de ses œuvres et de ses missions d'intérêt général.

Les statuts du fonds de dotation fixeront son domaine d'action. Les projets finançables par le fonds concerneront la recherche médicale, l'innovation médicale et les équipements médicaux, l'amélioration de l'accueil et du confort du patient et les actions culturelles. La création de ce fonds de dotation permettra notamment d'assurer la transparence de l'utilisation des dons alloués au CHU et de déterminer collectivement leur affectation.

Textes de référence : Code Civil : art. 900-2 à 900-8 ; Code de la Santé Publique : art. L.6145-10

Article 103 – Le dépôt des corps à la chambre mortuaire

Dans toute la mesure du possible, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire sans que ce dépôt ne soit différé, de ce fait, d'un délai supérieur à dix heures.



Après réalisation des formalités décrites à l'article 97 du règlement intérieur, le corps du défunt est déposé, en principe avant tout transfert, à la chambre mortuaire de l'établissement. Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire d'un établissement de santé public ou privé du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès. La Directrice Générale fixe le prix de séjour en chambre mortuaire au-delà du délai de trois jours.

La présentation du corps doit se dérouler dans un lieu spécialement aménagé et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement. Les agents concernés du site prennent en compte, si possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits exprimés au sujet des pratiques religieuses lors de la présentation du corps ou de la mise en bière. La présentation des corps au niveau de la chambre mortuaire s'effectue durant ses heures d'ouverture, dans des locaux spécialement aménagés à cet effet.

Lorsque le décès a eu lieu sur la voie publique ou dans un lieu ouvert au public, l'admission du corps en chambre funéraire est requise par les autorités de police ou de gendarmerie. Un médecin est commis pour s'assurer auparavant de la réalité et de la cause du décès. Dans les cas de mort violente ou suspecte, l'admission d'un corps en chambre funéraire est autorisée par le Procureur de la République.

Textes de référence :

Code Général des Collectivités Territoriales : articles L. 2223-39, R.2223-77 ; R.2223-89 à R.2223-94, R.2223-97

Article 104 – L'organisation des opérations funéraires

La famille, après avoir reconnu le corps du défunt, organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix auquel elle règle également directement les frais de convoi et d'obsèques.

L'établissement tient à la disposition du public la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service extérieur des pompes funèbres.

La liste des chambres funéraires habilitées par le préfet du département où sont situés ces établissements est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Cette liste est communiquée à toute personne qui en fait la demande.

La loi dispose qu'à l'exception des formules de financement d'obsèques, sont interdites les offres de services faites en prévision d'obsèques ou pendant un délai de deux mois à compter du décès en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès. Sont interdites les démarches à domicile ainsi que toutes les démarches effectuées dans le même but sur la voie publique ou dans un lieu ou édifice public ou ouvert au public.

Par conséquent, toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage pour obtenir ou faire obtenir la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au CHU de Reims. Il est également strictement interdit, sous peine de sanctions, aux agents du site qui, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, ont connaissance d'un décès, de solliciter directement ou indirectement, des dons, présents ou avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

La famille ou, à défaut, les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement. En cas de non-réclamation du corps dans le délai de dix jours, 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, le service est assuré gratuitement, à la charge de la commune.

Textes de référence :

Code Général des Collectivités Territoriales : art L.2223-27 ; L.2223-33 ; R.2223-32 ; R.2223-33
Code de la Santé Publique : articles R.1112-75 et R.1112-76



Article 105 – Le transport de corps sans mise en bière

Le transport avant mise en bière du corps d'une personne décédée vers son domicile, la résidence d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps et dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. Il est en outre subordonné :

- à la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
- à la détention d'un extrait du certificat de décès prévu attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé ;
- à l'accord de la Directrice Générale du CHU ou de son représentant.

Le médecin peut s'opposer au transport du corps avant mise en bière lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport. Il en avertit sans délai par écrit la famille et la Directrice Générale ou son représentant.

Les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d'une personne décédée sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès.

Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires et répondant aux conditions réglementaires.

Lorsque le transfert du corps en chambre mortuaire nécessite de sortir de l'enceinte d'un établissement de santé ou d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou de l'un de leurs sites d'implantation, le transport sans mise en bière s'effectue après accord du chef d'établissement.

Textes de référence :

Code Général des Collectivités Territoriales : articles R.2213-7 à R.2213-12 ; R.2223-76 et R.2223-95

Article 106 – Le transport de corps après mise en bière

La mise en bière du corps avant son transport pour inhumation ou incinération est en principe réalisée au niveau de la chambre mortuaire du site. Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (stimulateur cardiaque ou pacemaker,...), un médecin ou un thanatopracteur atteste de la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu de décès, sur présentation du certificat de décès établi par le médecin ayant constaté le décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal, parallèlement aux formalités de déclaration de décès et d'obtention du permis d'inhumer. Le maire peut, s'il y a urgence, compte tenu du risque sanitaire ou en cas de décomposition rapide du corps, après avis d'un médecin, décider la mise en bière immédiate et la fermeture du cercueil.

Lorsque le décès paraît résulter d'une maladie suspecte dont la protection de la santé publique exige la vérification, le Préfet peut, sur l'avis conforme, écrit et motivé de deux médecins, prescrire toutes les constatations et les prélèvements nécessaires en vue de rechercher les causes du décès.

Le corps doit être placé dans un cercueil hermétique si la personne était atteinte au moment du décès de l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé (le corps devant en sus être enveloppé dans un linceul imbibé d'une solution antiseptique), en cas de dépôt du corps pour une durée excédant six jours et dans tous les cas où le Préfet le prescrit.



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

Textes de référence :

Code Civil : article 78 à 82

Code Général des Collectivités Territoriales : articles R.2213-15 à R.2213-27

Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009



CHAPITRE 4 LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

Les présentes dispositions s'appliquent à l'ensemble du personnel du CHU de Reims, quelle que soit la catégorie professionnelle (personnel médical et non médical) ou la situation juridique des agents, qu'il s'agisse d'agents publics titulaires (fonctionnaires et autres catégories) ou d'agents non titulaires (auxiliaires, agents contractuels, vacataires). Le cas échéant, des précisions seront apportées pour les cas particuliers. Les acteurs hospitaliers sont soumis à des devoirs et disposent de droits.

Afin d'assurer le bon fonctionnement et la continuité du service public hospitalier, le personnel de l'établissement est soumis à un certain nombre d'obligations (respect du secret professionnel, obligation de neutralité, obligation de réserve, respect des usagers et de leurs droits, respect des règles d'hygiène et de sécurité, devoir d'obéissance, devoir de moralité, devoir de probité, etc...).

En contrepartie, le personnel dispose de droits qui ne seront pas tous développés (comme le droit à rémunération, à repos, à congés, à retraite, à avancement, etc...). Le présent règlement intérieur traitera essentiellement de l'exercice des libertés publiques (liberté d'opinion, liberté d'expression, droit syndical, droit de grève, etc...) qui peuvent comporter certaines limitations légales, ainsi que de du droit à la formation, de l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes et de la protection des agents victimes d'outrages ou de violences dans l'exercice de leurs fonctions.

1 - LES PRINCIPES REGISSANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Article 107 – Le principe de continuité.....	.....
Article 108 – Le principe d'égalité.....	.....
Article 109 – Le principe de neutralité.....	.....
Article 110 – Le principe de laïcité.....	.....
Article 111 – Le principe d'adaptabilité.....	.....



Article 107 – Le principe de continuité

Il constitue un des aspects de la continuité de l'État et a été qualifié de principe constitutionnel par le Conseil constitutionnel (1979). Il repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.

Le CHU de Reims doit assurer la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé et assurer la permanence des soins. Leur organisation permet le recours 24h/24 aux compétences médicales et chirurgicales nécessaires, ainsi qu'aux examens d'imagerie et de biologie.

Le bon fonctionnement du CHU repose notamment sur l'assiduité et la ponctualité de l'ensemble du personnel, qui conditionne l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants.

La gestion prévisionnelle des congés revêt également une importance particulière.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée annuellement par la Directrice Générale après avis de la Commission Médicale d'Établissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par la Directrice Générale sur proposition du Chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.

Sur la base de cette organisation, le Chef de pôle ou, à défaut, le responsable de la structure interne organise, après consultation des praticiens de la structure, la prise des jours de congé sur certaines périodes de l'année en fonction de l'activité.

Le remplacement des praticiens hospitaliers durant leurs congés ou absences occasionnelles est assuré par des praticiens de même discipline exerçant dans le même établissement de santé selon les modalités arrêtées par la direction, en concertation avec les Chefs de pôle et donnant lieu au tableau de service mensuel.

Pour le personnel non médical, une gestion proactive des congés tenant compte de l'activité prévisionnelle et, dans toute la mesure du possible, des souhaits des agents, doit être assurée dans le respect de la réglementation.

Toutefois, ce principe de continuité doit s'accommoder du principe, constitutionnel lui aussi, du droit de grève, développé plus loin.

Textes de référence :

Code de la santé publique : Articles L.6112-3 ; R.6152-26 ; R.6152-31 ; R.6152-35

Article 108 – Le principe d'égalité

Ce principe à valeur constitutionnelle, est l'application à ce domaine du principe général d'égalité de tous devant la loi, proclamé par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, le CHU de Reims garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions de service public un égal accès à des soins de qualité. Les obligations qui lui incombent s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public.

Texte de référence :

Code de la santé publique : Article L.6112-3



Article 109 – Le principe de neutralité

Ce principe constitue le corollaire du principe d'égalité et s'impose à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Dès lors, tout professionnel de santé qui refuserait de dispenser des soins à un patient en raison de son origine, de son sexe, de sa situation familiale, de son état de santé, de son handicap, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, sera susceptible de se voir infliger des sanctions disciplinaires, pénales et/ou civiles.

L'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...).

Il est strictement interdit au personnel d'arborer sur les lieux de travail toute marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique.

Textes de référence :

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.

Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.

Article 110 – Le principe de laïcité

Selon l'avis du Conseil d'Etat en date du 3 mai 2000, « il résulte des textes constitutionnels et législatifs que le principe de liberté de conscience ainsi que celui de la laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics s'appliquent à l'ensemble de ceux-ci. »

Le principe de laïcité des services publics fait obstacle à ce que ses agents manifestent dans l'exercice de leurs fonctions leurs croyances religieuses, notamment par un signe ou un port vestimentaire destinés à marquer leur appartenance à une religion. Il interdit également toute forme de prosélytisme. Ce principe, qui vise à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, s'impose à tous les agents de l'établissement.

La Directrice Générale 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. Par conséquent, il lui appartient de faire respecter les principes d'égalité, de neutralité et de laïcité par le personnel et, en cas de manquement à ces obligations, de prendre les mesures disciplinaires nécessaires.

Textes de référence :

Code de la santé publique : Article L.6143-7

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisé

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.

Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.; Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.



Article 111 – Le principe d’adaptabilité

Le principe d’adaptabilité ou de mutabilité, est un corollaire du principe de continuité. Il s’agit d’assurer au mieux, non seulement la continuité du service public hospitalier, mais également sa qualité et son adaptation aux besoins des usagers dans le temps.

Dans le cadre de son projet d’établissement et, plus particulièrement, de son projet social, le CHU de Reims entend favoriser le développement professionnel continu et une politique forte de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.



CHAPITRE 4

LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

2 - LES OBLIGATIONS LIEES AU RESPECT DU PATIENT

<i>Article 112 – Le devoir de bienveillance.....</i>	.....
<i>Article 113 – Le devoir d'accueil et d'information.....</i>	.....
<i>Article 114 – Le respect du secret professionnel.....</i>	.....
<i>Article 115 – L'obligation de discrétion professionnelle.....</i>	.....
<i>Article 116 – Le devoir de réserve .....</i>	.....
<i>Article 117 – Le respect de la liberté de conscience et d'opinion.....</i>	.....
<i>Article 118 – Le respect du libre choix .....</i>	.....
<i>Article 119 – Le respect de la dignité.....</i>	.....
<i>Article 120 – Le respect de l'intimité.....</i>	.....



Article 112 – Les principes généraux relatifs à la déontologie et aux obligations du personnel

Aux termes de l'article 25 de la loi n°83-364 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, modifié par l'article 1er de la loi n°2016-483 du 20 avril 2016, relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires :

Le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité.

Dans l'exercice de ses fonctions, il est tenu à l'obligation de neutralité.

Le fonctionnaire exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses.

Le fonctionnaire traite de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et leur dignité.

Il appartient à tout chef de service de veiller au respect de ces principes dans les services placés sous son autorité. Tout chef de service peut préciser, après avis des représentants du personnel, les principes déontologiques applicables aux agents placés sous son autorité, en les adaptant aux missions du service.

Dans le cadre du présent règlement intérieur, ces principes s'appliquent à l'ensemble du personnel du CHU (médical, soignant, médico-technique, technique, administratif...), quel que soit son statut (fonctionnaire ou non).

Article 113 – Le devoir de bientraitance

La bientraitance, entendue comme culture du respect de la personne soignée et de sa dignité, est une valeur fondamentale du CHU de Reims, qui inspire les actions individuelles et les relations collectives au sein de l'établissement et vise à garantir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.

Les personnels du CHU, sans distinction de grade ou de fonction, mettent tout en œuvre pour garantir le respect des droits de la personne soignée et assurer au mieux le confort physique et moral des usagers dont ils ont la charge. Ils concourent au climat de sécurité et de calme indispensable et participent à la lutte contre le bruit, particulièrement dans les services d'hospitalisation.

Article 114 – Le devoir d'accueil et d'information

Le personnel de l'établissement est formé à l'accueil des usagers. Il répond aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement (secret professionnel, etc...) et donne aux patients et à leurs proches, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les enseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles. En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical telles que diagnostic et évolution de la maladie ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres infirmiers (cf. articles 62 à 64 du règlement intérieur).

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



Le personnel veille à ce que chaque personne hospitalisée reçoive, dès son arrivée dans l'établissement, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé. Il invite les patients à compléter le questionnaire de sortie annexé au livret d'accueil et à le déposer au moment de sa sortie (cf. article 44 du règlement intérieur)

Par ailleurs, le personnel délivre une information écrite et orale à la personne admise ou hébergée, ou à son représentant légal, concernant le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement (sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, moyens de règlement ou des objets de valeur, bijoux...), en lui recommandant de ne conserver auprès d'elle que des objets de faible valeur (cf. article 45-1 du règlement intérieur)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé participant à la prise en charge du patient dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (cf. article 58 du règlement intérieur).

Toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : articles L.1111-2 à L.1111-3 ; L.1112-2 ; L.1113-1 ; R.1112-41 ; R.1112-42 ; R.1113-1

Article 115 – Le respect du secret professionnel

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

Le secret professionnel couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance de tout membre du personnel de l'établissement et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'établissement. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels et bénévoles intervenant dans le système de santé.

Le Code de déontologie médicale précise que le couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Au plan pénal , la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende. Ces dispositions ne s'appliquent pas dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Ainsi, le médecin est obligé :

- de déclarer les naissances ;
- de déclarer les décès ;
- de déclarer les maladies contagieuses et les infections sexuellement transmissibles dont la liste est fixée par décret ;
- d'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques ;
- d'établir pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats décrivant les lésions et leurs conséquences ;
- de fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite ;
- de transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, ainsi qu'au fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'accidents médicaux, d'exposition à l'amiante,...
- de communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires ;
- de communiquer au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité de l'établissement.



En outre, les dispositions pénales ne sont pas applicables :

- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République ou du Président du Conseil Départemental (Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être), les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
- aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

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

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

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

Le questionnement du patient pratiqué, tant par le personnel médical que paramédical ou administratif, doit se dérouler dans des conditions de confidentialité.

L'examen clinique peut, avec l'accord du patient, se dérouler en présence de plusieurs personnes (élèves et étudiants médecins ou non-médecins en cours de formation) qui sont tenues de respecter le secret de ce qu'elles ont vu et entendu. Il est de la responsabilité des chefs de pôle et des responsables d'unités de faire respecter cette règle au quotidien.

Textes de référence :

Code la Santé Publique : articles L 1110-4 ; L.1413-4 ; L.1413-5 ; L.2132-2; L.3212-1 ; L.3213-1 ; L.3113-1 ; L.3413-2 ; R.4127-4

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 26)

Code Civil : articles 56 ; 80

Code Pénal : articles 226-13 et 14 ; 434-1 et 434-11

Code de Procédure Pénale : article. 40

Code de Déontologie Médicale : article. 44

Code de la Sécurité Sociale : articles L441-6 ; L.461-5 ; L.461.6

Code de l'Action sociale : article L.226-3

Article 116 – L'obligation de discrétion professionnelle

En sus des règles relatives au secret professionnel, l'ensemble du personnel hospitalier est tenu par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Cette obligation s'applique à l'égard des usagers, mais aussi entre agents publics, à l'égard de collègues qui n'ont pas, du fait de leurs fonctions, à connaître les informations en cause.

Les membres des instances de l'établissement (Conseil de surveillance, Commission médicale d'établissement, Comité technique d'établissement, Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, Commissions administratives paritaires, etc...), ainsi que les personnes invitées par ces instances, sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.



En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les agents ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de la Directrice Générale.

Texte de référence :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 26)

Article 117 – Le devoir de réserve

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

Cette obligation ne concerne pas le contenu des opinions (la liberté de conscience et d'opinion est reconnue aux agents publics) mais leur mode d'expression. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les usagers ou les autres membres du personnel. Le droit de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

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

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

Article 118 – Le respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience, de croyance et d'opinion des usagers doit être rigoureusement respectée par le personnel de l'établissement, qui s'abstiendra d'exercer toute propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, sur les patients et leurs proches.

Tout agent public a un devoir strict de neutralité. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait, pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.

Il appartient aux responsables des services de l'établissement de faire respecter l'application du principe de laïcité dans ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents de l'établissement, dans le respect des règles énoncées ci-dessus.

Texte de référence :

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.

Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.

Article 119 – Le respect du libre choix

Le libre choix des patients et des familles doit être respecté par le personnel, notamment en ce qui concerne :

- le praticien et l'établissement de santé (cf. article 31 du règlement intérieur)
- le régime d'hospitalisation (régime commun ou régime particulier ; cf. article 37 du règlement) ;



- le secteur public ou le secteur libéral (cf. article 40 du règlement);
- l'entreprise de transport sanitaire pour le retour à domicile (cf. article 89 du règlement) ;
- l'entreprise funéraire (cf. article 104 du règlement) ;
- les fournisseurs d'appareillage et de dispositifs médicaux ;
- les prestataires d'aides et de services à la personne.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : article L.1110-8

Circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative aux transports de patients

Article 120 – Le respect de la dignité

La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à sa dignité et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie et jusqu'après sa mort.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. De manière générale, l'ensemble du personnel participant à la prise en charge du patient doit veiller au respect de sa dignité.

Ainsi, toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Le personnel médical et soignant doit s'assurer que la douleur soit en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Toute personne a le droit de recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé et de bénéficier des thérapeutiques les plus efficaces et sûres au regard des connaissances médicales avérées.

Toutefois, ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en lui dispensant les soins palliatifs adaptés, de nature à soulager sa douleur et apaiser sa souffrance psychique.

Textes de référence :

Code civil : article 16

Code de la Santé publique : articles L.1110-2 ; 1110-5 ; L.1110-10 ; L1112-4 ; R.4127-2

Article 121 – Le respect de l'intimité

L'intimité du patient doit être préservée par le personnel tout au long du séjour et notamment lors des soins, des toilettes, des consultations et des transports.

Les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux qui conduisent à un examen du patient en présence d'élèves ou d'étudiants nécessitent le consentement préalable du patient.

Par ailleurs, le personnel veillera au respect de la chambre du malade, assimilée à son domicile (arrêt de la Cour d'appel de Paris du 17 mars 1986) et dont l'accès doit être autorisé par le patient ou le résident. Aussi est-il recommandé de frapper à la porte de la chambre avant d'entrer.

Le personnel refusera l'accès des journalistes, photographes, démarcheurs et représentants aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par la Directrice Générale.

Enfin, le personnel doit respecter la demande exprimée par le patient :

- qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement ;
- qu'aucune information ne soit donnée sur son état de santé ;
- que certaines personnes désignées par lui ne soient pas autorisées à le voir.



CHAPITRE 4

LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

3 - LES REGLES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

- Article 122 – L'assiduité et la ponctualité
- Article 123 – L'exigence d'une tenue correcte
- Article 124 – La prévention des conduites addictives
- Article 125 – L'identification des agents
- Article 126 – L'interdiction d'exercer une activité lucrative
- Article 127 – L'obligation de prévenir ou de faire cesser les situations de conflit d'intérêts
- Article 128 – L'obligation de désintéressement
- Article 129 – L'interdiction de recevoir des avantages en nature ou en espèces
- Article 130 – L'exécution des instructions reçues
- Article 131 – L'information du supérieur hiérarchique
- Article 132 – Les relations avec les médias
- Article 133 – L'audition par la justice, la police ou la gendarmerie
- Article 134 – L'obligation de signalement des incidents et événements indésirables
- Article 135 – Le respect des règles d'hygiène et de sécurité
- Article 136 – L'obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés
- Article 137 – L'obligation de formation
- Article 138 – Le respect de la charte informatique
- Article 139 – L'usage des outils de communication personnels sur le lieu de travail
- Article 140 – Le respect de la charte graphique
- Article 141 – Le respect d'hôpital sans tabac
- Article 142 – Le bon usage des biens de l'établissement
- Article 143 – L'affichage dans l'établissement
- Article 144 – Les effets et biens personnels



Article 122 – L’assiduité et la ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du CHU et qui conditionnent l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants. Il doit respecter ses horaires de travail établis en application des dispositions réglementaires et fixés par tableaux de services (cf. article 107 du règlement intérieur).

Article 123 – L'exigence d'une tenue correcte

Une tenue correcte au niveau du port vestimentaire et du langage s'impose à l'ensemble du personnel, car elle participe au respect dû aux usagers ainsi qu'aux collègues de travail.

Ainsi, le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits. De même les propos véhéments ou les éclats de voix entre agents de l'établissement sont à éviter, particulièrement en présence du public, car ils portent préjudice à l'image de l'établissement et à l'ambiance de travail.

Article 124 – La prévention des conduites addictives

⇒ L'interdiction de la consommation de substances psychoactives

L'établissement est tenu d'une double obligation de sécurité, envers les usagers et envers ses agents, Il prend « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (article L4121-1 du code du travail). Si l'établissement manque à son obligation de sécurité, il peut être poursuivi en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Sa responsabilité pénale peut également être engagée en cas, notamment, de mise en danger d'autrui (blessures ou homicides involontaires). L'établissement est, par ailleurs, responsable des dommages que ses agents peuvent causer aux usagers (article 1384 du Code civil).

C'est pourquoi, les conséquences de la consommation, même occasionnelle, de substances psychoactives (boissons alcoolisées et/ou de produits stupéfiants) par les agents sur le lieu de travail font l'objet d'une évaluation des risques et de mesures de prévention adaptées, notamment dans le cadre du document unique du CHU de Reims.

Compte tenu des risques particulièrement élevés de provoquer des dommages graves et irréversibles aux usagers, particulièrement en matière de soins, de brancardage et de transport des patients ou de manipulation de produits chimiques, biologiques ou autres produits dangereux, la consommation de boissons alcoolisées et/ou de toute autre substance psychoactive non prescrite médicalement est interdite sur le lieu de travail.

Il est également interdit d'introduire des boissons alcoolisées ou des produits psychoactifs (drogues...) sur le lieu de travail.

Tous les agents de l'établissement intervenant au niveau des soins et des examens pratiqués sur les malades et notamment le personnel médical, soignant et médico-technique, ainsi que tous les agents intervenant au niveau du brancardage des patients ou de la conduite de véhicules de transport sont considérés comme occupant des postes de « sûreté et de sécurité », c'est-à-dire de postes de travail où « une défaillance humaine, ou même un simple défaut de vigilance peut entraîner des conséquences graves pour soi-même ou pour autrui ».

Pour mémoire, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants sont réprimés pénalement (article 222-37 du code pénal).

L'article L.342-1 code de la santé publique dispose que « l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.



Les personnes coupables de ce délit encourent également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal.

Si l'infraction est commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 Euros d'amende. »

⇒ **La conduite à tenir en cas d'ébriété d'un agent**

Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse (article R4228-21 du code du travail).

Quand un agent se trouve dans un état d'ébriété manifeste, tout collègue constatant cet état en informe immédiatement l'encadrement dans les délais les plus brefs et, en cas d'inconscience de l'intéressé, prend les mesures de protection adaptées et alerte les secours internes. Dans cette situation, le supérieur hiérarchique en informe le Directeur de site ou le Directeur de garde et effectue, à titre préventif, un retrait immédiat de l'agent en état d'ébriété de son poste de travail.

Un contrôle d'alcoolémie sera effectué sur l'agent concerné. En effet, l'air expiré n'est pas considéré comme un échantillon biologique. Par conséquent, un éthylotest peut être réalisé par l'employeur, conformément à la jurisprudence (voir notamment les arrêts de la Cour de Cassation, Chambre sociale, des 22 mai 2002 – n°99-45878 ; 24 février 2004 – n°01-47000 ; 31 mars 2015 – n°13-25.436),

Il fera fait appel au médecin du travail, afin que celui-ci voie l'agent pour, d'une part, procéder aux constatations médicales propres à son état et, le cas échéant, mettre en place un dispositif de suivi et d'accompagnement et, d'autre part, conseiller l'encadrement sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'intéressé. En effet, en dehors des examens médicaux d'embauche ou périodiques, l'employeur peut demander au médecin du travail un nouvel examen médical pour vérifier l'aptitude du travailleur (article R4624-14 du code du travail).

Une fouille du vestiaire et/ou, le cas échéant, du bureau de l'agent pourra être réalisée, à des fins exclusives de sécurité, en présence de l'agent et d'un témoin, qui peut être un représentant du personnel.

L'agent en état d'ébriété est invité à regagner son domicile, en lui interdisant de prendre le volant de sa voiture et en s'assurant que le comportement de l'agent n'est pas susceptible d'entraîner un risque pour lui-même ou pour autrui. En cas de risque potentiel, un accompagnement de l'agent sera organisé, soit en lien avec sa famille, soit par un ou deux agents de l'établissement.

En cas de difficultés, ou de refus de l'agent, la police sera prévenue.

Un rapport est ensuite établi par le supérieur hiérarchique de l'agent concerné et adressé à la Direction.

⇒ **La conduite à tenir en cas d'état manifestement incompatible avec l'exercice des fonctions**

Quand un agent se trouve dans un état manifestement incompatible avec l'exercice de ses fonctions (conduite addictive manifeste ; propos incohérents ...), tout collègue constatant cet état en informe immédiatement l'encadrement dans les délais les plus brefs et, en cas d'inconscience de l'intéressé prend les mesures de protection adaptées et alerte les secours internes.

Le supérieur hiérarchique de l'agent concerné lui rappelle ses obligations professionnelles, en centrant ses propos sur la sécurité. Il prévient le Directeur de site ou le Directeur de garde et effectue, à titre préventif, un retrait immédiat de l'agent de son poste de travail.



Il fait appel au médecin du travail, afin que celui-ci voie l'agent pour procéder aux constatations médicales propres à son état et prescrive, s'il l'estime nécessaire, un test de dépistage médical de drogues. Ce dépistage se fait en prélevant un échantillon biologique. Il constitue un examen de biologie médicale relevant de la compétence d'un biologiste et devra être effectué par le laboratoire de biologie du CHU.

Le médecin du travail pourra également mettre en place un dispositif de suivi et d'accompagnement et conseiller l'encadrement sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'intéressé.

Une fouille du vestiaire de l'agent pourra être réalisée, à des fins exclusives de sécurité, en présence de l'agent et d'un témoin, qui peut être un représentant du personnel. Les éventuels produits suspects seront confisqués et remis aux autorités judiciaires sans possibilité d'en identifier nominativement la provenance (sans indiquer l'identité de l'agent).

L'agent est invité à regagner son domicile, en lui interdisant de prendre le volant de sa voiture et en s'assurant que le comportement de l'agent n'est pas susceptible d'entraîner un risque pour lui-même ou pour autrui. En cas de risque potentiel, un accompagnement de l'agent sera organisé, soit en lien avec sa famille, soit par un ou deux agents de l'établissement.

En cas de difficultés, la police sera prévenue.

Un rapport est ensuite établi par le supérieur hiérarchique de l'agent concerné et adressé à la Direction.

Sur la base des faits établis, la direction est en droit de donner une suite disciplinaire aux situations évoquées ci-dessus. En effet, au vu de la jurisprudence, l'agent en état d'ivresse publique et manifeste et/ou sous l'emprise de produits stupéfiants pendant son temps de travail, commet une faute personnelle détachable du service.

⇒ Les tests salivaires de dépistage réalisés à titre préventif et de manière aléatoire

Conformément à la jurisprudence (CE, 5 décembre 2016, Société Sogea Sud req. n°394178), les tests salivaires de dépistage peuvent être effectués à titre préventif et de manière aléatoire pour tous les personnels particulièrement exposés.

Si ces tests peuvent être réalisés et interprétés par tout le personnel d'encadrement, même s'il ne s'agit pas d'un professionnel de santé, un test salivaire positif justifie que l'agent concerné soit éloigné des activités à risque à titre conservatoire et orienté sans délai vers la médecine préventive afin que cette dernière confirme ou infirme l'aptitude physique de l'intéressé.

En cas de refus de l'agent de se soumettre à des vérifications complémentaires ou au vu des résultats de ces dernières, des mesures pourront être mises en œuvre.

Textes de référence :

Code du travail : articles L.4121-1 ; R.4228-20 ; R.4228-21 ; R4624-17

Code civil : article 1384

Code pénal : articles 131-35-1 ; 222-37 ; 223-6

Code de la santé publique : articles L3421-1 ; L6211-1 ; L6211-7 ; R3511-1

Code de la route : articles L235-1 et R234-1

Article 125 – L'identification des agents

Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. L'identification des professionnels du CHU de Reims se fait grâce à un badge apposé sur la tenue professionnelle, mentionnant leur nom et leur fonction, avec un code couleur décrit dans le livret d'accueil du patient.

Dans les locaux administratifs, les noms des agents et leurs fonctions sont affichés à l'entrée des bureaux.

Texte de référence :



Code de la Santé : article R.1112-42

Article 126 – L'interdiction d'exercer une activité lucrative et ses dérogations

La loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 crée des dispositions nouvelles, dont les conditions d'application sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'article 7 de la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 crée un article 25 septies après l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, rédigé comme suit :

- I - Le fonctionnaire consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sous réserve des II à V du présent article.

Il est interdit au fonctionnaire :

- 1° De créer ou de reprendre une entreprise lorsque celle-ci donne lieu à immatriculation au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou à affiliation au régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale, s'il occupe un emploi à temps complet et qu'il exerce ses fonctions à temps plein ;
- 2° De participer aux organes de direction de sociétés ou d'associations à but lucratif ;
- 3° De donner des consultations, de procéder à des expertises ou de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ne relevant pas du secteur concurrentiel ;
- 4° De prendre ou de détenir, directement ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre son indépendance ;
- 5° De cumuler un emploi permanent à temps complet avec un ou plusieurs autres emplois permanents à temps complet.

- II - Il est dérogé à l'interdiction d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative :

- 1° Lorsque le dirigeant d'une société ou d'une association à but lucratif, lauréat d'un concours ou recruté en qualité d'agent contractuel de droit public, continue à exercer son activité privée pendant une durée d'un an, renouvelable une fois, à compter de son recrutement ;
- 2° Lorsque le fonctionnaire, ou l'agent dont le contrat est soumis au code du travail en application des articles 34 et 35 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, occupe un emploi permanent à temps non complet ou incomplet pour lequel la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail.

La dérogation fait l'objet d'une déclaration à l'autorité hiérarchique dont l'intéressé relève pour l'exercice de ses fonctions.

- III - Le fonctionnaire qui occupe un emploi à temps complet peut, à sa demande, être autorisé par l'autorité hiérarchique dont il relève à accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise et à exercer, à ce titre, une activité privée lucrative.

L'autorisation d'accomplir un service à temps partiel, qui ne peut être inférieure au mi-temps, est accordée, sous réserve des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service et compte tenu des possibilités d'aménagement de l'organisation du travail, pour une durée maximale de deux ans, renouvelable pour une durée d'un an, à compter de la création ou de la reprise de cette entreprise.

Une nouvelle autorisation d'accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise ne peut être accordée moins de trois ans après la fin d'un service à temps partiel pour la création ou la reprise d'une entreprise.



La demande d'autorisation prévue aux deuxième et troisième alinéas du présent III est soumise au préalable à l'examen de la commission mentionnée à l'article 25 octies de la présente loi, dans les conditions prévues aux II, V et VI du même article.

- IV. - Le fonctionnaire peut être autorisé par l'autorité hiérarchique dont il relève à exercer à titre accessoire une activité, lucrative ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui lui sont confiées et n'affecte pas leur exercice. Par dérogation au 1° du I du présent article, ces activités peuvent être exercées sous le régime prévu à l'article L.133-6-8 du code de la sécurité sociale.

Il peut notamment être recruté comme enseignant associé en application de l'article L.952-1 du code de l'éducation.

- V. - La production des œuvres de l'esprit, au sens des articles L. 112-1, L. 112-2 et L. 112-3 du code de la propriété intellectuelle, s'exerce librement, dans le respect des dispositions relatives au droit d'auteur des agents publics et sous réserve de l'article 26 de la présente loi.

Les membres du personnel enseignant, technique ou scientifique des établissements d'enseignement et les personnes pratiquant des activités à caractère artistique peuvent exercer les professions libérales qui découlent de la nature de leurs fonctions.

- VI - Sans préjudice de l'engagement de poursuites disciplinaires, la violation du présent article donne lieu au reversement des sommes perçues au titre des activités interdites, par voie de retenue sur le traitement.

- VII.- Les conditions d'application du présent article, notamment la liste des activités susceptibles d'être exercées à titre accessoire en application du IV, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Cet article 25 septies est applicable aux praticiens hospitaliers mentionnés aux 1 à 4 de l'article L6152-1 du Code de la santé publique. Par ailleurs, les textes d'application préciseront les conditions dans lesquelles ces personnels peuvent consacrer une partie de leur temps de service à la réalisation d'expertises ordonnées par un magistrat en application du code de procédure pénale.

Enfin, l'activité libérale des praticiens hospitaliers sous forme de consultations, d'actes et/ou de soins en hospitalisation peut être autorisée par contrat, à la triple condition que le praticien exerce personnellement 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 et 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 (cf. article 40 du règlement intérieur).

Textes de référence :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires (article 25 septies)

Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié par le décret 2011-82 du 20 janvier 2011 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires (article 7 insérant un article 25 septies après l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires).

Code de la santé publique : article L6152-4.

Article 127 - L'obligation de prévenir ou de faire cesser les situations de conflit d'intérêts

Le fonctionnaire veille à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.



Au sens de la loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions.

A cette fin, le fonctionnaire qui estime se trouver dans une situation de conflit d'intérêts :

- 1° Lorsqu'il est placé dans une position hiérarchique, saisit son supérieur hiérarchique ; ce dernier, à la suite de la saisine ou de sa propre initiative, confie, le cas échéant, le traitement du dossier ou l'élaboration de la décision à une autre personne ;
- 2° Lorsqu'il a reçu une délégation de signature, s'abstient d'en user ;
- 3° Lorsqu'il appartient à une instance collégiale, s'abstient d'y siéger ou, le cas échéant, de délibérer ;
- 4° Lorsqu'il exerce des fonctions juridictionnelles, est suppléé selon les règles propres à sa juridiction;
- 5° Lorsqu'il exerce des compétences qui lui ont été dévolues en propre, est suppléé par tout délégataire, auquel il s'abstient d'adresser des instructions.

La nomination dans l'un des emplois dont le niveau hiérarchique ou la nature des fonctions le justifient, mentionné sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat, est conditionnée à la transmission préalable par le fonctionnaire d'une déclaration exhaustive, exacte et sincère de ses intérêts à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Lorsque l'autorité hiérarchique constate que le fonctionnaire se trouve dans une situation de conflit d'intérêts, au sens du I de l'article 25 bis, elle prend les mesures nécessaires pour y mettre fin ou enjoint au fonctionnaire de faire cesser cette situation dans un délai qu'elle détermine.

Lorsque l'autorité hiérarchique ne s'estime pas en mesure d'apprécier si le fonctionnaire se trouve en situation de conflit d'intérêts, elle transmet la déclaration d'intérêts de l'intéressé à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP). Celle-ci apprécie, dans un délai de deux mois à compter de la réception de la déclaration, si le fonctionnaire dont la déclaration d'intérêts lui est transmise se trouve dans une situation de conflit d'intérêts.

Dans le cas où la HATVP constate que le fonctionnaire se trouve en situation de conflit d'intérêts, elle adresse une recommandation à l'autorité hiérarchique. Cette dernière prend les mesures nécessaires pour mettre fin à cette situation ou enjoint au fonctionnaire de faire cesser cette situation dans un délai qu'elle détermine.

Dans les autres cas, la Haute Autorité informe l'autorité hiérarchique et le fonctionnaire concerné que la situation n'appelle aucune observation.

Une commission de déontologie de la fonction publique est placée auprès du Premier ministre pour apprécier le respect des principes déontologiques inhérents à l'exercice d'une fonction publique.

La commission est chargée d'examiner la compatibilité du projet de création ou de reprise d'une entreprise par un fonctionnaire sur le fondement du III de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983, avec les fonctions qu'il exerce (cf supra, article du RI sur l'interdiction d'exercer une activité lucrative).

Le fonctionnaire cessant définitivement ou temporairement ses fonctions ou, le cas échéant, l'autorité dont il relève dans son corps ou dans son cadre d'emploi d'origine saisit à titre préalable la commission afin d'apprécier la compatibilité de toute activité lucrative, salariée ou non, dans une entreprise privée ou un organisme de droit privé, ou de toute activité libérale, avec les fonctions exercées au cours des trois années précédant le début de cette activité.

La commission apprécie si l'activité qu'exerce ou que projette d'exercer le fonctionnaire risque de compromettre ou de mettre en cause le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service, de méconnaître tout principe déontologique mentionné à l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983, ou de placer l'intéressé en situation de commettre l'infraction prévue à l'article 432-13 du code pénal.

La commission rend, dans un délai de deux mois à compter de sa saisine, un avis :

- 1° De compatibilité ;



- 2° De compatibilité avec réserves, celles-ci étant prononcées pour une durée de deux ans lorsque l'avis est rendu en application du II et de trois ans suivant la cessation des fonctions lorsque l'avis est rendu en application du III ;
- 3° D'incompatibilité.

Les avis rendus au titre des 2° et 3° lient l'administration et s'imposent à l'agent.

Toutes ces dispositions (articles 11, 25 septies et 25 octies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires) sont applicables aux praticiens hospitaliers mentionnés aux 1 à 4 de l'article L6152-1 du Code de la santé publique.

Textes de référence :

Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires (article 2 et 5 insérant les articles 25 bis à 25 sexies et article 10 créant un article 25 octies après l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires)

Code de la santé publique : article L6152-4

Article 128 – L'obligation de désintéressement

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CHU de Reims, de nature à compromettre leur indépendance. Il est également interdit à tout agent du CHU de participer, même à titre non lucratif, aux organes de direction de sociétés ou d'associations qui n'ont pas la qualité d'œuvres sans but lucratif présentant un caractère social ou philanthropique et dont la gestion est désintéressée.

Si un agent a un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une entreprise en relation avec l'établissement, et qu'il participe au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de le mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'il est impliqué dans une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise, il doit en informer la direction pour lui permettre de prévenir tout conflit d'intérêts.

Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de faire connaître ces liens au public lorsqu'ils s'expriment sur lesdits produits lors d'une manifestation publique, d'un enseignement universitaire ou d'une action de formation continue ou d'éducation thérapeutique, dans la presse écrite ou audiovisuelle ou par toute publication écrite ou en ligne. Les conditions d'application sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Les manquements à ces règles sont punis de sanctions prononcées par l'Ordre professionnel compétent.

Textes de référence :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 25)

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé » (article 115)

Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié par le décret 2011-82 du 20 janvier 2011 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat

Code de la Santé Publique : article L.4113-13

Article 129 – L'interdiction de recevoir des avantages en nature ou en espèces

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les malades ou leurs proches, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt (cf. article 45.2 sur la réglementation des dépôts).

Il est interdit au personnel de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit et de manière directe ou indirecte, de la part d'entreprises qui assurent des



prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Toutefois, cette interdiction ne s'applique pas aux avantages prévus par conventions passées entre les membres des professions médicales et des entreprises, dès lors que ces conventions ont pour objet explicite et but réel des activités de recherche ou d'évaluation scientifique, qu'elles sont, avant leur mise en application, soumises pour avis au Conseil départemental de l'Ordre compétent et notifiées, lorsque les activités de recherche ou d'évaluation sont effectuées, même partiellement, dans l'établissement, à la Directrice Générale du CHU, et que les rémunérations ne sont pas calculées de manière proportionnelle au nombre de prestations ou produits prescrits, commercialisés ou assurés. Il ne s'applique pas également aux avantages prévus par conventions passées entre des étudiants se destinant aux professions médicales et des entreprises lorsque ces conventions ont pour objet des activités de recherche dans le cadre de la préparation d'un diplôme.

De manière générale, et sauf dérogation légale, il est interdit au personnel de l'établissement de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, de la part de fournisseurs de biens ou de services du CHU.

Le Code pénal punit de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 Euros d'amende le fait, par une personne chargée d'une mission de service public, de solliciter ou d'agréer, sans droit, à tout moment, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour elle-même ou pour autrui, soit pour accomplir ou s'abstenir d'accomplir un acte de sa fonction, soit pour abuser de son influence réelle ou supposée en vue de faire obtenir d'une autorité ou d'une administration publique des marchés ou toute autre décision favorable.

Textes de référence :

Code de la Santé : articles L.4113-6 ; R.1112-51
Code pénal : article 432-11.

Article 130 – L'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 dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés

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

Le refus d'obéissance constitue une faute professionnelle.

Texte de référence :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 28)

Article 131 – L'information du supérieur hiérarchique

Tout agent de l'établissement doit informer dans les meilleurs délais son supérieur hiérarchique des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer son service planifié, ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Les agents chargés de conduire un véhicule de l'établissement doivent immédiatement informer leur supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont ils pourraient être l'objet.



Article 132 – Les relations avec les médias

Le personnel peut être confronté à des demandes émanant des médias (presse écrite, audiovisuelle...). Plusieurs situations peuvent se présenter :

- 1° Un praticien de l'établissement ou un autre agent est sollicité à titre personnel sur un sujet dont il est spécialiste et dont l'objet est a priori sans conséquences, ni pour les patients, ni pour l'institution. A titre d'exemple, il peut s'agir d'une interview donnée par un praticien lors d'un congrès sur un sujet médical dont il est spécialiste. Dans ce cas, il est libre de répondre aux médias en assumant ses responsabilités. L'agent a toutefois un devoir de réserve concernant les activités de l'établissement.
- 2° Le praticien ou tout autre agent est sollicité pour la réalisation d'un reportage concernant un ou plusieurs patients. Il convient de rappeler que les patients ont droit au respect de leur vie privée et que la chambre du malade hospitalisé est assimilée à son domicile (cf. article 29 du règlement intérieur). L'accès des journalistes, photographes et cameramen ne peut se faire qu'après l'accord du ou des patients, du praticien responsable du pôle ou de l'unité et l'autorisation écrite donnée par la Directrice Générale.

Pour mémoire, le Code Pénal punit d'un an d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende le fait, au moyen d'un procédé quelconque, volontairement de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui, en captant, enregistrant ou transmettant, sans le consentement de leur auteur, des paroles prononcées à titre privé ou confidentiel et/ou en fixant, enregistrant ou transmettant, sans le consentement de celle-ci, l'image d'une personne se trouvant dans un lieu privé.

Par ailleurs, la Directrice Générale garde un contrôle sur les événements médiatiques dans l'enceinte du CHU, car elle garante de la sécurité et de la tranquillité de l'ensemble des malades.

Le médecin est le gardien du secret médical qui appartient à son patient. Il doit aussi l'informer le patient des possibilités de préserver son identité, s'il le souhaite.

- 3° Le praticien ou tout autre agent est sollicité pour donner des informations pouvant engager l'institution, comme par exemple en « situation de crise » (accident mortel, suicide, dysfonctionnements dans un service, incident technique, conflits entre personnels,...). Dans ces situations, il convient de ne pas répondre aux sollicitations, d'inviter les journalistes à s'adresser à la Direction générale et d'en informer aussitôt la Directrice Générale. Cette dernière, en sa qualité de représentante légale de l'établissement est seule habilitée à communiquer, en concertation avec les pouvoirs publics, si nécessaire. Elle peut prendre toutes mesures qu'elle estime utiles, comme réunir une cellule de crise ad hoc, ou un Directoire extraordinaire, afin de mettre en place le dispositif de communication le plus adapté.

Cependant, comme indiqué à l'article 117 du règlement, le devoir de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

Textes de référence :

Code Civil : article 9

Code Pénal : articles 226-1 ; 226-2

Article 133 – L'audition par la justice, la police ou la gendarmerie

Tout agent appelé à être entendu par la justice ou les autorités de police ou de gendarmerie sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement de l'établissement, doit en prévenir la Directrice Générale ou son représentant, conformément à la procédure en vigueur.

Article 134 – L'obligation de signalement des incidents et événements indésirables



Tout agent de l'établissement qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament (y compris en cas de surdosage, de mésusage, d'abus et d'erreur médicamenteuse), d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée (pharmacovigilance, hématovigilance et matériovigilance), selon les procédures en vigueur.

Lorsqu'une personne habilitée à prescrire, dispenser ou administrer des médicaments constate un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament dérivé du sang, elle en fait la déclaration immédiate, même si elle n'a pas personnellement prescrit, dispensé ou administré le médicament en cause.

Les utilisateurs d'un dispositif et les tiers ayant connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers doivent le signaler sans délai à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Au cas où un agent relève un risque ou un événement indésirable (EI) lié :

- à la prise en charge du patient (organisation et coordination des soins, identification du patient, prise en charge médicale, paramédicale ou administrative, prise en charge thérapeutique du patient : médicaments et dispositifs médicaux ; examens de laboratoire ou d'imagerie...),
- aux prestations hôtelières (hygiène des locaux, repas, linge, nuisances : eau, air, bruit...)
- aux prestations techniques, logistiques et de sécurité (chute et risques de chute, sécurité incendie, gestion des déchets, panne électrique, problème de maintenance...)

il le signale au moyen d'une fiche (FEI) qu'il remplit en ligne sur le site intranet du CHU.

La Direction Qualité et Gestion des Risques assure le recueil, le suivi, le traitement et l'analyse des fiches de signalement d'événements indésirables. Elle intègre les actions issues des signalements d'événements indésirables au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (cf. article 14.4 du règlement intérieur).

En matière de risques liés aux rayonnements ionisants, les professionnels de santé participant au traitement ou au suivi de patients exposés à des fins médicales à des rayonnements ionisants, ayant connaissance d'un incident ou accident lié à cette exposition, en font la déclaration sans délai à l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) et au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Seuls les événements significatifs sont déclarés, en tenant compte des critères définis par l'ASN, tels que les conséquences, réelles ou potentielles, sur les travailleurs, le public, les patients ou l'environnement, les événements pouvant survenir en matière de radioprotection ou les principales causes techniques, humaines ou organisationnelles pouvant entraîner l'apparition d'un tel événement. En cas de survenue d'un événement jugé significatif, il convient de prévenir immédiatement le médecin radiologue responsable et le cadre de santé qui réaliseront la déclaration d'évènement.

En cas de maltraitance avérée ou suspectée de la part d'un soignant auprès d'un malade ou d'un résident, l'obligation est faite aux soignants d'agir en toute circonstance et de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger. Les faits de maltraitance observés par tout acteur (professionnel, stagiaire, bénévole, visiteur...) doivent faire l'objet d'une transmission orale et écrite au cadre de santé de l'unité ou au cadre de pôle, conformément à la procédure en vigueur.

Les actes de violence ou de malveillance survenus dans l'enceinte du CHU font l'objet d'un signalement spécifique. Les cadres de l'ensemble des services de l'établissement doivent signaler à la direction du site central tout acte de violence survenu au sein de l'établissement, quelle que soit la fonction des responsables de ces actes et des victimes. La Direction du site central est responsable de la déclaration à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). La Direction de la qualité-gestion des risques est responsable de l'analyse des actes de violence, en lien avec le CREX (Comité de Retour d'Expérience) de l'établissement.



L'agent alerte immédiatement son employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.) dispose également d'un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent. L'alerte déclenchée par un représentant du Comité doit être consignée par celui-ci dans un registre spécial ouvert à la Direction des ressources humaines. Elle doit également être signée et datée.

Textes de référence :

Code de la santé publique : articles L.1333-3 ; R 5121-151 ; R 5121-196 ; L 5212-2 ; R 5212-12 ; R.5212-14 à 18

Code du travail : Articles L.41311-1 à L.4131-3

Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010

Circulaire DHOS /P1/2005/327 du 11 juillet 2005

Courrier de la DGOS en date du 12 janvier 2012

Procédures et protocoles : PC-EN-002 Fiche de signalement d'un risque ou d'un événement indésirable ; GR-PR-010 Procédure accident médical grave ; HEMO-PT-001 Effet indésirable précoce transfusionnel ; PC-PR-058 Conduite à tenir en cas de maltraitance avérée ou suspectée de la part d'un soignant ; GR-PR-011 Signalement d'un acte de violence ou de malveillance survenu dans l'enceinte du CHU ; GR-PR-082 Déclaration des événements significatifs en neuroradiologie interventionnelle ; HYG-PR-036 Signalement des infections nosocomiales, etc...(voir dans la rubrique GED du site intranet du CHU).

Article 135 – Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les agents de l'établissement sont tenus d'appliquer les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent respecter les procédures et protocoles en vigueur.

Le port des tenues professionnelles fournies par l'établissement est obligatoire pendant le service. Il est interdit au personnel de certains secteurs protégés (bloc opératoire, radiologie interventionnelle, laboratoire...) de sortir de l'enceinte professionnelle avec la tenue spécifique. Pour des raisons d'hygiène, il est interdit de se rendre au restaurant du personnel en tenue de travail. La tenue de ville y est obligatoire et l'accès au restaurant pourra être refusé en cas de non-respect.

Les agents des services médicaux, chirurgicaux et médico-techniques ne doivent pas porter de montre, de bijoux, d'alliance, d'effets personnels (foulard, gilet...) pendant le service. Ils veilleront également à l'hygiène des mains, conformément aux recommandations de l'OMS et des protocoles en vigueur.

Afin d'assurer confort et hygiène au malade hospitalisé, le personnel veillera particulièrement à la qualité et à la sécurité en matière de soins, de locaux, de repas, de linge, de déchets, etc...

Un livret sur la lutte contre les infections nosocomiales et la diffusion des bactéries multi-résistantes, le bon usage des antibiotiques, les protocoles d'hygiène, la conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au sang, la prévention des risques infectieux, etc...a été réalisé par le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) du CHU de Reims. Ce « livret hygiène » est particulièrement destiné aux nouveaux arrivants.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (cf. article 10 du règlement intérieur) contribue à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises



extérieures. Il participe à l'amélioration des conditions de travail et veille au respect des prescriptions légales de son domaine de compétence.

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : Articles L.1110-1 ; R.4127-8

Procédures et protocoles : HYG-PT-131 Livret hygiène nouveaux arrivants ; EOH/FT 048 Tenue vestimentaire du personnel en milieu hospitalier ; HYG-PR-032 Hygiène des mains ; HYG-PT-070 Bionettoyage d'une chambre ; HYG-PT-002 Circuit du linge ; GLT-EN-001 Règlementation des déchets en milieu hospitalier, etc...(voir dans la rubrique GED du site intranet du CHU).

Article 136 – L'obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés

Les agents ne doivent pas conserver des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés par des patients ou qu'il aurait trouvé dans l'enceinte de l'établissement. Ils ont l'obligation de les déposer sans délai auprès du régisseur du site ou, en en dehors des heures d'ouvertures de la régie, dans un coffre destiné à cet usage (cf article 44 du règlement intérieur).

Textes de référence :

Code de la Santé Publique : Articles L.1113-1 ; R.1113-1 et 2

Procédure de prise en charge des biens des patients PC-PR-073.

Article 137 – L'obligation de formation

Le CHU de Reims veille à ce que tous ses personnels répondent aux obligations légales de formation notamment en matière de développement professionnel continu (DPC). Tous les professionnels de santé (médicaux, pharmaceutiques, odontologiques, paramédicaux...) sont concernés par l'obligation de participer à un programme de DPC. Ce dispositif associe l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances et de compétences et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (cf. article 151 du règlement intérieur)

Par ailleurs, l'ensemble du personnel est tenu de participer périodiquement aux séances de formation sur la sécurité incendie.

Textes de référence :

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 59)

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »

Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière et sa circulaire d'application du 22 juin 2009

Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.

Code de la Santé : articles L.4021-1 à L.4021-8 ; L.6113-2 ; R4133-2

Code du travail : Articles L.4121-1 ; R 4141-1 à R4141-3 ; R.4227-39

Article 138 – Le respect de la charte informatique

Toute personne autorisée par le CHU de Reims à utiliser ses ressources informatiques, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance afin d'accéder, via le réseau informatique du CHU, à tout service de communication ou de traitement électronique interne ou externe, est tenue de respecter la charte informatique de l'établissement annexée au présent règlement intérieur. Cette charte édicte un certain nombre de règles dont le rôle est d'assurer la sécurité et les performances



des traitements, ainsi que la préservation et la transmission des données dans le respect de la législation en vigueur, notamment en termes de confidentialité.

La Direction des Ressources Humaines tient cette charte à la disposition de toutes les personnes nouvellement recrutées par l'établissement au moment de la signature de leur contrat de travail.

Par ailleurs, la charte informatique reste à la disposition de tous les agents de l'établissement via une publication sur les sites Intranet et Internet du CHU de Reims.

Les utilisateurs s'engagent au respect des lois et règles relatives notamment :

- à la protection de la vie privée ;
- au respect de la propriété littéraire et artistique ;
- à l'interdiction de messages à caractère diffamatoire, injurieux, discriminatoire, politique, religieux, d'incitation à la violence et à la haine raciale, pornographique et contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs,
- à la confidentialité des données à caractère personnel et des données sensibles.

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, les logiciels et les locaux mis à leur disposition pour utiliser les ressources informatiques et d'en faire un usage strictement professionnel. Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel.

En cas de manquements aux règles de cette charte, la Directrice Générale du CHU de Reims ou son représentant, se réserve le droit de retirer tout ou partie de ses droits à l'utilisateur et ce, sans préavis. Les droits des utilisateurs prennent automatiquement fin lors de la cessation de l'activité professionnelle y afférent.

Textes de référence :

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite loi « Informatique et libertés » modifiée

Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD - Règlement (UE) 2016/679)

Direction Générale de l'Offre de Soins – programme Hôpital numérique – Fiche pratique 7 : charte type d'accès et d'usage du système d'information.

Charte relative au bon usage des ressources informatiques du Centre Hospitalier de Reims (cf en annexe).

Article 139 – L'usage des outils de communication personnels sur le lieu de travail

L'usage des outils de communication personnels (téléphones portables, tablettes informatiques...) est interdit à l'hôpital pendant le temps de travail, dans la mesure où :

- ils présentent des risques, notamment en matière de qualité et de sécurité des soins, mais également lors de la conduite d'un véhicule de l'établissement ou lors de l'utilisation de certains de ses équipements, machines ou outils, du fait de la déconcentration de l'agent ;
- ils constituent un risque d'infection nosocomiale, car porteurs de nombreux microbes ;
- ils peuvent troubler la bonne exécution de certaines fonctions et la qualité du service rendu au public (personnels des services d'admission, des secrétariats, du standard...)
- ils occasionnent une gêne pour les autres agents de l'établissement, particulièrement dans les locaux collectifs.



Toutefois, un usage personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est admis pendant les pauses et le temps du repas. Cet usage ne doit pas porter atteinte à l'image de l'établissement et ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

Texte de référence : Code du travail : Article L1321-3 (2°)

Article 140 – Le respect de la charte graphique

Le CHU de Reims est doté d'une charte graphique qui définit l'ensemble des règles fondamentales d'utilisation des signes graphiques qui constituent l'identité visuelle de l'établissement.

Le personnel veille au respect de cette identité dans l'exercice de ses fonctions et dans toute action de communication.

Article 141 – Le respect d'hôpital sans tabac

Le décret du 15 novembre 2006, interdit formellement de fumer dans tous les établissements de santé, ainsi que l'aménagement dans l'enceinte couverte, d'emplacements fumeurs. Cette interdiction s'applique à tous les locaux, sans exception (y compris les bureaux privatifs, etc...). Le CHU de Reims applique la charte Hôpital sans tabac. Par ailleurs, il est interdit de vapoter dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

L'établissement mène des actions de sensibilisation et de formation de tous les personnels pour les aider à mener leurs interventions auprès du public. Il met également en place un accompagnement global des agents souhaitant arrêter de fumer (information et prise en charge avec substituts nicotiniques si besoin...).

Textes de référence :

*Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé » (article 28)
Code de la Santé Publique : articles L3511-7-1 ; L3511-10 ; R1112-48 ; R1112-51 ; R3511-2 et 6
Décret 2006-1386 du 15 novembre 2006 sur les conditions d'application de l'interdiction de fumer ;
Circulaire n° DRH/SD3/2015/376 du 4 décembre 2015 relative à la mise en œuvre au sein des administrations du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 et à leur exemplarité.*

Article 142 – Le bon usage des biens de l'établissement

Le personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, équipements, matériels, véhicules, logiciels, effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'établissement.

Les dégradations volontaires ou causées par la négligence, ou le non-respect des consignes d'utilisation, engagent la responsabilité personnelle de l'agent concerné et le CHU pourra lui en demander la réparation pécuniaire.

Article 143 – L'affichage dans l'établissement

L'affichage obligatoire de certaines informations définies notamment par le Code du Travail et le Code de la Santé Publique se fait sur les panneaux spécialement prévus à cet effet (consignes de sécurité incendie, panneaux syndicaux, etc...).



L'affichage est autorisé au sein de l'établissement aux endroits autorisés par la Directrice Générale. Tout document affiché en dehors de ces emplacements dédiés ou sans rapport avec la nature de l'information autorisée sera immédiatement retiré.

L'affichage publicitaire est interdit au CHU de Reims.

Article 144 – Les effets et biens personnels

Le personnel peut subir des dommages liés ou non à l'exercice de ses fonctions.

Dans le cas d'un dommage subi au cours de l'exercice de ses fonctions, comme par exemple un bris de lunettes par un patient agité, l'agent informé doit en informer son cadre par écrit et, en cas de lien de causalité établi entre le dommage et l'exercice des fonctions, l'établissement peut être amené à indemniser l'agent.

Dans le cas d'un dommage subi dans l'enceinte de l'hôpital pendant les heures de service, comme un vol d'effets personnels dans les vestiaires ou les bureaux, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que sur le fondement d'une faute prouvée, la charge de cette preuve incombant à l'agent s'estimant victime du préjudice. Ainsi, l'établissement décline toute responsabilité pour les vols commis dans les vestiaires sécurisés des agents, avec mise à leur disposition d'une armoire personnelle fermant à clé, ou pour les dégradations subies par leur véhicule sur les parkings de l'établissement.



CHAPITRE 4

LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

4 - LES DROITS DES PERSONNELS

En contrepartie de leurs obligations, les personnels bénéficient de certains droits fondamentaux, parmi lesquels la liberté d'opinion, l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes, le droit à l'expression directe et collective, le droit de grève, le droit syndical, le droit à la protection, le droit à la formation et le droit d'accès au dossier administratif. D'autres droits, comme les droits à repos, à congés (annuels, de maladie, de longue maladie ou de longue durée, parental, pour maternité ou adoption, pour formation syndicale...), les autorisations spéciales d'absences, etc... ne seront pas traités dans le présent règlement intérieur.

Article 145 – La liberté d'opinion

Article 146 – L'égalité de traitement entre les femmes et les hommes

Article 147 – L'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés

Article 148 – Le droit syndical

Article 149 – Le droit de grève

Article 150 – Le droit à l'expression directe et collective

Article 151 – Le droit à la formation professionnelle

Article 152 – Le droit d'accès au dossier administratif

Article 153 – La protection des personnels

Article 153-1 La protection contre le harcèlement sexuel

Article 153-2 La protection contre le harcèlement moral

Article 153-3 La protection contre les menaces et violences

Article 153-4 La protection des lanceurs d'alerte

Article 153-4 La protection fonctionnelle



Article 145 – La liberté d'opinion

La liberté d'opinion, ainsi que la liberté de conscience, sont garanties à l'ensemble du personnel du CHU de Reims, qu'il s'agisse de fonctionnaires, de membres des professions médicales, pharmaceutiques et odontologiques, d'agents non titulaires de droit public (contractuels, vacataires...) ainsi qu'aux étudiants.

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

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

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- 1° Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés au deuxième alinéa du présent article ;
- 2° Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- 3° Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

La carrière des fonctionnaires candidats à un mandat électif ou élus au Parlement européen, à un conseil régional, général ou municipal, ou membres du Conseil économique, social et environnemental ne peut, en aucune manière, être affectée par les votes ou les opinions émis par les intéressés au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat.

De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

Texte de référence :

Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 (article 34) et article 5 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 ;

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 modifié par la loi n°2012-954 du 6 août 2012 et article 7 modifié par la loi organique n° 2010-704 du 28 juin 2010).

Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.

Article 146 – L'égalité de traitement entre les femmes et les hommes

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels de l'établissement, en raison de leur sexe.

Toutefois, les statuts de la fonction publique prévoient que des recrutements distincts pour les femmes ou les hommes puissent, exceptionnellement, être prévus lorsque l'appartenance à l'un ou à l'autre sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.



De même, des distinctions peuvent être faites entre les femmes et les hommes en vue de la désignation, par l'administration, des membres des jurys et des comités de sélection constitués pour le recrutement et l'avancement des fonctionnaires et de ses représentants au sein des organismes consultés sur les décisions individuelles relatives à la carrière des fonctionnaires et sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services, afin de concourir à une représentation équilibrée entre les femmes et les hommes dans ces organes.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- 1° Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés au premier alinéa ;
- 2° Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- 3° Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents non titulaires de droit public.

Textes de référence :

Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 : article 3 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 bis modifié par la loi n°2012-347 du 12 mars 2012).

Article 147 – L'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés

Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, le CHU de Reims prend, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs mentionnés aux 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° de l'article L. 323-3 du code du travail d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer et d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée, sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesures ne soient pas disproportionnées, notamment compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur.

Texte de référence :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 sexies créé par la loi n°2005-102 du 11 février 2005).

Article 148 – Le droit syndical

Le droit syndical est un droit fondamental qui s'applique à tous les agents de l'établissement, qu'ils soient titulaires, stagiaires ou contractuels.

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Ces organisations peuvent ester en justice.



Elles peuvent se pourvoir devant les juridictions compétentes contre les actes réglementaires concernant le statut du personnel et contre les décisions individuelles portant atteinte aux intérêts collectifs des fonctionnaires.

Les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour participer au niveau national à des négociations relatives à l'évolution des rémunérations et du pouvoir d'achat des agents publics avec les représentants du Gouvernement, les représentants des employeurs publics territoriaux et les représentants des employeurs publics hospitaliers.

Les organisations syndicales de fonctionnaires ont également qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives :

- 1° Aux conditions et à l'organisation du travail, et au télétravail ;
- 2° Au déroulement des carrières et à la promotion professionnelle ;
- 3° A la formation professionnelle et continue ;
- 4° A l'action sociale et à la protection sociale complémentaire ;
- 5° A l'hygiène, à la sécurité et à la santé au travail ;
- 6° A l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
- 7° A l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Le crédit global de temps syndical et sa répartition entre les syndicats en fonction de leur représentativité est déterminé selon la réglementation en vigueur.

Les fonctionnaires et agents publics non titulaires peuvent bénéficier de congés de formation syndicale dans des conditions fixées par décret.

Les autorisations d'absence syndicale sont accordées conformément aux lois et règlements en vigueur, en tenant notamment compte des nécessités de service.

Des locaux syndicaux distincts sont mis à la disposition des organisations syndicales ayant une section syndicale dans l'établissement. Les équipements de ces locaux indispensables à l'exercice de l'activité syndicale sont déterminés par la Directrice Générale, après avis du Comité Technique d'Etablissement.

Les organisations syndicales déclarées dans l'établissement disposent de panneaux pour afficher leurs informations. Les panneaux réservés à cet usage, sont disposés dans des locaux facilement accessibles aux personnels, mais non accessibles au public. De dimensions convenables, ils sont aménagés de manière à garantir la conservation des documents.

Les documents d'origine syndicale peuvent être distribués aux agents dans l'enceinte de l'établissement, mais en dehors des locaux ouverts au public. Ces distributions, réalisées par des agents qui bénéficient d'une décharge d'activité ou qui ne sont pas en service, ne doivent pas porter atteinte au bon fonctionnement de l'établissement.

Textes de référence :

Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 : article 6 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Code du Travail : articles L2132-1 à 6

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (articles 8 à 9 ter modifiés).

Article 149 – Le droit de grève

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble du personnel, fonctionnaires et agents non titulaires. Il s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent.

Toute grève doit être précédée d'un préavis de la part d'une organisation syndicale représentative au niveau national dans la catégorie professionnelle ou l'administration concernée.



Il doit être remis à la direction au moins cinq jours francs avant le déclenchement de la grève et préciser clairement le lieu, la date et l'heure du début de la grève, sa durée, illimitée ou limitée (il faut alors préciser sa date de fin envisagée) et ses motifs.

Si cette obligation de préavis n'est pas respectée, la direction peut prendre des sanctions disciplinaires à l'encontre des agents grévistes.

Certaines formes de grève sont interdites, comme la grève tournante (cessation du travail par intermittence), la grève politique non justifiée par des motifs d'ordre professionnel et la grève sur le tas avec occupation et blocage des locaux de travail.

Afin de garantir la continuité du service public hospitalier et la sécurité des prises en charge de patients, un service minimum doit être assuré pendant la grève. Selon la jurisprudence, l'effectif minimum de sécurité doit correspondre à celui qui serait appliqué dans les services de l'établissement un dimanche ou un jour férié.

Le personnel nécessaire est assigné par la Directrice Générale ou son représentant. L'assignation donne lieu à une lettre individuelle adressée aux agents assignés, qui doivent assurer leur poste de travail.

La retenue pratiquée sur le salaire des agents grévistes est fonction de la durée de l'absence pendant la grève, conformément à la réglementation en vigueur. Calculée sur le traitement mensuel brut, elle est de 1/30 pour une journée de grève d'un agent à temps plein et de 1/234 pour une heure de grève.

Par ailleurs, une réquisition des agents peut être décidée par le Préfet, notamment en cas de grève dans les services des urgences de ville, dans le but de maintenir la permanence des soins des usagers.

Textes de référence :

Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 : article 7 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 10).

Code du Travail : articles L2511-1 ; L2512-1 à 5

Circulaire n° 82-5/DH8D du 22 mars 1982 relative à l'exercice du droit de grève dans les établissements d'hospitalisation publics

Lettre circulaire n°96-1642 du 12/01/1996 sur les retenues sur rémunération pour service non fait.

Article 150 – Le droit à l'expression directe et collective

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte.

Au sein de chaque pôle, le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Le droit à l'expression directe et collective s'exerce également dans le cadre de réunions autorisées par la Directrice Générale dans l'enceinte de l'établissement, en dehors des lieux ouverts au public, pendant le temps de travail.

Les salariés bénéficient dans ce cadre d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail.

Textes de référence :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)

Code de la Santé Publique : articles L6146-1 et L6143-2-1 modifiés ; R.6146-9-1

Code du Travail : articles L2281-1 à L2281-4



Article 151 – Le droit à la formation professionnelle

Un document appelé passeport de formation (au sens de l'article 3 du décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique) est remis à chaque agent hospitalier, titulaire ou non titulaire, lors de son entrée dans la fonction publique hospitalière. Ce passeport recense notamment les diplômes et titres professionnels obtenus, les formations suivies et les bilans de compétence réalisés.

Le CHU de Reims élabore chaque année un plan de formation pour ses agents, en vue notamment de maintenir, de parfaire ou d'adapter leurs compétences au cours de leur carrière. En s'appuyant sur le projet d'établissement, ce plan de formation vise à répondre aux besoins de perfectionnement et d'évolution des services et aux nécessités de formation et de promotion interne.

⇒ Le Développement professionnel continu (DPC)

Le DPC est une obligation qui s'inscrit dans une démarche de formation permanente pour l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.

Un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, définit les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu. Ces orientations comportent:

1° Des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité ;

2° Des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé.

Pour chaque profession ou spécialité, les Conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de développement professionnel continu qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. Ce parcours comporte, notamment, des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles de prioritaires. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'établissement employeur.

L'ensemble des actions réalisées par les professionnels au titre de leur obligation de développement professionnel continu sont retracées dans un document dont le contenu et les modalités d'utilisation sont définis par le conseil national professionnel compétent au titre de leur métier ou de leur spécialité.

Les conseils nationaux professionnels retiennent, notamment sur la base des méthodes élaborées par la Haute Autorité de santé, celles qui leur paraissent les plus adaptées pour la mise en œuvre du développement professionnel continu.

L'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé, au développement professionnel continu.

L'Agence nationale du développement professionnel continu assure le pilotage et contribue à la gestion financière du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice.



Le personnel médical satisfait à son obligation de développement professionnel continu dès lors qu'il participe à un programme de développement professionnel continu qui doit :

- 1° Etre conforme à une orientation nationale ou à une orientation régionale de développement professionnel continu ;
- 2° Comporter une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de santé après avis de la commission scientifique indépendante des médecins ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de développement professionnel continu
- 3° Etre mis en œuvre par un organisme de développement professionnel continu enregistré.

Les organismes de DPC sont enregistrés par l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Ces organismes proposent des programmes de DPC aux professionnels. L'établissement gère le dispositif DPC pour l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux.

⇒ **Le droit individuel à la formation professionnelle (DIF)**

Les agents de la fonction publique (fonctionnaires et agents non titulaires) et certains salariés en contrat aidé bénéficient d'un droit individuel à la formation professionnelle (DIF). La durée du DIF est fixée à 20 heures par an pour un agent à temps plein, avec un plafond de 120 heures de droits cumulés. L'utilisation du DIF est réservée à certaines catégories de formations. Il est utilisé à l'initiative de l'agent, après accord de l'établissement sur le choix de l'action, qui doit présenter une utilité professionnelle pour l'agent et pour l'établissement comme, par exemple, l'adaptation aux évolutions prévisibles des emplois, le développement et/ou acquisition de nouvelles connaissances ou compétences, la préparation aux examens et aux concours, etc...

⇒ **Les préparations aux concours et les études promotionnelles**

Les agents publics hospitaliers peuvent demander à bénéficier de préparations aux concours et examens professionnels de la fonction publique et aux concours organisés par les institutions de l'Union européenne.

Ils peuvent également, sous certaines conditions, bénéficier de la prise en charge d'études promotionnelles, en vue d'obtenir un diplôme ou un certificat du secteur sanitaire et social dont la liste est fixée par arrêté ministériel (aide-soignant ; infirmier ; cadre de santé, etc...). L'agent doit être déclaré admissible au concours d'entrée dans l'école formant au diplôme souhaité et demander la prise en charge à l'établissement, qui doit donner son accord. À l'issue d'une étude promotionnelle rémunérée réussie, l'agent est tenu à un engagement de servir d'une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de 5 ans. Si l'agent quitte la fonction publique hospitalière, il y a rupture d'engagement et il doit rembourser les rémunérations perçues pendant la formation.

⇒ **Le congé de formation professionnelle (CFP)**

Un congé de formation professionnelle (CFP) est accessible, sous certaines conditions, à l'ensemble des agents titulaires et non titulaires, qui souhaitent se former pour satisfaire un projet professionnel ou personnel.

Textes de référence :

*Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »
Code de la Santé Publique : Articles L4021-1 à L4021-8 ; R4021-1 à R4021-8 ; R4133-2
Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière et sa circulaire d'application du 22 juin 2009
Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins
Décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu
Décret n°2013-35 du 11 janvier 2013 modifiant le décret n°2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins*



Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.

Article 152 – Le droit d'accès au dossier administratif

Un dossier administratif individuel est constitué dès la prise de fonction de tout agent hospitalier (titulaire, stagiaire ou contractuel). Ce dossier comprend l'ensemble des éléments en lien avec la situation administrative de l'agent, conformément à la réglementation en vigueur. En cas de mutation ou de changement d'établissement, le dossier administratif est transmis au nouvel établissement.

Le dossier administratif ne doit pas comporter de documents relatifs aux libertés individuelles (d'opinion, politique, syndicale, philosophique, religieuse...), ni d'éléments médicaux sur l'état de santé de l'agent. Il ne peut comporter que les conclusions et les conséquences administratives de la situation médicale.

L'article 65 de la loi du 22 avril 1905 dispose que « tous les fonctionnaires civils et militaires, tous les employés et ouvriers de toutes administrations publiques ont droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et tous autres documents composant leur dossier, soit avant d'être l'objet d'une mesure disciplinaire ou d'un déplacement d'office, soit avant d'être retardé dans leur avancement à l'ancienneté. ».

L'agent qui souhaite consulter son dossier doit en faire la demande écrite à la Direction des Ressources Humaines. En cas de procédure disciplinaire, l'administration est dans l'obligation de fournir le contenu du dossier administratif à l'agent. Par ailleurs, les représentants du personnel siégeant au Conseil de discipline ont également droit à la communication du dossier de l'agent concerné, même en l'absence d'accord de ce dernier.

Les agents qui ont, de par leurs fonctions ou leur mandat, accès aux dossiers administratifs sont tenus au secret professionnel. La Directrice Générale du CHU ou son représentant, prend toutes dispositions utiles pour contrôler et limiter l'accès aux dossiers administratifs aux seules personnes autorisées.

Article 153 – La protection des personnels

Article 153-1 La protection contre le harcèlement sexuel

Aucun agent de l'établissement ne doit subir les faits :

- a) Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;
- b) Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire :

- 1° Parce qu'il a subi ou refusé de subir les faits de harcèlement sexuel mentionnés aux trois premiers alinéas, y compris, dans le cas mentionné au a, si les propos ou comportements n'ont pas été répétés
- 2° Parce qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces faits ;
- 3° Ou bien parce qu'il a témoigné de tels faits ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux faits de harcèlement sexuel mentionnés aux trois premiers alinéas.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents non titulaires de droit public.

Texte de référence :



Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 ter modifié par la loi n°2012-954 du 6 août 2012).

Article 153-2 La protection contre le harcèlement moral

Aucun agent de l'établissement ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- 1° Le fait qu'il ait subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement moral visés au premier alinéa ;
- 2° Le fait qu'il ait exercé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces agissements ;
- 3° Ou bien le fait qu'il ait témoigné de tels agissements ou qu'il les ait relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents non titulaires de droit public.

Texte de référence :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 quinquies modifié par la loi n°2012-843 du 26 juillet 2005).

Article 153-3 La protection contre les menaces et violences

Le CHU de Reims assure la protection de ses fonctionnaires et agents publics non titulaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

Lorsqu'un agent est victime dans son exercice professionnel d'un acte de violence, entendu comme tout événement, agression, parole ou comportement blessant qui porte atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels ainsi qu'aux biens des personnes et/ou au bon fonctionnement des services, sa prise en charge sera organisée, en tant que nécessaire, aux plans clinique (examen médical ou, le cas échéant médico-légal, soins...) , psychologique et administratif (rapport circonstancié, déclaration d'évènement indésirable, déclaration d'accident du travail le cas échéant, assistance de l'administration pour une main courante ou un dépôt de plainte si besoin...).

Le personnel d'encadrement et le directeur de garde doivent être prévenus pour prendre les dispositions nécessaires (appel aux forces de l'ordre si besoin ; mesures de protection de la victime ; réunion d'une cellule de crise en cas d'évènement grave ; déclaration à l'ARS et à l'Observatoire National des violences en milieu de santé ou ONVS,...).

L'article 433-3 (alinéa 2) du Code Pénal punit de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 Euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre... d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

L'établissement assure également sa protection à ses fonctionnaires et agents publics non titulaires, dans le cas où ils font l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.



Par ailleurs, les fonctionnaires et agents publics non titulaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions et conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales, d'une protection organisée par le CHU de Reims, s'il est leur employeur à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire au fonctionnaire.

Lorsqu'un fonctionnaire ou un agent public non titulaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

Textes de référence :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 11 modifié par la loi n°2011-525 du 17 mai 2011).

Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (article 59)

Code Pénal : article 433-3

Article 153-4 La protection des lanceurs d'alerte

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la rémunération, la formation, l'évaluation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire pour avoir relaté ou témoigné, de bonne foi aux autorités judiciaires ou administratives, de faits constitutifs d'un délit d'un crime ou susceptibles d'être qualifiés de conflit d'intérêts, dont il aurait eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Toute disposition ou tout acte contraire est nul de plein droit.

Dans le cas d'un conflit d'intérêts, le fonctionnaire doit avoir préalablement alerté en vain l'une des autorités hiérarchiques dont il relève. Il peut également témoigner de tels faits auprès du référent déontologue.

En cas de litige relatif à l'application des trois premiers alinéas, dès lors que la personne présente des éléments de fait qui permettent de présumer qu'elle a relaté ou témoigné de bonne foi de faits constitutifs d'un délit, d'un crime ou d'une situation de conflits d'intérêts, il incombe à la partie défenderesse, au vu des éléments, de prouver que sa décision est justifiée par des éléments objectifs étrangers à la déclaration ou au témoignage de l'intéressé. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles.

Le fonctionnaire qui relate ou témoigne de faits relatifs à une situation de conflit d'intérêts de mauvaise foi, avec l'intention de nuire ou avec la connaissance au moins partielle de l'inexactitude des faits rendus publics ou diffusés est puni des peines prévues au premier alinéa de l'article 226-10 du code pénal.

Le présent article est applicable aux agents non titulaires de droit public.

Textes de référence :

Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires (article 4 modifiant l'article 6 ter A de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires)

Loi n°2013-1117 du 6 décembre 2013 - art. 35

Article 153-5 La protection fonctionnelle

A raison de ses fonctions et indépendamment des règles fixées par le code pénal et par les lois spéciales, le fonctionnaire ou, le cas échéant, l'ancien fonctionnaire bénéficie d'une protection organisée par la collectivité publique qui l'emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire.



Lorsque le fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable au fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

Lorsque le fonctionnaire fait l'objet de poursuites pénales à raison de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, la collectivité publique doit lui accorder sa protection. Le fonctionnaire entendu en qualité de témoin assisté pour de tels faits bénéficie de cette protection. La collectivité publique est également tenue de protéger le fonctionnaire qui, à raison de tels faits, est placé en garde à vue ou se voit proposer une mesure de composition pénale.

La collectivité publique est tenue de protéger le fonctionnaire contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des faits mentionnés la restitution des sommes versées au fonctionnaire. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe, qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions et les limites de la prise en charge par la collectivité publique, au titre de la protection, des frais exposés dans le cadre d'instances civiles ou pénales par le fonctionnaire.

Ces dispositions s'appliquent aux faits survenant à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016, soit le 21 avril 2016. Les faits survenus avant cette date demeurent régis par l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dans sa rédaction antérieure.

Enfin, la protection fonctionnelle est étendue explicitement aux praticiens hospitaliers.

Textes de référence :

Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires (article 20 modifiant l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires)

Arrêt n° 312700 du Conseil d'Etat du 8 juin 2011 précisant que la protection fonctionnelle peut être attribuée à tous les agents publics, quel que soit le mode d'accès à leurs fonctions.

Arrêt n° 336114 du Conseil d'Etat du 26 juillet 2011 indiquant que les praticiens hospitaliers, même s'ils ne sont pas fonctionnaires, ont droit à la protection fonctionnelle prévue par les statuts de la fonction publique.



CHAPITRE 5 LA SECURITE

Les règles de sécurité visent à prévenir les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des soins et d'assurer la protection des personnes (usagers et personnels) et des biens, ainsi que le calme et la tranquillité des patients.

<i>Article 154 – La nature et l’opposabilité des règles de sécurité</i>	
<i>Article 155 – L’accès à l’hôpital</i>	
<i>Article 156 – L’interdiction de dissimuler son visage dans l’espace public.....</i>	
<i>Article 157 – Le respect de la tranquillité.....</i>	
<i>Article 158 – Les personnels et matériels de sécurité générale</i>	
<i>Article 159 – Les rapports avec les autorités judiciaires</i>	
<i>Article 160 – Les rapports avec les autorités de police.....</i>	
<i>Article 161 – Les circonstances exceptionnelles.....</i>	
<i>Article 162 – La sécurité du fonctionnement.....</i>	
<i>Article 163 – La garde de direction.....</i>	
<i>Article 164 – L’astreinte technique</i>	
<i>Article 165 – La sécurité incendie.....</i>	
<i>Article 166 – La sécurité informatique.....</i>	



Article 154 – La nature et l’opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour objectif de prévenir et de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des soins et d’assurer la protection des personnes (usagers et personnels) et des biens, ainsi que le calme et la tranquillité des patients.

Ces règles de sécurité ressortissent de la police administrative générale qui vise à assurer le bon ordre, la sécurité et l’hygiène publique et de polices administratives spéciales comme celles régissant la protection de l’environnement ou les établissements recevant du public. Ainsi, ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers et personnels, notamment en termes d’accessibilité.

Responsable de la conduite générale de l’établissement, la Directrice Générale édicte, en vertu de son pouvoir de police, des règles par voie de notes et instructions de service, dans le respect des lois et règlements en vigueur et en veillant à ce qu’elles soient proportionnées aux besoins du CHU en fonction des circonstances.

Les règles de sécurité sont opposables à toute personne présente sur le site hospitalier. Elle doit respecter les indications ou consignes qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités. Sauf dispositions particulières dans les conventions liant le CHU de Reims à certains organismes logés sur son domaine, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance de la Directrice Générale du CHU les règles de sécurité spécifiques qu’ils ont établies pour les locaux qu’ils occupent.

Textes de référence :

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
Code de la Santé Publique : article L.6143-7

Article 155 – L’accès à l’hôpital

L’accès au site hospitalier est réservé à ses patients, à leurs familles, accompagnants et visiteurs, ainsi qu’au personnel et à tous ceux qui y sont appelés en raison de leur travail. Les conditions matérielles d’accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par la Directrice Générale qui peut, le cas échéant, prendre des mesures restrictives nécessaires et adaptées.

L’accès de toute personne ne faisant pas partie d’une de ces catégories est subordonné à l’autorisation de la Directrice Générale. Les personnes non autorisées seront invitées par le personnel à quitter les lieux et, au besoin, il sera fait appel aux agents du service de sécurité de l’établissement et, en cas de difficultés, aux forces de l’ordre.

Pour des raisons de sécurité et/ou d’hygiène, la Directrice Générale peut réglementer les conditions d’accès à certains secteurs ou locaux. Lorsqu’elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d’accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles. Il est interdit d’introduire dans l’établissement des animaux (sous réserve d’autorisations spéciales pour les chiens-guides d’aveugles ou de malvoyants, dans les limites fixées par la réglementation et dans les conditions définies en lien avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), de l’alcool, des armes, des explosifs, des produits incendiaires, ainsi que des produits stupéfiants, 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, qui les remet aux autorités de police, contre récépissé.

En cas de circonstances exceptionnelles la Directrice Générale peut décider de mettre en œuvre certaines mesures de contrôle, comme l’ouverture par leurs porteurs, des sacs, bagages, sachets et paquets. Elle peut décider de refuser l’accès à l’établissement à toute personne qui refuserait de se prêter à ces contrôles.



Article 156 – L'interdiction de dissimuler son visage dans l'espace public

Aux termes de la loi du 11 octobre 2010, nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage. L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public.

Par conséquent sont interdites à toute personne présente sur le site du CHU de Reims les tenues destinées à dissimuler son visage (cagoule, voile, masque, casque, etc...) et à rendre impossible son identification. Cette mesure participe également à la prévention des risques liés à l'identitovigilance.

L'interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires ou si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Les agents de l'établissement invitent les personnes concernées à découvrir leur visage. Elles ne peuvent cependant les y contraindre. En cas de difficultés, il sera fait appel à la Police.

Textes de référence :

Loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public

Code Pénal : article R.645-14

Article 157 – Le respect de la tranquillité

Toute personne, visiteur, ou accompagnant qui perturbe la quiétude des patients ou occasionne des troubles dans l'enceinte de l'établissement est invité à y mettre un terme, dans l'intérêt commun des autres usagers et du personnel. S'il persiste, il lui sera enjoint de quitter l'hôpital, en le faisant accompagner si nécessaire, par un agent chargé de la sécurité et du gardiennage. En cas de refus d'obtempérer et de persistance des troubles, il sera fait appel à la Police (voir également articles 80, 153-3 et 155 du règlement intérieur).

Article 158 – Les personnels et matériels de sécurité générale

Les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité de la Directrice Générale, dans le strict respect des lois et règlements en vigueur. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées à l'assistance aux personnes en péril, à la légitime défense ou à l'état de nécessité, ainsi qu'aux cas de crime ou de délit flagrant.

En effet, n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. Dans les cas de crime flagrant ou de délit flagrant puni d'une peine d'emprisonnement, toute personne a qualité pour en appréhender l'auteur et le conduire devant l'officier de police judiciaire le plus proche.

Ainsi, il pourra être porté secours à un patient manifestement désorienté ou susceptible de courir un danger à l'intérieur ou aux abords du site, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de sa situation et, le cas échéant, à sa prise en charge par le personnel soignant. Toute personne appréhendée en flagrant délit pourra, sans se mettre en danger, être retenue en attendant l'arrivée des forces de l'ordre.

Les personnels assurant la sécurité générale ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande de la Directrice Générale, de son représentant, ou des responsables de ces unités. Il leur est interdit d'effectuer toute fouille ou contrôle d'identité.



En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire ou d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule personnel.

Ils ne disposent d'aucun pouvoir de contrainte et ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. En cas de nécessité de mesures coercitives, il est obligatoirement fait appel aux forces de l'ordre.

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique se fait dans le cadre de la législation applicable en matière de sécurité et des règles édictées par le Règlement Général sur la Protection des Données et la Loi Informatiques et Libertés. Le fonctionnement de ces installations respecte le secret médical, l'intimité et la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

Le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéosurveillance, (notamment au niveau des entrées et sorties des bâtiments, des issues de secours, des voies de circulation et des parkings) observent les dispositions de la loi et des textes pris pour son application. Les caméras ne doivent pas filmer les agents sur leur poste de travail, ni les zones de pause ou de repos du personnel. Seules les personnes habilitées dans le cadre de leurs fonctions peuvent visionner les images enregistrées, dont la conservation ne doit pas excéder un mois. Les personnes concernées (personnels et visiteurs) sont informées, au moyen d'un panneau affiché de façon visible dans les locaux sous vidéosurveillance de l'existence du dispositif, du nom de son responsable et de la procédure à suivre pour demander l'accès aux enregistrements visuels les concernant.

Textes de référence :

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée sur l'informatique, les fichiers et les libertés modifiée

Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD - Règlement (UE) 2016/679)

Loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 réglementant les activités privées de sécurité

Loi n°95-73 du 21 janvier 1995 (article 10) d'orientation et de programmation relative à la sécurité

Loi n° 2003-239 du 08 mars 2003 relative à la sécurité intérieure. Décrets 86-1058 du 26 septembre 1986 et 86-1099 du 10 octobre 1986 Circulaire n° 86-343 du Ministère de l'Intérieur

Code Pénal : articles 122-7 ; 223-6 modifié ; 226-1 ; 226-16 à 226-20 modifiés

Code de Procédure Pénale : article 7 modifié

Code de la Sécurité intérieure : articles L.223-1 ; L.251-1

Article 159 – Les rapports avec les autorités judiciaires

La Directrice Générale ou son représentant informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance et lui transmet tous les renseignements qui y sont relatifs.

En cas de mort violente, ou dont la cause est inconnue ou suspecte, la Directrice Générale ou son représentant en avise immédiatement l'officier de police judiciaire territorialement compétent.

Elle prend dans ces circonstances toutes mesures nécessaires afin que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.



Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Textes de référence :

Code de Procédure Pénale : articles 40 et 74

Code Civil : article 81

Article 160 – Les rapports avec les autorités de police

La Directrice Générale organise les relations avec les autorités de police. Elle peut, notamment sur la base du protocole d'accord signé le 12 août 2005 entre le Ministre de l'Intérieur et le Ministre de la Santé pour améliorer la sécurité dans les établissements de santé, conclure une convention entre le CHU de Reims et les services des forces de sécurité de l'État, en vue de faciliter les liens entre l'hôpital et les forces de sécurité territorialement compétentes.

En fonction des circonstances, elle décide s'il y a lieu ou non de demander une intervention de police au sein du site.

En cas d'enquête de police judiciaire, la Direction Générale doit être systématiquement informée par la Police judiciaire des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Elle doit également être immédiatement informée par les services de soins de toute demande qui leur est faite par les autorités de Police dans le cadre d'une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patients ou d'agents,...). Elle veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel et des dispositions relatives aux droits des patients.

Textes de référence :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Article 161 – Les circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, la Directrice Générale prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

La Directrice Générale peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Elle peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'établissement à toute personne qui refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'elle a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules ou la justification du motif de son accès sur le site de l'hôpital.

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



Règlement intérieur du Centre Hospitalier Universitaire de Reims
Version du 6 avril 2021

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, la Directrice Générale prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du C.H.U., notamment en ce qui concerne l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

En cas de mise en œuvre du plan Vigipirate, les dispositions de ce plan sont appliquées de plein droit au sein du Centre Hospitalier Universitaire



Article 162 – La sécurité des personnes et du fonctionnement

Dispositions générales

Dans le cadre de la maîtrise des risques, la Directrice Générale prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des usagers et des personnels fréquentant le Centre Hospitalier Universitaire.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital, la Directrice Générale définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

Elle organise la mise en œuvre de cette politique et veille à ce que soient effectués les contrôles et vérifications techniques obligatoires selon leur périodicité réglementaire, ainsi que les visites des Commissions de sécurité en vue d'obtenir ou de renouveler les autorisations nécessaires.

Elle tient régulièrement informées, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives compétentes en matière d'application des plans d'action et de prévention.

Elle définit un programme de formation du personnel aux mesures de prévention et une politique d'information des usagers et des tiers pour celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement à la Directrice Générale, qui informe le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Conformément à la réglementation, la médecine de santé au travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation de l'environnement de travail aux postes occupés.

Dispositions relatives aux entreprises extérieures

L'entreprise extérieure (EE) est entendue comme une entreprise qui effectue des travaux ou des prestations de service dans l'enceinte du CHU. Elle doit se conformer aux règles de sécurité et d'hygiène applicables.

Chaque entreprise extérieure doit veiller à ce que son personnel ait reçu une formation adaptée aux missions qui lui sont confiées. L'article L4141-2 du Code du travail prévoit en effet, que tout établissement doit organiser une formation pratique et appropriée en matière de sécurité pour ses salariés, au moment de leur embauche, comme à l'occasion d'un changement de poste ou de technique. En outre, une formation renforcée en matière de sécurité doit être dispensée aux salariés sous contrat à durée déterminée ou sous contrat de travail temporaire, dès lors qu'ils sont affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité.

L'information du personnel des entreprises extérieures est particulièrement important en termes de risques et mesures de prévention, délimitation des zones de travail, repérage des zones dangereuses, voies d'accès, protections collectives et individuelles, personnes à prévenir en cas de problème technique, d'incident ou d'accident...

Le plan de prévention est complémentaire du document unique prévu par l'article R4121-1 du Code du travail.

Une attention particulière sera portée aux travaux réalisés dans les zones radiologiques réglementées, au sens des articles R4452-1 et suivants du Code du travail, compte tenu de la nature du risque lié à l'exposition aux rayonnements ionisants. Ces travaux figurent au nombre des travaux dangereux pour lesquels un plan de prévention est établi.

A leur arrivée et avant d'accéder aux lieux d'intervention, les employés des EE sont dans l'obligation d'avertir de leur présence le service concerné et de se faire enregistrer selon les modalités institutionnelles prévues à cet effet.



Quand l'intervention se fait dans des locaux où un risque d'exposition aux rayonnements ionisants a été identifié, l'évaluation de ce risque a été réalisée par le CHU de Reims, qui assure la coordination générale des mesures de prévention. Le non-respect par les intervenants de l'entreprise extérieure du plan de prévention, expose ces intervenants à se voir refuser l'accès aux zones radiologiques.

L'entreprise extérieure s'engage à faire intervenir du personnel formé à la radioprotection, à respecter la réglementation en vigueur en matière de radioprotection, à informer ses salariés du plan de prévention et à mettre ses dispositions en œuvre. Elle s'assurera également que la surveillance dosimétrique de ses salariés soit conforme à la réglementation en vigueur et adaptée aux zones radiologiques concernées.

Le personnel salarié de l'entreprise extérieure doit systématiquement avertir le responsable du service, ou son représentant, de son arrivée et de son départ. IL doit respecter le plan individuel de radioprotection et porter la surveillance dosimétrique fournie, gérée par son employeur et adaptée aux zones radiologiques, conformément à la réglementation en vigueur. Il doit utiliser les équipements de protection adaptés à l'intervention, qui seront fournis par le service visité et définis par la personne compétente en radioprotection (PCR). Celle-ci pourra réaliser ou faire réaliser, en tant que de besoin, tout contrôle technique de radioprotection qu'elle jugera nécessaire. Il mettra également en œuvre les mesures de protection pour sa propre personne et les autres personnes susceptibles d'être exposés à des rayonnements ionisants par leurs activités.

Chaque intervenant extérieur doit être en mesure de présenter à la PCR du CHU de Reims, sa fiche d'aptitude médicale délivrée par le son médecin en santé au travail, sa carte individuelle de suivi médical pour les personnels classés, sa fiche d'exposition radiologique individuelle, une copie de l'attestation de formation à la radioprotection en cours de validité et ses équipements de surveillance dosimétrique.

Par ailleurs, la prévention des risques lors d'opérations de bâtiment ou de génie civil faisant l'objet d'un chantier clos et indépendant est régie par des prescriptions spécifiques définies par les articles L4531-1 à L4535-1 et R4532-1 à R4535-10 du Code du travail.

Textes de référence : Code du travail (articles L4141-2 et suivants ; L4531-1 à L4535-1, R4452-1 et suivants ; R4532-1 à R4535-10) ; Guide de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) sur l'intervention d'entreprises extérieures – Aide-mémoire pour la prévention des risques (Octobre 2009)

Article 163 – La garde de direction

Afin de garantir la continuité du service public hospitalier et d'assurer la sécurité du fonctionnement de l'établissement, une permanence de la fonction de direction est organisée par la Directrice Générale. Pour cela, elle habilite des membres de l'équipe de direction à exercer des gardes de direction et leur donne délégation de signature pour les mesures qu'ils sont susceptibles de prendre au cours de leur garde.

Le Directeur de garde agit en qualité de représentant de la Directrice Générale et prend toutes les mesures nécessaires pour pallier les dysfonctionnements pouvant notamment affecter la sécurité des personnes et des biens (voir article 5.3 du règlement intérieur).

Article 164 – L'astreinte technique

Selon les instructions de la Directrice Générale, les Directions concernées organisent dans leurs champs de compétences respectifs les astreintes et gardes techniques nécessaires pour faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'établissement.

Elles désignent les agents qui assurent ces gardes et astreintes techniques. La garde technique est distincte de la garde administrative.



Article 165 – La sécurité incendie

Le CHU de Reims est assujéti aux règles de sécurité incendie applicables aux établissements ouverts au public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc....) doivent, en outre, être conformes aux dispositions relatives aux installations classées pour la protection de l'environnement.

L'établissement tient un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies. Parmi ces renseignements doivent figurer :

- l'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, en particulier l'agent chargé de la sécurité désigné par la Directrice Générale ainsi que les personnels de la garde technique. Cet état nominatif est régulièrement mis à jour par l'agent chargé de la sécurité en fonctions des mouvements de personnels au sein de l'établissement ;
- les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu ;
- les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes coupe-feu, clapets coupe-feu,...) ;
- les dates et contenus des opérations de travaux réalisées dans l'établissement ;
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres...

Ces renseignements sont communiqués à la Commission départementale de sécurité à l'occasion de ses passages au sein de l'établissement.

L'ensemble du personnel est tenu de suivre périodiquement les formations internes relatives à la sécurité incendie.

Le personnel veillera à respecter les consignes de sécurité incendie et à ne pas entraver ou bloquer les dispositifs de sécurité. Il est notamment interdit de caler les portes des locaux à risques qui doivent être maintenues fermées en permanence, ou des portes automatiques coupe-feu.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de sécurité incendie doivent être scrupuleusement respectées et particulièrement :

- la conduite à tenir en cas d'incendie ;
- les modalités d'évacuation notamment des locaux d'hospitalisation ;
- le dégagement des itinéraires d'évacuation ;
- le bon stockage des produits dangereux et/ou inflammables ;
- l'accessibilité aux équipements de secours et d'extinction ;
- l'accessibilité aux tableaux électriques
- l'accessibilité aux tableaux de commande des installations techniques (fluides,...).

Textes de référence :

Arrêté du 25 juin 1980 modifié portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public

Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public : ERP Type U

Code du Travail : articles R 4141-1 à R4141-4



Article 166 – La sécurité informatique

L'établissement assure la sécurité du recueil, du traitement, de la conservation et de la transmission des données informatiques concernant ses usagers et agents, dans le respect de leurs droits et libertés, ainsi que des lois et règlements en vigueur.

Une charte relative au bon usage des ressources informatiques (annexée au présent règlement intérieur) détaille notamment le cadre réglementaire de la sécurité de l'information, en termes :

- de traitement numérique des données à caractère personnel et relatives aux données de santé ;
- de droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données. Aux termes de l'article 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, toute personne physique justifiant de son identité peut exiger du responsable d'un traitement que soient, selon les cas, rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées les données à caractère personnel la concernant, qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. Lorsque l'intéressé en fait la demande, le responsable du traitement doit justifier, sans frais pour le demandeur, qu'il a procédé aux opérations exigées en vertu de l'alinéa précédent. ;
- de protection de la confidentialité des données et du secret médical et professionnel ;
- de préservation de la disponibilité, de l'intégrité et traçabilité de l'information.

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, les logiciels et les locaux mis à leur disposition pour utiliser les ressources informatiques et d'en faire un usage strictement professionnel (voir article 133 du règlement intérieur).

L'établissement signale sans délai à l'Agence Régionale de Santé les incidents graves de sécurité des systèmes d'information. Les incidents de sécurité jugés significatifs sont, en outre, transmis sans délai par l'Agence Régionale de Santé aux autorités compétentes de l'Etat. Un décret définit les catégories d'incidents concernés et les conditions dans lesquelles sont traités les incidents de sécurité des systèmes d'information.

Texte de référence :

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Loi Informatique et libertés ».

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »



CHAPITRE 6 LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT

L'accès aux voies de circulation et aux aires de stationnement situées dans l'enceinte du CHU de Reims est réglementé en vue de garantir la sécurité des piétons et des véhicules, et d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des services de secours).

Article 167 – La nature de la voirie hospitalière

Les voies de circulation et places de stationnement des sites hospitaliers du CHU de Reims font partie du domaine public de l'établissement.

Ces voies sont strictement réservées à la circulation des membres du personnel, des usagers, des véhicules du réseau des transports publics de l'agglomération de Reims et des personnes spécialement autorisées par la Directrice Générale.

Article 168 – L'application du code de la route

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation normalisée, sont intégralement applicables dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire.

Sauf mention contraire, la vitesse des véhicules est limitée à 30 kilomètres/heure.

Les conducteurs des véhicules sont tenus de limiter les nuisances sonores, en évitant notamment de klaxonner.

Dans le respect du code de la route et de la réglementation applicable aux places de stationnement réservées aux personnes handicapées ou à mobilité réduite, la Directrice Générale réglemente l'accès, la circulation, les priorités, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des services de secours).

Article 169 – Les règles d'accès et de stationnement

La Direction délivre les autorisations d'accès, en réglementant ou en interdisant l'entrée de certains véhicules (notamment les camions et les caravanes) et en définissant les places de stationnement réservées et leur marquage.

Le stationnement des véhicules dans l'enceinte du CHU de Reims est interdit en dehors des emplacements de stationnement matérialisés à cet effet sur la voirie intérieure et dans les parkings aériens ou souterrains. Des aires de stationnement sont réservées à certains personnels hospitaliers, ainsi qu'à des personnes qui, par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement et qui peuvent être autorisées par la Directrice Générale à laisser leur véhicule stationné sur les aires de parking.



Selon les possibilités de la voirie intérieure de chaque établissement, des aires de stationnement sont accessibles aux usagers et visiteurs. Des places de stationnement sont réservées aux personnes handicapées ou à mobilité réduite, avec des dimensions, des pentes et une signalisation horizontale et verticale conformes à la réglementation.

Les voies classées par la Commission de Sécurité Incendie comme « voies utilisables par les engins de secours », les voies classées par arrêté préfectoral comme devant être dégagées au titre de « la nécessité absolue de dégagement de voies de secours » et certaines zones de stationnement sensibles font l'objet d'une signalisation et d'une surveillance particulière et il est strictement interdit d'y stationner.

Article 170 – La police de la voirie intérieure

La police de la voirie intérieure relève de la compétence de la Directrice Générale du CHU. Sous sa responsabilité, les agents en charge du service de surveillance intérieure de l'établissement sont chargés de veiller au respect des prescriptions relatives à la circulation et au stationnement des véhicules. Le refus opposé par tout agent hospitalier à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

A la demande de la Direction, la police peut être amenée à verbaliser les contrevenants et il peut être fait appel à la fourrière pour faire enlever les véhicules en stationnement gênant ou manifestement abandonnés.

La Direction se réserve également le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à ses sites aux personnes qui ne respecteraient pas les règles de circulation et de stationnement, ou mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Le CHU de Reims décline toute responsabilité en cas de vols ou de dégradations sur les véhicules stationnés dans l'enceinte de l'établissement.

Textes de référence :

Code de la route



CHAPITRE 7 L'HYGIENE

Les règles d'hygiène ont pour objectif de préserver et d'améliorer la santé des usagers, avec une attention particulière à l'ensemble des mesures et des pratiques collectives et individuelles visant notamment à assurer la propreté microbiologique des locaux et des matériels de soins, à éviter les infections nosocomiales et à garantir des soins de qualité.

Article 171 – L'hygiène à l'hôpital

Les règles d'hygiène à l'hôpital s'imposent à l'ensemble du personnel. L'hygiène couvre des domaines très variés : hygiène corporelle (et particulièrement des mains), hygiène de l'environnement (nettoyage des locaux, gestion du linge, de l'air, de l'eau, des déchets, réduction du bruit...), hygiène alimentaire, hygiène vestimentaire, hygiène mentale (bien-être, gestion du stress...), hygiène de vie (sommeil, activités physiques, ne pas fumer, éviter les boissons alcoolisées...)... L'hygiène hospitalière est une démarche pluridisciplinaire (personnel médical, paramédical, médico-technique, logistique et technique...) qui concerne tous les services et toutes les personnes (personnel hospitalier, patients, visiteurs).

Article 172 – Les règles d'hygiène

Une attention particulière est portée à l'ensemble des mesures et des pratiques collectives et individuelles visant notamment à assurer la propreté microbiologique des locaux et des matériels de soins, à éviter les infections nosocomiales et à garantir des soins de qualité, en vue de préserver et d'améliorer la santé des patients.

Le CHU de Reims met en place une organisation efficiente (Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou CLIN, équipe opérationnelle d'hygiène, médecins et infirmières hygiénistes, correspondants d'hygiène...) des formations du personnel et une information du patient pour assurer une bonne hygiène hospitalière.

Le personnel doit se conformer aux procédures et protocoles existants, validés par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et disponibles en ligne sur le site intranet du CHU de Reims, dans la base de gestion documentaire (codification HYG-...). Il s'agit notamment des règles applicables à l'hygiène des mains, à l'entretien des locaux, du matériel médico-chirurgical, des endoscopes, du linge, à la gestion des déchets, etc...

Un livret sur la lutte contre les infections nosocomiales et la diffusion des bactéries multi-résistantes, le bon usage des antibiotiques, les protocoles d'hygiène, la conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au sang, la prévention des risques infectieux, etc...a été réalisé par le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) du CHU de Reims. Ce « livret hygiène » est particulièrement destiné aux nouveaux arrivants (voir aussi l'article 133 du règlement intérieur).



CHAPITRE 8

LA PROCEDURE D'ADOPTION ET DE MODIFICATION ET LA VALEUR JURIDIQUE DU REGLEMENT INTERIEUR

Article 173 – La procédure d'adoption du règlement intérieur

La Directrice Générale arrête le règlement intérieur du CHU de Reims après concertation du Directoire, avis du Conseil de Surveillance et consultation de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), du Comité Technique d'Etablissement (CTE) et du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico - Techniques (CSIRMT) en est informée. Le règlement intérieur du CHU de Reims est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé et à l'Inspection du Travail.

Textes de référence :

*Code de la Santé Publique : articles L.6143-7-13° ; L.6143-1 ; L.6144-1 ; R.6144-1 (II-10°) ; L.6144-3 ; R.6144-40 (II-6°) ; R.6146-10 (II-1°) ;
Code du Travail : articles L.4612-12 ; R.1321-4*

Article 174 – La procédure de modification du règlement intérieur

Les modifications du règlement intérieur sont apportées selon la même procédure que pour son adoption.

Article 175 – La valeur juridique du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'applique à toute personne présente sur les sites du CHU de Reims.

Il respecte les lois et règlements en vigueur. Au cas où de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires viendraient à modifier certains articles du présent règlement intérieur, elles s'appliquent de plein droit, sans attendre sa mise à jour.

Article 176 – La communication du règlement intérieur

Le règlement intérieur est un document public, dont la communication est assurée à toute personne qui en formule la demande auprès de la Directrice Générale. La consultation sur place est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la remise d'une copie, le CHU lui facture le coût de la reproduction et le cas échéant, de l'envoi du document.

Le règlement intérieur est à la disposition du personnel dans la base documentaire du site intranet de l'établissement.



II - LES ANNEXES DU REGLEMENT INTERIEUR DU CHU DE REIMS

Les annexes du règlement intérieur du CHU de Reims font l'objet d'un deuxième document, qui comprend :

Annexe 1 - Le règlement intérieur du Conseil de Surveillance	p 249
Annexe 2 - Le règlement intérieur (RI) du Directoire	p 258
Annexe 3 - Le règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement	p 265
Annexe 3.1 - Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME	p 279
Annexe 3.2 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Evaluation des pratiques professionnelles et développement professionnel continu »	p 286
Annexe 3.3 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « du médicament et des dispositifs médicaux stériles »	p 291
Annexe 3.4 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « des anti – infectieux »	p 297
Annexe 3.5 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « des dispositifs médicaux »	p 302
Annexe 3.6 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse »	p 308
Annexe 3.7 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « de lutte contre les infections nosocomiales »	p 313
Annexe 3.8 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Endoscopie »	p 319
Annexe 3.9 - Charte d'organisation et de fonctionnement du Comité de Liaison alimentation – nutrition	p 324
Annexe 3.10 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Dossier du patient »	p 330
Annexe 3.11 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Soins de recours »	p 335



Annexe 3.12 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « des postes et des affaires médicales »	p 339
Annexe 3.13 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Permanence des soins »	p 344
Annexe 3.14 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Recherche et innovation »	p 348
Annexe 3.15 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Identitovigilance »	p 355
Annexe 3.16 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Accueil non programmé »	p 361
Annexe 3.17 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Communication »	p 366
Annexe 3.18 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Douleur et soins palliatifs »	p 370
Annexe 3.19 - Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Equipement »	p 376
Annexe 4 - Le RI du Comité de pilotage Qualité et gestion des risques	p 381
Annexe 5 - Le RI de la Cellule de Coordination Interdisciplinaire et d'Appui	p 384
Annexe 6 - Le RI de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	p 387
Annexe 7 – Le RI de la Commission des Usagers (CDU)	p 394
Annexe 8 - Le RI du Comité Technique d'Etablissement (CTE)	p 404
Annexe 9 - Le RI de la Commission d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	p 409
Annexe 10 - La charte relative au bon usage des ressources informatiques	p 418
Annexe 11 - La charte de la laïcité dans les services publics	p 425
Annexe 12 - Le guide de la laïcité et de la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé et le guide soins et laïcité au quotidien	p 426



ANNEXE 1

Le règlement intérieur du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Article 1 : Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur a pour objet, d'une part, de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables au Conseil de Surveillance et, d'autre part, d'en définir les règles et les modalités de fonctionnement.

CHAPITRE 1 : ATTRIBUTIONS ET COMPÉTENCES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Article 2 : Compétences générales du Conseil de Surveillance

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

Article 3 : Délibérations du Conseil de Surveillance

Le Conseil de surveillance délibère sur :

⇒ La stratégie de l'établissement :

- le projet d'établissement ;
- la convention constitutive du C.H.U. de Reims et les conventions passées en application de l'article L.6142-5 du Code de la santé publique. Ces conventions peuvent être conclues par les Universités et par les Centres Hospitaliers Régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L. 6142-1, qui dispose que les Centres Hospitaliers Universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et postuniversitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux ;
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par le C.H.U. de Reims, ou auxquelles il participe.



⇒ Les affaires budgétaires et financières :

- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par la Directrice Générale

Le Conseil de surveillance communique au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne ses observations sur le rapport annuel de la Directrice Générale et sur la gestion de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance entend la Directrice Générale sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, ainsi que sur le programme d'investissement.

⇒ Les affaires générales et les affaires juridiques :

- les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 du Code de la Santé publique. En effet, sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux ;
- toute convention intervenant entre le CHU de Reims et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance. Il en est de même pour les conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée. Sous 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 l'une des situations mentionnées ci-dessus.

Article 4 : Avis du Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance donne son avis sur :

⇒ La stratégie de l'établissement

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire.
Par ailleurs, le Conseil de surveillance participe à la désignation de l'établissement support du Groupement hospitalier de territoire, celle-ci devant être approuvée par les deux tiers des Conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le Directeur Général de l'ARS concernée, après avis du Comité territorial des élus locaux

⇒ Les affaires générales et juridiques

- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L.6148-2 et L.6148-3 du Code de la Santé publique ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la désignation, par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, du C.H.U. de Reims, comme établissement public de santé chargé de dispenser aux détenus les soins définis à l'article L 6111-1 du Code de la Santé Publique, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire ;
- le protocole régissant les modalités d'intervention du C.H.U. de Reims au sein de l'établissement pénitentiaire mentionné à l'alinéa précédent.



Article 5 : Informations du Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance est tenu informé :

- des projets de consultanat ;
- des contrats d'activité libérale ;
- de la nomination et de la révocation des membres du directoire (hors membres de droit) ;
- des résultats des inspections menées par l'Agence Régionale de Santé et/ou par l'Inspection Générale des Affaires Sociales pour garantir l'application des dispositions du Code de la santé publique et, sauf dispositions spéciales contraires, des autres dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé publique ;
- du bilan des questionnaires de sortie ;
- des résultats de la comptabilité analytique ;
- des délégations de signature accordées par la Directrice Générale de l'établissement ;
- du rapport annuel du Président de CME sur la politique médicale de l'établissement ;
- du rapport annuel de la Commission d'activité libérale.

Article 6 : Prérogatives du Conseil de Surveillance pour l'exercice du contrôle de la gestion de l'établissement

À tout moment, le Conseil de Surveillance opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

En application de l'article L. 6145-16 du Code de la Santé publique, si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le Conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le Commissaire aux comptes.

Article 7 : Modalités de représentation du Conseil de Surveillance dans les différentes instances de l'établissement

Le Conseil de Surveillance est représenté dans diverses instances, selon des modalités définies ci-dessous :

- Commission des Usagers:
 - o un représentant et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées
- Commission d'activité libérale :
 - o Deux représentants désignés par le Conseil de Surveillance parmi ses membres non médecins
 - o Un représentant des usagers du système de santé désigné par la Directrice Générale parmi les représentants des usagers membres du Conseil de Surveillance.



Article 8 : Caractère exécutoire des décisions

Les délibérations sont transmises au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Elles sont exécutoires sous réserve des conditions suivantes :

⇒ Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux :

2° : convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

5° : rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par la Directrice Générale ;

7° : statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;

8° : prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7

de l'article L.6143-1 sont exécutoires si le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du Conseil de Surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas.

⇒ Les délibérations mentionnées au 3° (le compte financier et l'affectation des résultats) de l'article L6143-1 sont exécutoires de plein droit dès réception par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité de la Présidente 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 des délibérations.

CHAPITRE 2 : COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le conseil de surveillance du C.H.U. de Reims est composé de 15 membres, répartis en 3 collèges de 5 membres chacun.

Article 9 : Membres avec voix délibérative

Au titre des représentants des collectivités territoriales :

- le Maire de la commune siège de l'établissement, ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre du ressort de l'établissement ou, à défaut, un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que la commune siège de l'établissement principal ;
- le Président du Conseil Départemental du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant du Conseil Départemental du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation, au cours du dernier exercice connu, autre que le département siège de l'établissement principal
- un représentant du Conseil Régional, siège de l'établissement principal.



Au titre des représentants du personnel :

- un représentant élu parmi les membres de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico - Techniques, (C.S.I.R.M.T.)
- deux membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) ;
- deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité Technique d'Etablissement.

Au titre des personnalités qualifiées :

- Deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
- Trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département, dont au moins deux représentants des usagers, membres d'associations agréées en vertu de la procédure décrite à l'article L.1114-1 du Code de la santé publique.

Article 10 : Membres avec voix consultative

Participent avec voix consultative aux séances du Conseil de Surveillance :

- le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ou en cas d'empêchement, son représentant. Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L.6116-2 et L. 6141-1 du Code de la Santé publique. Il peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour des séances du Conseil de surveillance.
- le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, désigné par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;
- le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, premier Vice-président du Directoire ;
- le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche Médicale, Vice-président du Directoire ;
- le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique ;
- un représentant des familles des résidents accueillis dans les unités de soins de longue durée et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, désigné par le directeur général de l'ARS.

Article 11 : Participants non membres

La Directrice Générale, Présidente du Directoire, participe aux séances du Conseil de Surveillance, sans en être membre. Elle exécute ses délibérations.

La présence de membres de l'équipe de direction est possible, dans la mesure où la Directrice Générale peut se faire assister des personnes de son choix.

Le comptable de l'établissement n'est plus membre avec voix consultative. Il est toutefois possible de le convier en tant qu'expert, notamment à l'occasion de la présentation du compte financier.

Article 12 : Incompatibilités

Nul ne peut être membre du Conseil de Surveillance :

- à plus d'un titre ;
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L.5 (décision du juge de maintenir ou de supprimer le droit de vote de la personne protégée lorsqu'il ouvre ou renouvelle une mesure de tutelle) et L6 (personnes auxquelles les tribunaux ont interdit le droit de vote et d'élection, par application des lois qui autorisent cette interdiction) 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 ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11 (bénévole formé à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à une association ayant signé une convention avec l'établissement), L. 1112-5 (bénévole membre d'une association signataire d'une convention avec l'établissement) et L. 6134-1 (convention de coopération ; groupements de coopération sanitaires...), ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 (représentants du personnel médical et non médical au Conseil de Surveillance) ayant conclu un contrat mentionné aux articles L.6142-3 (conventions entre la Faculté et le CHU), L. 6142-5 (conventions entre la Faculté, le CHU et d'autres établissements de santé) et L. 6154-4 (contrat d'activité libérale) ou pris pour l'application des articles L. 6146-1 (contrats de pôles), L. 6146-2 (contrat de participation de médecins et d'auxiliaires médicaux aux missions de l'établissement) et L. 6152-1 (contrat de recrutement de courte durée de médecins...) ;
- s'il est agent salarié de l'établissement, sauf en ce qui concerne les membres du collège des représentants du personnel ;
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé.

Les membres qui tombent sous le coup des incompatibilités et incapacités démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Par dérogation à l'incompatibilité générale fixée à l'alinéa précédent, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, premier Vice-président du Directoire et le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche Médicale, Vice-président Doyen, sont membres du Conseil de Surveillance, avec voix consultative.

Article 13 : Durée du mandat et cessation des fonctions

La durée du mandat est fixée à cinq ans.

Le mandat des membres du Conseil de Surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés, sous réserve des dispositions suivantes :

- pour les membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales : leur mandat prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.
- pour les membres désignés sur proposition des organisations syndicales : leur mandat prend fin lors de chaque renouvellement du Comité Technique d'Etablissement. Toutefois, ces membres continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants ;
- le mandat des membres du conseil de surveillance désignés par la Commission Médicale d'Etablissement prend fin lors de chaque renouvellement de la C.M.E. Toutefois, ces membres continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

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'Agence Régionale de Santé constate cette démission 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 nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.



CHAPITRE 3 : CONDITIONS D'EXERCICE DES MEMBRES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Article 14 : Caractère gratuit des fonctions

Les fonctions de membre du Conseil de Surveillance sont exercées à titre gratuit.

Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés, sur leur demande, au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions, selon les règles et tarifs applicables à la fonction publique hospitalière.

Article 15 : Obligation de discrétion

Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques

Les membres du Conseil de surveillance, ainsi que toute autre personne présente lors de ses réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des documents communiqués et de l'ensemble des informations ou avis échangés.

CHAPITRE 4 : FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Article 16 : Présidence et Vice-Présidence

Le Président du Conseil de Surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du Conseil de Surveillance prennent fin, son mandat de Président prend fin également.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et 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.

Article 17 : Suppléance

Le Président du Conseil de Surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un Vice-président, qui préside le Conseil de Surveillance en son absence.

En cas de vacance des fonctions de Président du Conseil de Surveillance et de Vice-président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées



Article 18 : Réunions

Le Conseil de Surveillance se réunit, au moins quatre fois par an, sur convocation du Président ou à la demande du tiers de ses membres. Il est établi un calendrier prévisionnel des réunions. Ce calendrier est modifiable.

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 à nouveau dans un délai compris entre 3 et 8 jours.

Article 19 : Ordre du jour

L'ordre du jour et les documents y afférents sont arrêtés par le Président du Conseil de Surveillance, puis adressés à chacun de ses membres, par voie électronique et/ou postale, au moins sept jours à l'avance.

Article 20 : Quorum

Le Conseil de Surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du Président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Article 21 : Compte-rendu de séance

Le secrétariat de la séance est organisé à la discrétion de la Directrice Générale.

Avant chaque réunion, les membres du conseil de surveillance reçoivent, par voie électronique et/ou postale, un compte-rendu de la séance précédente. Ce compte rendu mentionne :

- la date de la réunion ;
- la liste des membres présents ;
- un rappel des points appelés à l'ordre du jour ainsi que les conclusions des débats, l'issue des délibérations et des avis sollicités.

L'ensemble des comptes-rendus est conservé par la Direction générale du CHRU de Reims.



Article 22 : Entrée en vigueur et modifications

Le règlement intérieur initial est entré en vigueur le 9 juillet 2010.

Le présent règlement intérieur modifié (ajout à l'article 4 de l'avis du Conseil de Surveillance sur la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire.et de l'article 11 relatif aux participants non membres) a été approuvé par le Conseil de Surveillance le .

Historique		
Date Création	9 juillet 2010	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Juin 2016	Actualisation	Modifications suite à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé.



ANNEXE 2

Le règlement intérieur du Directoire du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Article 1 : Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur a pour objet, d'une part, de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables au directoire et, d'autre part, d'en définir les règles et les modalités de fonctionnement.

CHAPITRE 1 : ATTRIBUTIONS ET COMPÉTENCES DU DIRECTOIRE

Article 2 : Compétences générales du Directoire

Le Directoire conseille la Directrice Générale dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Article 3 : Délibération du Directoire

Le directoire approuve le projet médical, élaboré par le Président de la Commission médicale d'établissement avec la Directrice Générale.

Article 4 : Concertation au sein du Directoire

Préalablement à toute décision, la Directrice Générale organise la concertation du Directoire dans les domaines de compétence suivants :

⇒ Concernant la stratégie de l'établissement, le Directoire est concerté sur :

- la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) ;
- le projet d'établissement ;
- l'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité ;
- la constitution et la participation à l'une des formes de coopération sanitaire ou des réseaux de santé ;
- 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 ;
- le plan blanc de l'établissement.



⇒ Concernant la gestion budgétaire et financière, le Directoire est concerté sur :

- l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ;
- le plan global de financement pluriannuel ;
- les propositions de tarifs des prestations ;
- le programme d'investissement ;
- le compte financier ;
- le plan de redressement.

⇒ Concernant les ressources humaines et l'organisation du travail, le Directoire est concerté sur :

- le bilan social et la définition des modalités d'une politique d'intéressement ;
- l'organisation du travail et des temps de repos dans le cas où elle n'aurait pas pu être définie en accord avec les organisations syndicales.

⇒ Concernant les affaires générales et juridiques, le Directoire est concerté sur :

- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans ;
- les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 du code de la santé publique ;
- les délégations de service public ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- les prises de participation et les créations de filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat.

La Directrice Générale peut également organiser la concertation du Directoire sur tout sujet concernant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Article 5 : Information du Directoire

Le Président de la Commission médicale d'établissement, premier Vice-président du Directoire, présente au Directoire :

- le programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, proposé à la Directrice Générale par la Commission médicale d'établissement en ce qui concerne 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 ;
- un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.



CHAPITRE 2 : COMPOSITION DU DIRECTOIRE

Le directoire du CHU de Reims est composé de 9 membres, dont 4 membres de droit et 5 membres nommés par la Directrice Générale.

Article 6 : Membres de droit

Sont membres de droit du Directoire :

- la Directrice Générale, Présidente du Directoire ;
- le Président de la Commission médicale d'établissement, premier Vice-président du Directoire chargé des affaires médicales ;
- le Directeur de l'Unité de formation et de recherche médicale, Vice-président Doyen ;
- le Président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Article 7 : Membres nommés par la Directrice Générale

La Directrice Générale de l'établissement procède à la nomination :

- du Vice-président chargé de la recherche ;
- de deux représentants des professions médicales ;
- de deux autres membres de son choix.

Dans le cas où le Vice-président chargé de la recherche n'appartient pas à une profession médicale, la Directrice Générale procède alors à la nomination de trois représentants des professions médicales et d'un autre membre de son choix.

Article 8 : Incompatibilités

Nul ne peut être membre du Directoire s'il est membre du Conseil de surveillance.

Par dérogation à l'incompatibilité générale fixée à l'alinéa précédent, le Président de la Commission médicale d'établissement, premier Vice-président du Directoire et le Directeur de l'Unité de formation et de recherche médicale, vice-président Doyen, sont membres du Conseil de surveillance, avec voix consultative.

Article 9 : Modalités de nomination

La Directrice Générale nomme le Vice-président chargé de la recherche sur présentation d'une liste établie conjointement par le Président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, le Président de l'Université de Reims Champagne-Ardenne et le Doyen de la Faculté de médecine.

Cette liste comporte au moins trois noms.



Elle est présentée à la Directrice Générale dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition ou à défaut de proposition dans le délai de trente jours suivant la demande effectuée la Directrice Générale, cette dernière nomme la personne de son choix. La Directrice Générale nomme les membres du Directoire appartenant aux professions médicales sur présentation d'une liste établie conjointement par le Président de la Commission médicale d'établissement et le Doyen de la Faculté de médecine.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée à la Directrice Générale dans un délai de trente jours à compter de sa demande.

La Directrice Générale peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée, dans un délai de quinze jours, si elle constate qu'elle n'est pas complète ou en cas de désaccord avec les propositions formulées.

En cas de nouveau désaccord, la Directrice Générale nomme les membres de son choix.

La Directrice Générale informe le Conseil de surveillance de la nomination d'un nouveau membre au Directoire.

Article 10 : Durée du mandat et cessation des fonctions

Le mandat des membres du Directoire nommés par la Directrice Générale est de 4 ans.

Le mandat d'un membre du Directoire prend fin lorsque son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il en était membre.

Il prend également fin lors de la nomination d'une nouvelle Directrice Générale ou d'un nouveau Directeur Général.

Un membre du directoire nommé par la Directrice Générale peut démissionner de ses fonctions au sein du Directoire. Cette démission prend effet lorsque la Directrice Générale aura procédé à son remplacement, selon les modalités de nomination prévues à l'article 9.

La Directrice Générale peut révoquer les membres du Directoire qu'elle a nommés. Elle en informe alors le conseil de surveillance.

Article 11 : Directoire élargi et invités

Le Directoire peut se réunir sous une forme élargie aux Chefs de pôles cliniques, médico-techniques et administratifs et à des personnes invitées.

La Présidente du Directoire, après concertation avec le premier Vice-président du Directoire, établit la liste des personnes invitées à s'associer aux travaux du Directoire selon les points inscrits à l'ordre du jour.



CHAPITRE 3 : CONDITIONS D'EXERCICE DES MEMBRES DU DIRECTOIRE

Article 12 : Caractère gratuit des fonctions

Les fonctions de membre du Directoire sont exercées à titre gratuit. Les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions, selon les règles et tarifs applicables à la fonction publique hospitalière.

Article 13 : Obligation de discrétion

Les membres du Directoire, ainsi que toute autre personne présente lors de ses réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des documents communiqués et de l'ensemble des informations ou avis échangés.

Article 14 : Conflits d'intérêts

Tout membre du Directoire, dès sa nomination et, en toute hypothèse, avant la première réunion du Directoire à laquelle il est appelé à siéger, déclare à la Présidente du Directoire les conventions qu'il a passées, directement ou indirectement, avec le CHRU de Reims.

Par la suite, il déclare tout projet de convention qu'il envisage de passer avec le CHRU de Reims au cours de son mandat.

Ces dispositions s'appliquent également aux membres participant aux réunions du Directoire dans sa configuration élargie.



CHAPITRE 4 : FONCTIONNEMENT DU DIRECTOIRE

Article 15 : Présidence et Vice-Présidence

La Directrice Générale est la Présidente du Directoire.

Le Président de la Commission médicale d'établissement en est le premier Vice-président, chargé des affaires médicales.

Le Directoire compte en outre deux autres Vice-présidents : le Vice-président Doyen et le Vice-président chargé de la recherche.

La concertation au sein du Directoire a lieu à l'initiative et selon les modalités définies par sa Présidente.

Pour le bon déroulement des séances, la Présidente du Directoire peut se faire assister des collaborateurs de son choix, en fonction des points inscrits à l'ordre du jour.

Article 16 : Suppléance

Les membres du Directoire doivent y siéger personnellement sans pouvoir s'y faire remplacer par un suppléant. Cette règle s'applique également aux Chefs de pôle appelés à participer aux séances du Directoire élargi et aux personnes invitées en fonction de l'ordre du jour.

Tout membre du Directoire empêché d'assister à l'une de ses réunions en informe, dès que possible, le secrétariat de la Présidente.

Article 17 : Réunions

Le Directoire, se réunit, au moins 8 fois par an, sur convocation de la Présidente. Il est établi un calendrier prévisionnel des réunions. Ce calendrier est modifiable.

Les séances ne sont pas publiques.

Article 18 : Ordre du jour

L'ordre du jour et les documents y afférents sont arrêtés par la Présidente du Directoire, après concertation du premier Vice-président, puis adressés à chacun de ses membres, par voie électronique, dans toute la mesure du possible 48 heures au moins avant chaque réunion.

Article 19 : Quorum

Les débats au sein du directoire se déroulent valablement quel que soit le nombre des présents.



Article 20 : Compte-rendu de séance

Le secrétariat de la séance est organisé à la discrétion de la Directrice Générale.

Les membres du Directoire reçoivent, par voie électronique, un compte-rendu de séance dans le courant du mois suivant chaque réunion. Ce compte rendu mentionne :

- la date de la réunion ;
- la liste des membres présents ;
- un rappel des points appelés à l'ordre du jour et une brève synthèse de la concertation.

L'ensemble des comptes-rendus est conservé par la Direction générale du CHRU de Reims.

Article 21 : Entrée en vigueur et modifications

Le règlement intérieur initial est entré en vigueur, le 26 juin 2010.

Il pourra être modifié par décision de la Directrice Générale, prise après concertation du Directoire.

Le présent règlement intérieur modifié (ajout d'un alinéa à l'article 4, in fine, relatif aux compétences du Directoire) a été approuvé par la Directrice Générale le , après concertation du Directoire le .

Historique		
Date Création	26 juin 2010	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Juin 2016	Actualisation	Modifications suite à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé.



ANNEXE 3

Le règlement intérieur de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Article 1 : Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur a pour objet, d'une part, de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables à la Commission médicale d'établissement et, d'autre part, d'en définir les règles et les modalités de fonctionnement.

CHAPITRE 1 : ATTRIBUTIONS ET COMPÉTENCES DE LA CME

Article 2 : Compétences générales de la CME

La Commission médicale d'établissement est l'organe représentatif des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. Elle élit son président.

La Commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration 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 ; elle propose à la Directrice Générale un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Article 3 : Matières soumises pour avis à la CME

Préalablement à toute décision, la Directrice Générale demande l'avis de la CME dans les domaines de compétence suivants :

⇒ *Concernant les affaires médicales, la CME est consultée sur les matières suivantes :*

- les questions individuelles et statutaires relatives aux personnels bi-appartenants
- les questions disciplinaires (tous statuts confondus). Lorsqu'elle statue sur les questions disciplinaires relatives aux PH, la CME siège en formation restreinte aux titulaires
- la procédure visant à mettre fin à un contrat pour insuffisance professionnelle ou faute professionnelle.



⇒ Concernant la stratégie de l'établissement, la CME est consultée sur les matières suivantes :

- le projet médical de l'établissement
- le projet d'établissement ;
- l'organisation interne en pôles d'activité ;
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- la convention constitutive des Centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la Santé Publique ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 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 ;
- les orientations stratégiques de l'établissement ;
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- la convention constitutive d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- la mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, dans le cadre de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire dont le CHU est membre. Le choix est arrêté conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement (article R6132-9 du Code de la santé publique modifié par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire)

⇒ Concernant la gestion budgétaire et financière, la CME est consultée sur :

- le programme d'investissement concernant les équipements médicaux
- le plan global de financement pluriannuel ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par la Directrice Générale ;
- le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

⇒ Concernant les ressources humaines et l'organisation du travail, la CME est consultée sur les matières suivantes :

- le bilan social et la définition des modalités d'une politique d'intéressement ;
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la politique de formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;



⇒ Concernant les affaires générales et juridiques, la CME est consultée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 (prestations de services, valorisation des activités de recherche, exploitation de brevets et licences...)

La Directrice Générale et le Président de la CME peuvent également consulter la CME sur tout sujet concernant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Article 4 : Information des membres de la CME

La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

⇒ Concernant les affaires médicales, la CME est informée sur :

- le bilan annuel des tableaux de service ;

⇒ Concernant la stratégie de l'établissement, la CME est informée sur :

- les contrats de pôles ;
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

⇒ Concernant la gestion budgétaire et financière, la CME est informée sur :

- l'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications.

La CME est également informée sur 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.

Par ailleurs, les avis émis par le collège médical ou la commission médicale de groupement mis en place dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, sont transmis à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement.

La Directrice Générale et le Président de la CME peuvent également informer la CME de tout sujet concernant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Article 5 : Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

Compétences propres en matière de qualité et sécurité des soins

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

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



Compétences propres en matière d'accueil et de prise en charge des usagers

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

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

La CME propose à la Directrice Générale les évolutions dans ses domaines de compétences propres :

Sur l'ensemble des matières citées à l'article 5, la CME propose à la Directrice Générale :

1/ Un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Ce programme prend en compte :

- le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables
- les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Il est assorti d'indicateurs de suivi.

Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

2/ Un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

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



CHAPITRE 2 : LE RÔLE PROPRE DU PRESIDENT DE LA CME

Le Président de la CME est vice-président du Directoire et participe aux séances du Conseil de Surveillance, avec voix consultative.

Article 6 : Une compétence d'avis et de proposition

Il donne un avis sur les questions individuelles et statutaires, le recrutement, la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes.

Il transmet à la Directrice Générale, conjointement avec le Doyen de l'UFR de médecine et en lien, le cas échéant, avec le Doyen de l'UFR concernée, ses propositions pour la nomination des membres médicaux du directoire non membres de droit et des chefs de pôles.

Il propose à la Directrice Générale, après avis du Chef de Pôle, la nomination des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles et donne un avis sur les contrats de pôles. Cet avis sur les contrats de pôles d'activités cliniques et médico-techniques, donné conjointement avec le Doyen avant leur signature, permet de s'assurer de leur cohérence avec le projet médical.

Il propose à la Directrice Générale des listes élaborées conjointement avec le Doyen de l'UFR comportant au moins trois candidats en vue de la nomination dans les fonctions de Chef de pôle ;

Il émet un avis sur l'admission par contrat, par la Directrice Générale et sur proposition du Chef de pôle, de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires de l'établissement.

Article 7 : Des compétences propres

Sous réserve des attributions de la CME et conjointement avec la Directrice Générale, il est chargé :

- de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- de la politique relative aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,

Il présente au Directoire le programme d'actions proposé par la CME

Il élabore, avec la Directrice Générale, et en conformité avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M.), le projet médical de l'établissement.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement

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



CHAPITRE 3 : LES COMMISSIONS DE LA CME

Article 8 : La désignation des Commissions

La C.M.E. contribue notamment à l'élaboration 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. Elle propose à la Directrice Générale un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des usagers (article L6144-1 du Code de la santé publique).

En vertu de la liberté d'organisation instaurée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi HPST », la CME a créé en son sein plusieurs Commissions afin de répondre à cet objectif.

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, des commissions techniques sont créées en vue de permettre à la celle-ci de satisfaire à ses attributions.

⇒ Elaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur ;
- 5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

⇒ Elaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- 1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- 2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- 3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- 4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- 5° L'organisation des parcours de soins.



Dans ce contexte, il est mis en place les commissions suivantes :



NB : * Commission des postes et des affaires médicales
** Commission de la recherche et de l'innovation

Abréviations :

CAI : Commission des Anti-Infectieux
CBUM : contrat de bon usage des médicaments
CLAN : comité de liaison alimentation - nutrition
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME : commission médicale d'établissement
COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
COPS : commission de la permanence des soins
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CSPCM : commission sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
DPC : développement professionnel continu
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
FMC : formation médicale continue



Article 9 : La charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME

L'organisation et le fonctionnement des Commissions de la CME sont définis dans une charte commune figurant en annexe du présent règlement intérieur de la CME.

Article 10 : Les chartes d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME

Les chartes spécifiques d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME sont annexées au présent règlement intérieur de la CME.



CHAPITRE 4 : PARTICIPATION DE LA CME AUX AUTRES INSTANCES

Les membres de la CME participent aux instances délibératives et consultatives de l'institution, conformément à la réglementation en vigueur et au règlement intérieur de l'établissement.

Article 11 : Le Conseil de surveillance

Le Conseil de surveillance comprend deux représentants médicaux désignés par la CME en son sein. Les membres désignés par la CME sont élus au scrutin secret uninominal et à la majorité des suffrages exprimés.

Le Président de la CME, le Doyen de l'UFR et le Président du Comité d'éthique assistent avec voix consultative au Conseil de surveillance.

Article 12 : Le Directoire

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

Article 13 : Le Comité technique d'établissement

La CME désigne, en son sein, un représentant pour siéger au Comité technique d'établissement. Ce représentant siège à titre consultatif.

Article 14 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

La CME désigne, en son sein, deux représentants pour siéger au CHSCT, avec voix consultative.

Article 15 : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

La CME désigne, en son sein, un représentant pour siéger à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Ce représentant dispose d'une voix consultative.

Article 16 : La Commission des usagers (CDU)

Le Président de la CME est membre de la CDU. Il peut se faire représenter par un médecin membre de la CME.

Article 17 : La Commission d'activité libérale

La CME désigne trois représentants à la Commission d'activité libérale :

- deux praticiens exerçant une activité libérale
- un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale

Les membres de la CME sont informés chaque année du rapport établi par la commission sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.



CHAPITRE 5 : COMPOSITION DE LA CME

LA CME du CHU de REIMS est composée de 58 membres avec voix délibérative et de 9 membres avec voix consultative. En application de l'article 21 du présent règlement intérieur, le nombre de membres avec voix délibérative pourra être porté à 60.

Article 18 : Membres avec voix délibérative

La CME est composée de 8 collèges

Collège 1 : les chefs de pôles (11 sièges)

11 représentants sont élus par et parmi les chefs de pôle.

Collège 2 : les responsables de structures internes (16 sièges)

16 représentants sont élus par et parmi les responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles.

Collège 3 : les personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement (8 sièges)

8 représentants sont élus par et parmi les personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement :

- 2 représentants pour la médecine
- 2 représentants pour la chirurgie
- 2 représentants pour la biologie
- 1 représentant pour l'anesthésie (en l'absence de praticien HU en anesthésie, un siège supplémentaire sera ouvert dans la filière médecine).
- 1 représentant pour l'odontologie

Collège 4 : les praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement (8 sièges)

8 représentants élus par et parmi les praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement :

- 2 représentants pour la médecine
- 2 représentants pour la chirurgie
- 1 représentant pour la biologie
- 2 représentants pour l'anesthésie réanimation
- 1 représentant pour la pharmacie



Collège 5 : les personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement (5 sièges)

- 1 représentant élu par et parmi les praticiens hospitaliers contractuels et les cliniciens
- 1 représentant élu par et parmi les assistants hospitaliers spécialistes et généralistes
- 1 représentant élu par et parmi les praticiens attachés
- 2 représentants élus par et parmi les chefs de cliniques, les assistants hospitaliers universitaires et les praticiens hospitaliers universitaires

Collège 6 : les sages-femmes (2 sièges)

2 représentants élus par les sages-femmes

Collège 7 : les internes (4 sièges)

Quatre représentants des internes sont désignés :

- un représentant pour les internes de médecine générale,
- un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités,
- un représentant pour les internes de pharmacie
- un représentant pour les internes en odontologie.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par la Présidente du Directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la Commission de subdivision dont relève l'établissement.

Collège 8 : les étudiants hospitaliers (4 sièges)

Quatre représentants des étudiants hospitaliers sont désignés :

- un représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine générale,
- un représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie
- un représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie
- un représentant pour les étudiants en maïeutique.

Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par la Présidente du Directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein des Conseils des Unités de formation et de recherche liées par convention à l'établissement. Un représentant des étudiants en maïeutique est nommé pour deux ans par la Présidente du Directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du Conseil de la composante universitaire liée par convention à l'établissement ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du Conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'établissement.

Article 19 : Membres nommés par la Directrice Générale, avec voix consultative

Assistent en outre avec voix consultative, les membres suivants :

- La Présidente du Directoire ou son représentant ; elle peut se faire assister de toute personne de son choix.
- Les Directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie et d'odontologie ;
- Le Président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;



- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement

Article 20 : Elections

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret 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 du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent le même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent à la Directrice Générale du CHU. Cette dernière proclame les résultats et arrête la liste des membres de la CME.

Article 21 : Durée du mandat et Suppléance des membres

La durée du mandat des membres de la CME est fixée à 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 catégorie ou de la discipline considérée qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Dans le cas particulier où un Chef de pôle serait élu Président de CME :

- le praticien élu Président de la CME cesse immédiatement ses fonctions de Chef de pôle, et est placé en surnombre dans le collège n°3. Afin de garantir la parité avec le collège n°4, le premier suppléant de la discipline devient alors membre permanent et a voix délibérative ;
- le premier suppléant du collège n°1 devient alors membre permanent.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent. En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire par des élections partielles organisées par la Directrice Générale ;

Article 22 : Durée du mandat et cessation des fonctions

Le mandat des membres de la CME prend fin lorsque les intéressés cessent d'exercer les fonctions au titre desquels ils ont été élus, ou à l'issue des quatre ans réglementaires.



CHAPITRE 6 : FONCTIONNEMENT DE LA CME

Article 23 : Présidence

Le Président est élu parmi les représentants des personnels enseignants et hospitaliers. Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le Président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement.

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

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

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

Les fonctions de Président de la Commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de Chef de pôle.

Article 24 : Vice-Présidence

Le Vice-président est élu parmi les représentants des praticiens titulaires de l'établissement.

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

Article 25 : Conditions d'exercice des membres de la CME

Sans préjudice des dispositions relatives à l'exercice des fonctions du Président, les fonctions de membre de la CME sont exercées à titre gratuit. Les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions, selon les règles et tarifs applicables à la fonction publique hospitalière.

Les membres de la CME, ainsi que toute autre personne présente lors de ses réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des documents communiqués et de l'ensemble des informations ou avis échangés.

Article 26 : Fonctionnement

Le Président de la Commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la Commission.

Pour l'accomplissement de ses missions, la Commission médicale d'établissement définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions prévues aux articles 30 à 32 du présent règlement intérieur.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la Commission médicale d'établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.



Article 27 : Réunions, convocation et ordre du jour

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

Elle est également réunie à la demande, soit d'un tiers de ses membres, soit de la Présidente du Directoire, soit du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé par voie électronique et/ou postale au moins sept jours à l'avance aux membres de la Commission et 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, sur invitation du Président de la CME. Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Les séances ne sont pas publiques.

Article 28 : Quorum

Les débats se déroulent valablement en présence d'un tiers des membres.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, dans les meilleurs délais, est réputée valable quel que soit le nombre des présents.

Article 29 : Compte-rendu de séance

Le secrétariat de la séance est organisé à la discrétion de la Directrice Générale.

Le compte-rendu de séance est signé par le Président de la CME et approuvé par ses membres lors de la séance suivante.

Les membres de la CME reçoivent, par voie électronique, un compte-rendu de séance dans le courant du mois suivant chaque réunion. Ce compte rendu mentionne :

- la date de la réunion ;
- la liste des membres présents ;
- un rappel des points appelés à l'ordre du jour et une synthèse de la concertation.

L'ensemble des comptes-rendus est conservé par la direction générale du CHRU de Reims.

Article 30 : Entrée en vigueur et modifications

Le règlement intérieur, dans sa version initiale, est entré en vigueur, en avril 2011.

Il peut être modifié en tant que de besoin.

Historique		
Date Création	Avril 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Juin 2016	Actualisation	Modifications suite au décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 et à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé.



ANNEXE 3.1

Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1- Préambule et désignation	- Tout CHU
2- Responsable et responsable adjoint	
3- Composition	<u>Mode de diffusion</u> - GED
4- Objectifs et domaines couverts	
5- Missions	
6- Organisation et fonctionnement	
7- Archivage des documents	
8- Abréviations	
9- Textes de référence	

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, des commissions techniques sont créées en vue de permettre à la celle-ci de satisfaire à ses attributions.

⇒ **Elaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur ;
- 5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

⇒ **Elaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- 1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- 2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- 3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- 4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- 5° L'organisation des parcours de soins.



⇒ Proposition de programmes d'actions et élaboration d'un rapport annuel

La Commission Médicale d'Etablissement :

- 1° Propose à la Directrice Générale le programme d'actions mentionné à l'article L6144-1 du Code de la Santé Publique (CSP). Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L.6111-2 du CSP (infections associées aux soins et iatrogénie...). Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.
- 2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.
La Directrice Générale tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

⇒ Consultation de la Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement est consultée sur des matières sur lesquelles le Comité Technique d'Etablissement est également consulté. Ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération du Conseil de Surveillance mentionnés à l'article L. 6143-1, à savoir :
 - Le projet d'établissement
 - La convention constitutive des Centres Hospitaliers Universitaires et les conventions passées en application de l'article L.6142-5 du Code de la santé publique. Ces conventions peuvent être conclues par les Universités et par les Centres Hospitaliers Régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L. 6142-1, qui dispose que les Centres Hospitaliers Universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements para-médicaux.
 - Le compte financier et l'affectation des résultats ;
 - Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
 - Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
 - Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
 - Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
 - Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7. En effet, sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux.

Les C.H.U. peuvent prendre des participations et créer des filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat.
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;



- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ; A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
- 7° La convention constitutive d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 4° La politique de formation des étudiants et internes ;
- 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 7° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 10° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.
- 12° La mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, dans le cadre de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire dont le CHU est membre. Le choix est arrêté conformément à l'option retenue dans leurs avis par la majorité des CME des établissements parties au groupement.

Par ailleurs, dans le cadre des procédures disciplinaires, l'avis de la CME siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires est requis en cas d'avertissement ou de blâme prononcé par le Directeur Général du Centre National de Gestion (ainsi que l'avis de la Directrice Générale du CHU et l'avis du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé). Dans ce cas, l'avis de la CME est rendu dans un délai de deux mois à compter de la date de sa convocation. A défaut, l'avis motivé du Président de la CME est alors seul requis. Les autres sanctions sont prononcées par décision motivée du Directeur Général du Centre national de gestion après avis du Conseil de discipline (voir articles R6152-74 et R6152-318 du Code de la santé publique). La discipline des personnels relevant du statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires est régie par le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié (juridiction disciplinaire instituée par l'article L. 952-22 du Code de l'éducation).

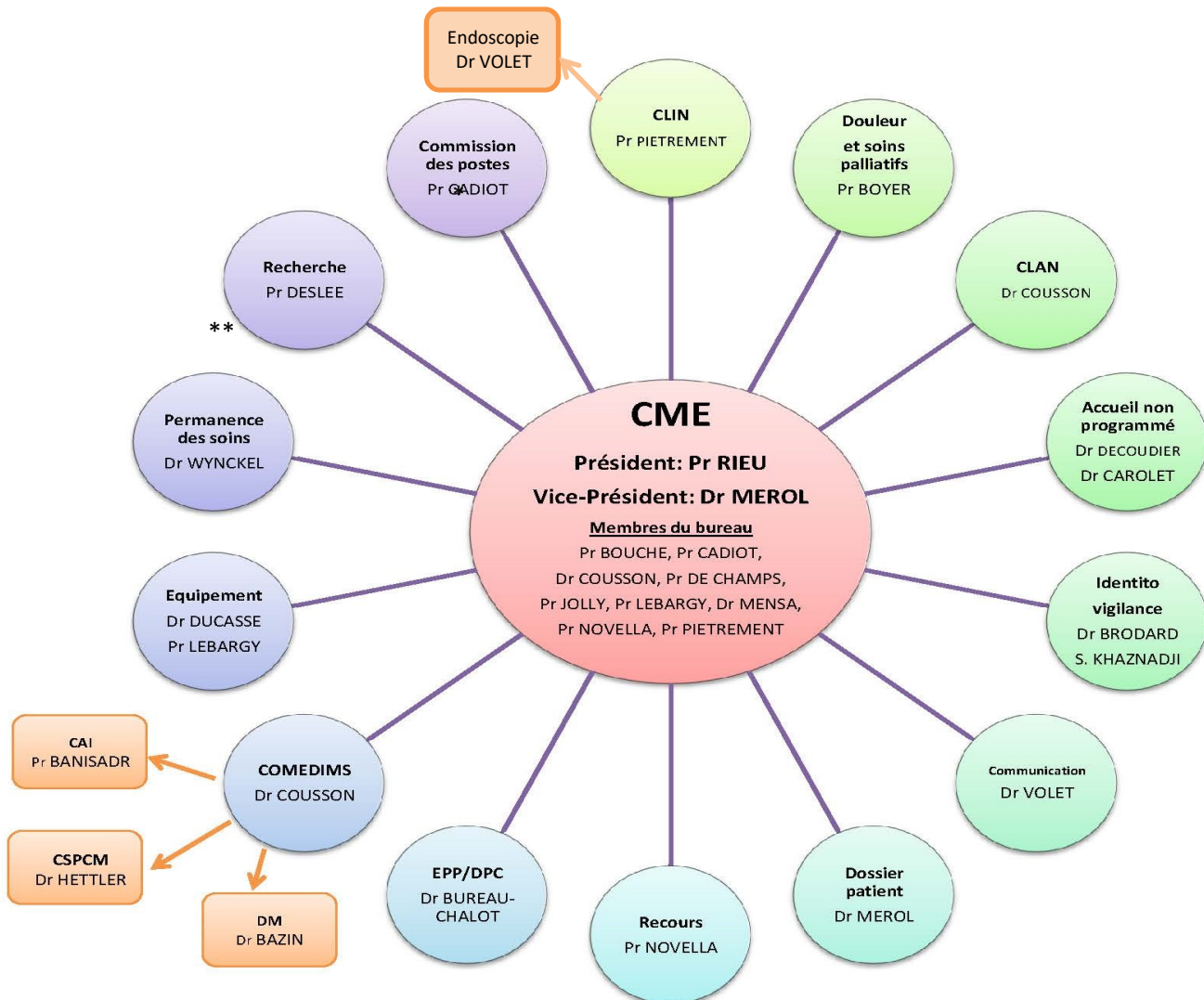
⇒ **Information de la Commission Médicale d'Etablissement**

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

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



Dans ce contexte, il est mis en place les commissions suivantes :



NB : * Commission des postes et des affaires médicales
** Commission de la recherche et de l'innovation

Abréviations :

CAI : Commission des Anti-Infectieux
CBUM : contrat de bon usage des médicaments
CLAN : comité de liaison alimentation - nutrition
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME : commission médicale d'établissement
COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
COPS : commission de la permanence des soins
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CSPCM : commission sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
DPC : développement professionnel continu
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
FMC : formation médicale continue



2/ Responsable et responsable adjoint

⇒ Désignation :

Un responsable de la commission est désigné par le président de la CME.

Ses fonctions prennent fin au terme du mandat de la CME ou sur présentation de sa démission au président de la CME. Le président de la CME procède alors à une nouvelle désignation dans un délai d'un mois.

Le responsable peut être secondé par un responsable adjoint, désigné par le président de la CME.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du responsable, ses fonctions sont assumées par le responsable adjoint (à défaut, par le président de la CME) jusqu'à la désignation d'un nouveau responsable.

Le nom du responsable, voire du responsable adjoint, de chacune des commissions ou groupe de réflexion sont définis dans leur charte respective.

⇒ Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la CRU.

3/ Composition

Elle est définie par le responsable sur le principe suivant :

- Des experts médicaux ou non médicaux du domaine
- Des représentants de l'équipe opérationnelle le cas échéant
- D'un représentant médical +/- non médical pour les pôles impliqués par les domaines couverts par la commission sur proposition du chef du pôle, avec la participation de la direction fonctionnelle impliquée, sur désignation de la Directrice Générale et la participation de l'encadrement paramédical sur désignation du Directeur des soins.

Le responsable peut moduler la composition en fonction des exigences réglementaires et des périmètres couverts par la commission.

La composition de chacune des commissions ou groupe de réflexion est définie dans leur charte respective.

4/ Objectifs et domaines couverts

Les objectifs de chacune des commissions et les domaines couverts par celles-ci sont définis dans leur charte respective.

5/ Missions

La commission est un groupe de concertation, consultation et coordination du domaine concerné.

Missions :

- Réaliser un état des lieux ;



- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions institutionnel ;

Il prend en compte :

- Les évolutions réglementaires ;
- Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisation afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
- Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
- L'expression des usagers : rapport annuel de la CRU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
- La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
- L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)

Ce programme est présenté au bureau de la CME puis à la CME.

- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions institutionnel ;
- Réaliser un bilan annuel

Il est présenté au bureau de la CME puis à la CME ;

- Organiser l'information et la communication globale auprès des professionnels.

Les missions complémentaires de chacune des commissions sont définies dans leur charte respective.

6/ Organisation et fonctionnement

6.1/ Groupes de travail

Le responsable peut mettre en place des groupes de travail ad hoc.
Leur travail est soumis à validation de la commission.

6.2/ Réunions plénières

Participation :

Tous les membres.

En cas d'impossibilité, chacun peut se faire représenter sur accord du responsable.

Périodicité :

- 2 / an au minimum.
- La date est définie 1 mois avant la réunion.

Ordre du jour :

- Préparé par le responsable et transmis au minimum 15 jours avant la réunion.

Relevé de conclusions :

- Rédigé par le responsable (à défaut soumis à sa validation) dans les 15 jours qui suivent la réunion.
- Transmis au Président de la CME pour validation avant diffusion et archivage dans la GED.

7/ Archivage des documents

- Charte d'organisation et de fonctionnement
- Relevé de conclusions des réunions plénières avec état de présence



- Bilan annuel
- Textes officiels

Sur le site intranet dédié à la CME.

8/ Abréviations

CAI : Commission des Anti-Infectieux
CBUM : contrat de bon usage des médicaments
CDU : commission des usagers
CLAN : comité de liaison alimentation - nutrition
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME : commission médicale d'établissement
COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
23/03/2016	Actualisation	Actualisation au regard du règlement intérieur du CHU et de l'actualité réglementaire



ANNEXE 3.2

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Evaluation des pratiques professionnelles et développement professionnel continu »

Sommaire	Liste des destinataires
1- Préambule et désignation	- Tout CHU
2- Responsable et responsable adjoint	
3- Composition	Mode de diffusion - GED
4- Objectifs et domaines couverts	
5- Missions	
6- Organisation et fonctionnement	
7- Archivage des documents	
8- Abréviations	
9- Textes de référence	

1/ **Préambule et désignation**

Conformément à l'avis de la CME émis 19/11/2015, les commissions EPP et DPC ont été maintenues sous la forme d'une commission commune « Evaluation des Pratiques Professionnelles et Développement Professionnel Continu ».

La présente charte complète les documents :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME

2/ **Responsable et responsable adjoint**

Responsable : Docteur Florence BUREAU-CHALOT désignée le 19 novembre 2015

Responsable adjoint : à déterminer

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la CDU.



3/ Composition

La composition de la commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

EPP : concerne toutes les démarches d'EPP menées sur **tous les services cliniques et/ou médico-techniques** de l'établissement

- Entrer dans une culture pérenne de l'**EPP** en responsabilisant tous les professionnels de santé.
- Définir et mettre en œuvre un dispositif de pilotage et une stratégie de développement
- Définir et mettre en œuvre des axes prioritaires de développement
- Définir et mettre en œuvre des mesures d'accompagnement

DPC :

- Définir et mettre en œuvre la politique de **DPC** sur l'**établissement** conformément à la réglementation
- Définir et mettre en œuvre la politique institutionnelle d'**accréditation des médecins et équipes médicales** pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
 - Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
 - Préparer le pré-programme d'actions
- Il prend en compte :
- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisation afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

En complément, la commission « EPP/DPC » assure les missions suivantes :

EPP :

- Recenser les actions d'évaluation réalisées ou en cours et formuler des recommandations en matière de choix de thématiques ;
- Assurer l'information en matière de dispositif d'EPP à destination des équipes médicales et soignantes et mettre à disposition des porteurs de projet un dispositif d'accompagnement, de suivi et de formation ;
- Assurer la validation individuelle des programmes ou actions d'EPP, réalisés par les praticiens et les soignants.



DPC :

- Définir la politique institutionnelle et les orientations du DPC relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
- Perfectionner la structuration de la gouvernance du DPC médical et soignant ;
- Enrichir l'offre de DPC existant et en faire un élément fort de la politique de formation continue du CHU
- Valoriser et communiquer en interne et en externe sur la politique DPC développée au CHU ;
- Etudier toutes les questions relatives au DPC

Note :

- Le programme d'actions de la commission constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.
 - La commission EPP/DPC prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le comité de pilotage qualité et gestion des risques ;
 - Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.
- Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

Modalités de travail entre la commission et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins d'autre part :

La commission coordonne l'ensemble des démarches EPP/DPC sur l'établissement.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La commission assiste le CGRAS dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o Le responsable de la commission « EPP/DPC » propose le pré-programme du volet EPP/DPC et fournit son bilan
 - o Le responsable de la commission « EPP/DPC » contribue à la hiérarchisation des actions de l'ensemble des différents volets, à la lisibilité du programme global
 - o Le responsable de la commission « EPP/DPC » contribue à l'appropriation du volet EPP du programme d'actions par les acteurs directs
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o La commission « EPP/DPC » met en œuvre le volet EPP/DPC et suit les indicateurs associés
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - o La commission « EPP/DPC » met en œuvre des actions de formation et de communication

La commission « EPP/DPC » et le CGRAS partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/Archivage des documents

Cf charte commune d'organisation et de fonctionnement



8/Abréviations/Définitions

CBUM : contrat de bon usage des médicaments

CME : commission médicale d'établissement

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CDU : commission des usagers

DPC : développement professionnel continu

EPP : évaluation des pratiques professionnelles - L'EPP est une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer les pratiques effectuées et les résultats obtenus aux recommandations professionnelles externes. L'EPP concerne les démarches de prise en charge des patients, qu'elles soient individuelles, collectives, intra ou interservices

CGRAS : coordonnateur des risques associés aux soins

9/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

- Manuel de certification V2010, version avril 2011
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »
- Code de la Santé Publique : Articles L4021-1 à L4021-8 ; R4021-1 à R4021-8 ; R4133-2
- Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins
- Décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu
- Décret n°2013-35 du 11 janvier 2013 modifiant le décret n°2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins
- Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
06/11/2015	Actualisation	Fusion et actualisation des chartes commission EPP et DPC
29/03/2016	Réactualisation	Réactualisation au regard du règlement intérieur du CHU et de l'actualité réglementaire.



Annexe 3.2 bis
Composition de la Commission
« Evaluation des pratiques professionnelles et développement
professionnel continu »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

Responsable de la commission : Mme le Dr Florence BUREAU-CHALOT
Pôle USLD/EHPAD : M. le Dr Frédéric MUNSCH et M. Gilles COULMY
Pôle Locomoteur : M. le Dr Pascal BROCHOT
Pôle Tête-Cou : M. le Pr Carl ARNDT et Mmes Françoise TAMZI et Carole ETIENNOT
Pôle odontologie : Mme Sandrine MACHET
Pôle DUNE : M. le Dr Alain WYNCKEL, Mme le Dr Sophie DEGUELTE, Mme Brigitte CHANZY, Mme Samira NOURI, Mme Sylvette KHAZNADJI
Pôle Médecines : Mme Laurence TABORSKI
Pôle TCVN : M. le Pr Claude CLEMENT et Mme Anne HENRY
Pôle Femme-Mère-Enfant : M. le Pr Michel ABELY, Mme le Pr Sophie BOURELLE, Dr Julien EUTROPE et Mme Isabelle MESSIEUX
Pôle Autonomie et Santé : M. le Pr François BOYER, M. le Dr Benoit VESSELLE, M. le Dr COLAS et Mme CAMONIN
Pôle psychiatrie adulte : Mme le Dr Bérengère HUBSCH-SONNTAG, M. le Dr Valeriu FRUNTES et Mme Brigitte OLLIVIER
Pôle URAD : M. le Pr Jean-Marc MALINOVSKY et M. François FERRIERE
Pôle interventionnel : Mme Virginie MONCUY
Pôle Biologie : M. le Pr Christophe DE CHAMPS et M. Hervé LEPAN
Pôle imagerie médicale : M. Dominique STAUMONT
Pôle Pharmacie-Pharmacovigilance : Mme le Dr Maryline LEGRAND, Mme le Dr Céline MONGARET et Mme Françoise DROUET
Pôle recherche : M. le Dr Moustapha DRAME
Direction qualité et gestion des risques : Mmes Françoise de TOMMASO et Céline BERRIER
Direction des ressources humaines : Sandrine COURROUX,
Direction des soins infirmiers et médico-techniques : M. Patrice MORIN
Direction des affaires médicales : M. Simon RAOUT, Mme Audrey SADOUET
Institut régional de formation : Mme Sandrine WILLIAUME



ANNEXE 3.3

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

Sommaire	Liste des destinataires
1- Préambule et désignation	- Tout CHU
2- Responsable et responsable adjoint	
3- Composition	Mode de diffusion - GED
4- Objectifs et domaines couverts	
5- Missions	
6- Organisation et fonctionnement	
7- Archivage des documents	
8- Abréviations	
9- Textes de référence	

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, la COMmission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) a été maintenue. Elle comporte trois sous-commissions :

- la commission des anti-infectieux (CAI)
- la commission de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (CSPCM)
- la commission des dispositifs médicaux (CDM)

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la Commission Médicale d'Etablissement dans leurs pouvoirs respectifs.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME

2/ Responsable et responsable adjoint

Responsable : Docteur Joël COUSSON, désigné par le Président de la CME le 15 décembre 2011 et confirmé dans ses fonctions.

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Assurer la coordination des travaux des trois sous-commissions, dont il est membre de droit ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU).



3/ Composition

Elle est composée des acteurs principaux concernés par la prise en charge thérapeutique des patients (Prescripteurs, Pharmaciens, Cadres de santé, responsables des vigilances en fonction des thèmes abordés)

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

- Assister la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins et le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions d'établissement assorti d'indicateurs de suivi en matière :
 - o de **bon usage des médicaments**
 - o de **bon usage des dispositifs médicaux stériles**
 - o de **la prise en charge médicamenteuse**
 - o de **participation à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse**
- Répondre aux objectifs institutionnels en lien avec les tutelles et la réglementation.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions

Il prend en compte :

- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisation afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

En complément, la COMEDIMS assure les missions suivantes :

Livrets thérapeutiques

Le renforcement de la politique d'évaluation et de choix des produits pharmaceutiques en participant aux appels d'offres.

L'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement.

L'élaboration des propositions de substitution thérapeutique pour les molécules non référencées au CHU.

Recommandations et bon usage

L'élaboration des préconisations en matière de prescription des dispositifs médicaux stériles et des médicaments.

La participation à l'élaboration des recommandations de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.



La participation à la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

Suivi de l'indicateur ICATB (Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques)

En lien avec le référent antibiotique nommé par la CME, la commission des anti-infectieux élabore un plan annuel d'action et d'évaluation.

Evaluation

L'élaboration du bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles.

L'évaluation des procédures, pratiques et recommandations qu'elle met en place en vue de l'amélioration continue de la qualité des soins donnés aux patients

Veille scientifique et réglementaire dans son champ de compétence

Note :

Le programme d'actions de la COMEDIMS constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

A ce titre :

- la COMEDIMS prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques ».
- le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

Modalités de travail entre la CAI et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

La COMEDIMS est experte dans ses domaines.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La COMEDIMS assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o Le responsable de la COMEDIMS propose le pré-programme des volets « bon usage des médicaments anti-infectieux », « bon usage des dispositifs médicaux » et « prise en charge médicamenteuse » et fournit son bilan ;
 - o Le responsable de la COMEDIMS contribue à la hiérarchisation des actions de l'ensemble des différents volets, à la lisibilité du programme global ;
 - o Le responsable de la COMEDIMS contribue à l'appropriation des volets « bon usage des médicaments anti-infectieux », « bon usage des dispositifs médicaux » et « prise en charge médicamenteuse » du programme d'actions par les acteurs de terrain
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o La COMEDIMS met en œuvre les volets « bon usage des médicaments anti-infectieux », « bon usage des dispositifs médicaux » et « prise en charge médicamenteuse » et suit les indicateurs associés
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - o La COMEDIMS met en œuvre des actions d'information et de communication sur les volets « bon usage des médicaments anti-infectieux », « bon usage des dispositifs médicaux » et « prise en charge médicamenteuse ».

La COMEDIMS et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.



6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Dispositions particulières :

6.1 Réunions

Les membres de la COMEDIMS se réunissent au moins deux fois par an, selon un calendrier défini en début d'année.

6.2 Relevés de conclusions

Les relevés de conclusions de la COMEDIMS sont rédigés par le responsable (et, à défaut, sont soumis à sa validation), dans les 15 jours qui suivent la réunion. Afin de permettre une diffusion plus rapide des informations, le relevé de conclusions sera envoyé par mail et l'approbation sera effective en l'absence de remarque des membres de la COMEDIMS dans un délai de 10 jours après réception.

La COMEDIMS est constituée de trois sous-commissions, dotées de leurs propres chartes d'organisation et de fonctionnement, à savoir :

- la Commission des anti-infectieux sous la responsabilité de Madame le Professeur BANI SADR ;
- la Commission Sécurisation de la Prise en Charge Médicamenteuse sous la responsabilité de Madame le Docteur Dominique HETTLER ;
- la Commission Dispositifs Médicaux Invasifs sous la responsabilité de Monsieur le Docteur Arnault BAZIN

Les relevés de conclusions de ces trois sous-commissions sont systématiquement adressés au responsable de la COMEDIMS pour validation et envoi au Président de la CME en vue de leur approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

6.3 Coopérations et collaborations

La COMEDIMS travaille, échange et coopère avec l'OMEDIT de Champagne-Ardenne (Observatoire des Médicaments des dispositifs Médicaux Stériles et de l'Innovation Thérapeutique).

La COMEDIMS travaille en étroite collaboration avec les autres commissions de la CME.

7/Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/Abréviations

CBUM : contrat de bon usage des médicaments
CLIN : commission de lutte contre les infections nosocomiales
CME : commission médicale d'établissement
COMEDIMS : Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
CSIRMT : commission de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
LIN : lutte contre les infections nosocomiales

9/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :



Règlement intérieur du Centre Hospitalier Universitaire de Reims
Version du 6 avril 2021

Décret n°2010-1029 du 30 Août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.

Arrêté du 6 Avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique

Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 et n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Code de la Santé Publique : articles L 5126-5 et L 6144-1 ; R 6111-9 à R 6111-11

Historique (Modèle type)		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Mai 2016	Actualisation	Actualisation au regard du règlement intérieur du CHU et de l'actualité réglementaire



Annexe 3.3 bis
Composition de la Commission
du médicament et des dispositifs médicaux stériles
(COMEDIMS)

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

Responsable de la commission : M. le Dr Joël COUSSON

Mme le Dr Catherine AMORY
M. le Dr Arnaud BAZIN
Mme le Dr Morgane BONNET
M. le Dr Sébastien COLAS
Mme Françoise DROUET
Mme le Dr Maryline LEGRAND
Mme le Dr Carole FRANCES
Mme Jeannine LEONARD
M. le Pr Jean-Marc MALINOVSKY
Mme le Dr Catherine MENNESSON
M. le Pr Pierre NAZEYROLLAS
Mme le Dr Pauline QUILLET
Mme le Dr Violaine NOEL
Mme le Dr Christine ROUGER
Mme le Pr Firouzé BANI SADR
M. le Dr Thierry TRENQUE
M. le Dr Alain WYNCKEL
Mme le Dr Dominique HETTLER
Mme Guillemette SPIDO
Mme Françoise DE TOMMASO
Mme le Dr Delphine MINETTE BRUNEL
M. le Dr Valeriu FRUNTES
M le Dr Zoubir DJERADA
Mme le Dr Sophie NOVELLA
M. le Dr Sébastien LAURENCE
M le Dr Jean-Hugues SALMON

Total : 27 membres



ANNEXE 3.4

Charte d'organisation et de fonctionnement de la « Commission des anti – infectieux »

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1- Préambule et désignation 2- Responsable et responsable adjoint 3- Composition 4- Objectifs et domaines couverts 5- Missions 6- Organisation et fonctionnement 7- Archivage des documents 8- Abréviations 9- Textes de référence	- Tout CHU <u>Mode de diffusion</u> - GED

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 15 Décembre 2011 et confirmé le 19 novembre 2015, la Commission des anti-infectieux constitue une sous-commission de la Commission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS).

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la Commission Médicale d'Etablissement dans leurs pouvoirs respectifs.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME
- Charte de la COMEDIMS

2/ Responsable

Responsable : Professeur Firouze BANISADR, sur proposition du Responsable de la COMEDIMS, validée par le Président de la CME.

Missions de la responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Etablir avec le responsable de la COMEDIMS et la direction des soins, la liste des membres de la Commission (après validation par le Président de la CME)
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU)



3/ Composition

Elle est composée des acteurs principaux concernés par la prise en charge thérapeutique des patients (Prescripteurs, Pharmaciens, Cadres de santé, responsables des vigilances en fonction des thèmes abordés)

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

- Assister la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins et le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions d'établissement assorti d'indicateurs de suivi en matière de promotion du bon usage des médicaments anti infectieux ;
- Répondre aux objectifs institutionnels en lien avec les tutelles et la réglementation.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
 - Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
 - Préparer le pré-programme d'actions
- Il prend en compte :
- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisation afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

En complément, la Commissions des Anti infectieux assure les missions suivantes :

Livrets thérapeutiques

Le renforcement de la politique d'évaluation et de choix des produits pharmaceutiques en participant aux appels d'offres.

L'élaboration de la liste des médicaments anti-infectieux.

Recommandations et bon usage

L'élaboration des préconisations en matière de prescription des médicaments anti-infectieux.

La participation à l'élaboration des recommandations de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.



Suivi de l'indicateur ICATB (Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques)

En lien avec le référent antibiotique nommé par la CME, la Commissions des Anti infectieux élabore un plan annuel d'action et d'évaluation.

Evaluation

L'élaboration du bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments anti infectieux

L'évaluation des procédures, pratiques et recommandations qu'elle met en place en vue de l'amélioration continue de la qualité des soins donnés aux patients

Veille scientifique et réglementaire dans son champ de compétence

Note :

Le programme d'actions de la CAI constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec la COMEDIMS et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. A ce titre :

- La CAI prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage Qualité et gestion des risques
- Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

Modalités de travail entre la CAI et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

La CAI est experte dans ses domaines.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La CAI assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o Le responsable de la CAI propose le pré-programme des volets « bon usage des médicaments » et « prise en charge médicamenteuse » et fournit son bilan
 - o Le responsable de la CAI contribue à la hiérarchisation des actions de l'ensemble des différents volets, à la lisibilité du programme global
 - o Le responsable de la CAI contribue à l'appropriation des volets « bon usage des médicaments anti infectieux » et « prise en charge médicamenteuse » du programme d'actions par les acteurs de terrain
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o La CAI met en œuvre les volets « bon usage des médicaments anti-infectieux » et « prise en charge médicamenteuse » et suit les indicateurs associés
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - o La CAI met en œuvre des actions d'information et de communication sur les volets « bon usage des médicaments anti-infectieux ».

La CAI et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.



6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Modalités particulières d'approbation des relevés de conclusions :

Afin de permettre une diffusion plus rapide des informations et après accord du Président de la CME, les relevés de conclusions seront envoyés par mail par le Responsable de la Commission aux membres de la CAI. L'approbation sera effective en l'absence de remarque des membres de la CAI dans un délai 10 jours.

Les relevés de conclusions de cette sous-commission de la COMEDIMS sont systématiquement adressés au responsable de la COMEDIMS pour validation et envoi au Président de la CME en vue de leur approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

La CAI travaille en étroite collaboration avec le CLIN et les autres commissions de la CME.

7/Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/Abréviations

- CBUM : contrat de bon usage des médicaments
- CLIN : commission de lutte contre les infections nosocomiales
- CME : commission médicale d'établissement
- COMEDIMS : Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CDU : commission des usagers
- CSIRMT : commission de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
- LIN : lutte contre les infections nosocomiales

9/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

- Décret n°2010-1029 du 30 Août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.
- Arrêté du 6 Avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique
- Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 et n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
- Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé
- Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS no 2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Mai 2016	Actualisation	Actualisation au regard du règlement intérieur du CHU et de l'actualité réglementaire



Annexe 3.4 bis
Composition de la
« Commission des anti – infectieux »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

Responsable de la commission : Madame le Professeur Firouze BANI SADR
M. le Pr Laurent ANDREOLETTI
Mme le Dr Odile BAJOLET
Mme Margaux BERTHET
Mme le Dr Morgane BONNET
M. le Dr Joël COUSSON
M. le Pr Christophe DE CHAMPS
M. le Dr Zoubir DJERADA
Mme le Dr Sandra DURY
Mme le Dr Véronique GARNIER
Mme le Dr Eliane GUYOT
Mme Herminia LASSAULX
Mme Annick LEFEBVRE
Mme le Dr Maryline LEGRAND
Mme Caroline MIGAULT
Mme le Dr Delphine MINETTE BRUNEL
Mme le Pr Christine PIETREMENT
Mme le Dr Lydie TADEUSZ VALLET
Mme le Dr Dominique TOUBAS
M. Thierry TRUNCHE
M. le Dr Alain WYNCKEL
Madame Anne BEAUMONT



ANNEXE 3.5

Charte d'organisation et de fonctionnement de la « Commission des dispositifs médicaux »

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1- Préambule et désignation	- Tout CHU
2- Responsable et responsable adjoint	
3- Composition	
4- Objectifs et domaines couverts	<u>Mode de diffusion</u>
5- Missions	
6- Organisation et fonctionnement	
7- Archivage des documents	
8- Abréviations	
9- Textes de référence	

1/ **Préambule et désignation**

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, la Commission des dispositifs médicaux (CDM) constitue une sous-commission de la COMmission du MEdicament et des DISpositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS).

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la Commission Médicale d'Établissement dans leurs pouvoirs respectifs.

Selon l'article L5211-1 du Code de la santé publique, « *on entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.*

Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs. »

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Établissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.
- Charte de la COMEDIMS.



2/ Responsable

Responsable : M. le Docteur Arnaud BAZIN, sur proposition du Responsable de la COMEDIMS et validé par le Président de CME.

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Etablir avec le responsable de la COMEDIMS et la direction des soins, la liste des membres de la commission (après validation par le Président de la CME)
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la CDU.

3/ Composition

Elle est composée des acteurs principaux concernés par la prise en charge thérapeutique des patients (Prescripteurs, Pharmaciens, Cadres de santé, responsables des vigilances en fonction des thèmes abordés).

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

- Assister la CME, en lien avec le Coordonnateur des risques associés aux soins, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions d'établissement en matière de promotion de la qualité, de la sécurisation, de l'identification et de la traçabilité des dispositifs médicaux ;
- Répondre aux objectifs institutionnels en lien avec les tutelles et la réglementation.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
 - Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
 - Préparer le pré-programme d'actions
- Il prend en compte :
- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisation afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.



En complément, la Commissions des dispositifs médicaux assure les missions suivantes :

Liste des dispositifs médicaux

Elaboration et mise à jour de la liste des dispositifs médicaux qui pourront être mis à disposition au CHU en lien, le cas échéant, avec les recommandations et règles édictées par des structures d'évaluation nationales et notamment l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Achats d'équipements biomédicaux consommateurs de dispositifs médicaux

Participation aux études médico-économiques préalables à l'acquisition des équipements biomédicaux, en vue de déterminer notamment le coût annuel d'exploitation en matière de dispositifs médicaux et de consommables liés à ces équipements. Cette étude destinée à éclairer la décision d'investissement se fera en lien avec la Commission des équipements, le DIM (impact éventuel sur la cotation et la valorisation des actes et séjours...), les services financiers et les services économiques.
S'assurer de l'implication des services de soins dans la procédure d'achat des dispositifs médicaux.

Recommandations et bon usage

Préconisations de bonnes pratiques en matière de circuit des dispositifs médicaux stériles.
Participation à l'élaboration de recommandations de bon usage des dispositifs médicaux stériles.

Evaluation

Elaboration du bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des dispositifs médicaux stériles.
Evaluation des procédures, pratiques et recommandations qu'elle met en place en vue de l'amélioration continue de la qualité des soins donnés aux patients.
Contribution à l'évaluation clinique des dispositifs médicaux et notamment, ceux implantables (marquage CE insuffisant pour démontrer l'efficacité et la sécurité d'un dispositif) et à l'accès des praticiens à des dispositifs médicaux dits « innovants ».

Veille scientifique et réglementaire dans son champ de compétence.

Note :

Le programme d'actions de la Commission des dispositifs médicaux (CDM) constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec la COMEDIMS et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. A ce titre :

- La CDM prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques »
- Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

Modalités de travail entre la CDM et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

La CDM est experte dans ses domaines.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La CDM assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins



- Le responsable de la CDM propose le pré-programme du volet « bon usage des dispositifs médicaux » et fournit son bilan
- Le responsable de la CDM contribue à la hiérarchisation des actions de l'ensemble des différents volets, à la lisibilité du programme global
- Le responsable de la CDM contribue à l'appropriation du volet « bon usage des dispositifs médicaux » du programme d'actions par les acteurs de terrain
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - La CDM met en œuvre le volet « bon usage des dispositifs médicaux » et suit les indicateurs associés
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - La CDM met en œuvre des actions d'information et de communication sur le volet « bon usage des dispositifs médicaux »

La CDM et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf charte commune d'organisation et de fonctionnement

La CDM travaille en étroite collaboration avec la commission des équipements et les autres commissions de la CME.

Modalités particulières d'approbation des relevés de conclusions :

Afin de permettre une diffusion plus rapide des informations et après accord du Président de la CME, les relevés de conclusions seront envoyés par mail aux Membres de la Commission. L'approbation sera effective en l'absence de remarque des Membres de la Commission DM dans un délai 10 jours. Les relevés de conclusions de cette sous-commission de la COMEDIMS seront systématiquement adressés au responsable du COMEDIMS pour validation et envoi au Président de la CME en vue de leur approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/Archivage des documents

Cf charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/Abréviations

CBUM : contrat de bon usage des médicaments
CDM : Commission des dispositifs médicaux
CLIN : commission de lutte contre les infections nosocomiales
CME : commission médicale d'établissement
COMEDIMS : Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
CSIRMT : commission de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
LIN : lutte contre les infections nosocomiales



9/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

Décret n°2010-1029 du 30 Août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.

Arrêté du 6 Avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique

Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 et n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Articles L5211-1 à L5211-6 du Code de la Santé Publique relatifs aux dispositifs médicaux.

Historique		
Date Création	Mai 2016	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées



Annexe 3.5 bis
Composition de la
« Commission des dispositifs médicaux »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

Responsable de la Commission : Dr Arnaud BAZIN

- Pr François LEBARGY, Chef du Pôle thoracique, cardio-vasculaire et neurologique (TCVN) et responsable de la Commission des équipements
- Pr Gérard THIEFIN, Chef du Pôle Digestif-Urologie-Néphrologie-Endocrinologie (DUNE)
- Pr Alain DUCASSE, Chef du Pôle interventionnel
- Dr Arnaud BAZIN, Chef du Pôle tête-cou
- Dr Christophe MENSA, Chef du Pôle Locomoteur
- Pr Jean-Marc MALINOVSKY, Chef du Pôle URAD
- Pr Jean Luc NOVELLA, Chef du Pôle Autonomie santé
- Pr Michel ABELY, Chef du Pôle Femme-Parent Enfant
- Pr Alain DELMER, Chef du Pôle Médecine
- Dr Olivier TOUBAS, Chef du Pôle Imagerie médicale
- Dr Frédéric MUNSCH, Chef du Pôle EHPAD-USLD
- Pr Benoit LEFEVRE, Chef du Pôle Odontologie
- Pr Alain DUCASSE, Chef du Pôle Interventionnel
- Pr Philippe GILLERY, Chef du Pôle Biologie médicale et pathologie
- Pr Arthur KALADJIAN, Chef du Pôle Psychiatrie adultes
- Pr Damien JOLLY, Chef du Pôle Recherche et Santé publique
- Dr Joël COUSSON Responsable COMEDIMS
- Dr Dominique HETTLER Chef du Pôle Pharmacie- Pharmacovigilance
- Dr Marion LAFAURIE Pharmacien Structure interne Dispositifs Médicaux
- Dr Carole FRANCES Pharmacien Structure interne Dispositifs Médicaux
- Dr Brigitte PICAUD Pharmacien Structure interne Dispositifs Médicaux
- Dr Carine CAULET Pharmacien Structure interne Dispositifs Médicaux
- Dr Delphine NIDEGGER, Responsable du DIM
- Mme Guillemette SPIDO, Directrice adjointe Budget-Admissions-Facturation
- M Nicolas PIN, Biomédical
- Représentant de la Direction des Achats et de la logistique



ANNEXE 3.6

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse »

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1 Préambule et désignation	- Tout CHU
2 Responsable et responsable adjoint	
3 Composition	<u>Mode de diffusion</u> - GED
4 Objectifs et domaines couverts	
5 Missions	
6 Organisation et fonctionnement	
7 Archivage des documents	
8 Abréviations	
9 Textes de référence	

1/ Préambule et désignation

La commission « Sécurisation de la Prise en Charge Médicamenteuse » a été créée en octobre 2013 pour répondre aux exigences de l'arrêté du 6 avril 2011. Elle est une sous-commission de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS), commission technique de la Commission Médicale d'Établissement (CME).

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la CME dans leurs pouvoirs respectifs.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la CME
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME
- Charte de la COMEDIMS.

2/ Responsable

Responsable : Dr Dominique Hettler – Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RSMQPECM)

Missions du responsable :

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission, fixer l'ordre du jour, organiser et animer les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique « Management de la prise en charge médicamenteuse » ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la Commission des Usagers (CDU) ;
- Rendre compte à la direction et à la CME du fonctionnement du système de management de la qualité ;
- Présenter un bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre et de l'évaluation de leur efficacité à la CME.
- Piloter la thématique de la V2014 ou nommer un responsable selon les missions déterminées dans la fiche de poste des pilotes, validée par le Comité de pilotage « qualité et gestion des risques ».



3/ Composition

Elle est composée des principaux acteurs concernés par la prise en charge médicamenteuse des patients (Prescripteurs, Pharmaciens, Cadres de santé, Responsable de pharmacovigilance, Direction qualité).
La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

La politique « management de la prise en charge médicamenteuse » est un des axes prioritaires de la politique institutionnelle d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des patients.
Elle repose sur une complémentarité entre le projet médical et le projet de soins afin de garantir une approche concertée et multidisciplinaire du processus de prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours du patient.
Elle répond à une préoccupation institutionnelle tournée vers la qualité et la sécurité des parcours de prise en charge des patients.

Les objectifs de cette commission sont en lien avec la fiche N°49 « Prise en Charge Médicamenteuse » du Projet d'établissement 2016-20120 :

- Développer une culture qualité et gestion des risques associés à la prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement ;
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins du patient (prescription médicamenteuse, stockage, transport, administration, continuité du traitement, information donnée au patient) en priorisant les actions sur les patients fragiles (notamment sujets âgés) et médicaments à risque.

5/ Missions

La commission est un groupe de concertation, consultation et coordination du domaine concerné.

Dans son domaine de compétence, elle a pour mission de :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions institutionnel ;
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
- Réaliser un bilan annuel ;
- Organiser l'information et la communication globale.

Elle prend en compte :

- Les évolutions réglementaires ;
- Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisation afférentes :
 - politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations (CBUMPP), Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) ;
- Les données propres à la vie de l'établissement :
 - signalements des événements indésirables liés à la PECM, analyses et décisions du Comité de Retour d'Expérience Prise en Charge Médicamenteuse (CREX PECM) ;
 - projet d'établissement 2016-2020 (fiche N°49 « Prise en charge médicamenteuse ») ;
 - politique de la thématique « Management de la prise en charge médicamenteuse »
 - analyses de processus et hiérarchisation des risques ;
 - programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité et compte qualité V2014 ;
 - avis des inspections, rapport de certification, organismes externes habilités ;
 - résultat des audits et enquêtes de pratique.



6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement. Dispositions particulières :

6.1/ Groupes de travail

Le responsable peut mettre en place des groupes de travail ad hoc.
Leur travail est soumis à validation de la commission.

6.2/ Réunions plénières

Participation :

Tous les membres.

En cas d'impossibilité, chacun peut se faire représenter sur accord du responsable.

Périodicité :

Réunions mensuelles.

Calendrier défini en début d'année.

Ordre du jour :

Préparé par le responsable et transmis au minimum une semaine avant la réunion.

Relevé de conclusions :

Rédigé par le responsable (à défaut soumis à sa validation) dans les 15 jours qui suivent la réunion et adressé à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Les relevés de conclusions de cette sous-commission de la COMEDIMS sont systématiquement adressés au responsable du COMEDIMS pour validation et envoi au Président de la CME en vue de leur approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/ Archivage des documents

- Charte d'organisation et de fonctionnement
- Relevé de conclusions des réunions plénières avec état de présence
- Bilan annuel
- Textes officiels

Sur le site intranet dédié à la CME.

8/ Abréviations

CBUMPP : Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations

CME : commission médicale d'établissement

COMEDIMS : COMmission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CREX PECM : Comité de Retour d'Expérience Prise en Charge Médicamenteuse

CDU : Commission des Usagers

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

PECM : Prise En Charge Médicamenteuse

PEP : Pratique Exigible Prioritaire

RSMQPECM : Responsable de la Commission Sécurisation de la Prise en Charge Médicamenteuse

9/ Textes de référence / Annexes

Annexe :

Commissions de la CME : charte commune d'organisation et de fonctionnement (Mars 2016)

Textes de référence :

- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé



- Décret n° 2015-355 du 27 mars 2015 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale
- Plan national sécurité des patients 2013-2017
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Historique		
Date de création	Mai 2016	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées



Annexe 3.6 bis
Composition de la Commission
« Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

- Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RSMQPECM) : Dr Dominique Hettler
- Coordonnateur de la gestion des risques : Dr Florence Bureau-Chalot
- Directeur Qualité Gestion des risques et représentante de la direction générale : Mme Françoise de Tommaso
- Ingénieur, Gestionnaire des risques : Mr Mounir Jebabli (ou remplaçant)
- Prescripteur : Dr Bruno Caplan - Praticien Hospitalier Anesthésiste Réanimateur
- Prescripteur : Dr Joël Cousson - Responsable COMEDIMS – Praticien hospitalier réanimateur
- Pharmacien Assurance Qualité Pôle Pharmacie Pharmacovigilance : Dr Elise Michelet-Huot
- Responsable Pharmacovigilance : Dr Thierry Trenque (ou suppléant)
- Directrice des soins : Mme Jeannine Leonard
- Cadre de santé service clinique : cadre supérieur de santé Pôle URAD : Mme Brigitte Vasseur
- Cadre de santé service clinique : cadre de santé Hématologie clinique : Mme Katheryna Gally
- Cadre supérieur de santé Pôle Pharmacie Pharmacovigilance : Mme Françoise Drouet
- Cadre de santé Pharmacie dispensation médicaments : Mme Evelyne Seguin

Soit un total de **13 membres**.



ANNEXE 3.7

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1 Préambule et désignation	- Tout CHU
2 Contexte	
3 Responsable et responsable adjoint	<u>Mode de diffusion</u> - GED
4 Composition	
5 Objectifs et domaines couverts	
6 Missions	
7 Organisation et fonctionnement	
8 Archivage des documents	
9 Abréviations	
10 Textes de référence	

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, la commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a été maintenue.

Le CLIN dispose d'une équipe opérationnelle (EOH), experte dans la gestion du risque infectieux concernant les patients, les professionnels et toute personne fréquentant l'établissement.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Contexte :

L'action de la Commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) s'inscrit dans le cadre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias), qui vise notamment :

- à développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents ;
- à renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins ;
- à réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.



3/ Responsable et responsable adjoint

Responsable : Professeur Christine PIETREMENT, désigné le 15 décembre 2011 et confirmé le 19 novembre 2015 par le Président de la Commission médicale d'établissement.

Responsable adjoint : Docteur Alain WYNCKEL, désigné le 15 décembre 2011 et confirmé le 19 novembre 2015 par le Président de la Commission médicale d'établissement.

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU)
- Piloter la thématique de la V2014 ou nommer un responsable selon les missions déterminées dans la fiche de poste des pilotes, validée par le Comité de pilotage « qualité et gestion des risques ».

4/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

5/ Objectifs et domaines couverts

Le CLIN et l'EOH, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, assistent la CME dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions de lutte contre les **infections nosocomiales** et des indicateurs de suivi associés sur l'ensemble de l'**établissement**.

6/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions

Il prend en compte :

- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.



En complément, la Commissions des dispositifs médicaux assure les missions suivantes :

- La **prévention** des IN et du risque infectieux lié aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
- La **surveillance** des IN et de leur **signalement**
- La définition d'actions d'**information** des professionnels de l'établissement et des usagers, de **formation** de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de LIN
- L'**évaluation** périodique des actions de LIN, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions
- La **veille scientifique et réglementaire** dans son champ de compétence
- Le conseil sur les **projets d'aménagement** de locaux et l'acquisition d'**équipements** ayant des conséquences sur le risque infectieux
- La réalisation d'un **bilan annuel** des activités de lutte contre les infections nosocomiales selon le **modèle défini par arrêté** du ministre chargé de la santé.

Note :

Le programme d'actions du CLIN constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. A ce titre :

- Le CLIN prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques »
- Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

Modalités de travail entre le CLIN et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

Le CLIN est expert dans ses domaines.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

Le CLIN assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o Le responsable du CLIN propose le pré-programme du volet « lutte contre les infections nosocomiales » et fournit son bilan
 - o Le responsable du CLIN contribue à la hiérarchisation des actions de l'ensemble des différents volets et à la lisibilité du programme global
 - o Le responsable du CLIN contribue à l'appropriation du volet « lutte contre les infections nosocomiales » du programme d'actions par les acteurs de terrain.
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o Le CLIN met en œuvre le volet « lutte contre les infections nosocomiales » et suit les indicateurs associés
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - o Le CLIN met en œuvre des actions d'information et de communication sur le volet LIN.

Le CLIN et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.



7/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement. Dispositions particulières :

7.1. Réunions

Les membres du CLIN se réunissent au moins quatre fois par an, selon un calendrier établi pour l'année au cours de la 1^{ère} réunion de l'année.

Un ordre du jour est établi par le responsable du CLIN après concertation avec les membres de l'EOH et le responsable adjoint. Il est adressé par mail aux membres de la commission au minimum une semaine avant la date de la réunion.

Le secrétariat est assuré par le secrétariat du CLIN, qui est partagé avec l'EOH.

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7.2. Groupes de travail

- Risque environnemental lié à l'eau (responsables : Praticiens hygiénistes de l'EOH)
- Risque environnemental lié à l'air (responsable : M. Nicolas PIN)
- Protocoles en hygiène hospitalière (responsables : Praticiens hygiénistes de l'EOH)

8/Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

9/Abréviations

CBUM : contrat de bon usage des médicaments
CLIN : commission de lutte contre les infections nosocomiales
CME : commission médicale d'établissement
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
CSIRMT : commission de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
EOH : équipe opérationnelle d'hygiène
IN : infection nosocomiale
LIN : lutte contre les infections nosocomiales

10/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

- Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé (JO du 18 mai 2016)
- Arrêté du 15 avril 2016 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Instruction du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015
- Arrêté du 20 février 2015 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé



- Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville
- Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Manuel de certification V2010, version juin 2011
- Manuel de certification V2014
- Code de la Santé Publique : articles L6111-1 ; L6144-1 ; R6111-6 à R6111-8

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Octobre 2012		Pôle Femme-Mère-Enfant devient Pôle Femme-Parents-Enfant Modification de la composition de la commission
Mai 2012		Mise à jour des membres
Novembre 2015		Mise à jour des membres
Mai 2016		Précisions sur la composition et le fonctionnement de la commission, à l'occasion de la réécriture du règlement intérieur du CHU



Annexe 3.7 bis

Composition de la Commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Liste des membres de la Commission à la date du 25 mai 2016

Responsable de la commission : Mme le Pr. Christine PIETREMENT, médecin

Responsable adjoint de la commission : M. le Dr. Alain WYNCKEL, médecin

Pilote de la gestion du risque infectieux : Mme le Pr. Christine PIETREMENT, médecin

Représentant médicaux et paramédicaux de l'EOH : Mme le Dr. Odile BAJOLET, Mme le Dr. Annick LEFEBVRE, Mme le Dr. Lydie VALLET-TADEUSZ, Mme Herminia Alice LASSAULX, M. P MAILLOT, Mme Caroline DEGERMANN, Mme Nathalie MATHIEU

Médecine et santé au travail : Mme le Dr. Sylvie TOUCHE

Représentants des pôles du CHU (au mieux : un représentant médical et paramédical par pôle) :

Pôle Autonomie et Santé : Mme Patricia LEFEVRE

Pôle Biologie : M. le Pr. Christophe DE CHAMPS, M. le Dr. Lucien BRASME, Mme le Dr. Véronique VERNET et M. Roger MONCLIN

Pôle DUNE : M. le Dr. Alain WYNCKEL, Mme Sylvie FLATET et Mme Samira NOURI

Pôle Femme-Parents-Enfant : Mme le Dr. Christine PIETREMENT, Mme Nathalie GADON, Mme Lydia LEFORT

Pôle interventionnel : Mme Isabelle DEPAIX

Pôle Locomoteur : M. Olivier REMIET

Pôle Médecines : M. le Dr. Yohan N'GUYEN et Mme Katheryna GALLY

Pôle Odontologie : Mme Sandrine MACHET

Pôle Pharmacie-Pharmacovigilance : Mme le Dr. Carine CAULET et Mme Véronique THIERCELET

Pôle Psychiatrie : M. le Dr. Farid BENZEROUK et Mme Christelle LIENARD

Pôle TCVN : Dr. Paul MARTICHO et Mme Anne HENRY

Pôle Tête-Cou : Mme Françoise TAMZI et Mme Marie-Ange AHTHOINE

Pôle URAD : Mme Emmanuelle RACLOT

Pôle USLD/EHPAD : -

Direction : Mme Jeannine LEONARD, Mme Françoise DE TOMMASO et Mme le Dr. Florence BUREAU-CHALOT

Représentant des usagers : Mme Marie-José BAUDRY

Total : 35 membres



ANNEXE 3.8

Charte d'organisation et de fonctionnement de la « Commission Endoscopie »

Sommaire	Liste des destinataires
1 Préambule et désignation	- Tout CHU
2 Responsable et responsable adjoint	
3 Composition	<u>Mode de diffusion</u> - GED
4 Objectifs et domaines couverts	
5 Missions	
6 Organisation et fonctionnement	
7 Archivage des documents	
8 Abréviations	
9 Textes de référence	

1/ **Préambule et désignation**

Conformément à l'avis du Président de la CME en mai 2016, la Commission Endoscopie, a été créée. Elle constitue une sous-commission de la Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la Commission Médicale d'Établissement dans leurs pouvoirs respectifs.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Établissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME
- Charte du CLIN

2/ **Responsable et responsable adjoint**

Responsable : M. le Dr Julien VOLET, pilote de la thématique « management de la prise en charge du patient en endoscopie »

Responsable adjoint : Mme le Dr Annick LEFEBVRE, praticien de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la Commission ;
- Etablir avec le responsable du CLIN et la Direction des soins, la liste des membres de la Commission (après validation par le Président de la CME)



- Présider les réunions de la Commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la Commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la Commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres Commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la Commission des usagers (CDU)
- Assurer le lien entre les travaux de la Commission et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le compte qualité.

3/ Composition

Elle est composée des acteurs principaux concernés par l'endoscopie au CHU.

La liste des membres de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

- Assister la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins et le représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions d'établissement assorti d'indicateurs de suivi en matière d'efficacité et de sécurité dans la réalisation des actes d'endoscopies
- Répondre aux objectifs institutionnels en lien avec les tutelles et la réglementation.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions

Il prend en compte :

- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, événements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

En complément :

Le programme d'actions de la Commission Endoscopie constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le CLIN et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. A ce titre :

- La Commission Endoscopie prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage Qualité et gestion des risques
- Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.



Modalités de travail entre la commission endoscopie et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

La commission endoscopie est experte dans ses domaines.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La commission endoscopie assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o Le responsable de la commission endoscopie propose le pré-programme du volet « management de la prise en charge du patient en endoscopie » et fournit son bilan
 - o Le responsable de la commission endoscopie contribue à la hiérarchisation des actions et à la lisibilité du programme global
 - o Le responsable de la commission endoscopie contribue à l'appropriation du volet « management de la prise en charge du patient en endoscopie » du programme d'actions par les acteurs de terrain.
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o La commission endoscopie met en œuvre le volet « management de la prise en charge du patient en endoscopie »
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - o La commission endoscopie met en œuvre des actions d'information et de communication sur le volet « management de la prise en charge du patient en endoscopie »

La commission endoscopie et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

Les membres de la commission endoscopie se réunissent au moins quatre fois par an, selon un calendrier établi pour l'année au cours de la 1^{ère} réunion de l'année.

Un ordre du jour est établi par le responsable et le responsable adjoint de la commission. Il est adressé par mail aux membres de la commission au minimum une semaine avant la date de la réunion.

Le secrétariat est assuré par le secrétariat du CLIN, commission à laquelle la commission endoscopie est rattachée.

Un compte rendu est élaboré pour chaque réunion et adressé à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/Abréviations

CLIN : commission de lutte contre les infections nosocomiales
CME : commission médicale d'établissement
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
EOH : équipe opérationnelle d'hygiène
IN : infection nosocomiale
LIN : lutte contre les infections nosocomiales



9/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

- Instruction du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015
- Instruction du 15 avril 2016 relative au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Arrêté du 20 février 2015 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins-
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville
- Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Manuel de certification V2010, version juin 2011
- Code de la Santé Publique : articles L6111-1 ; L6144-1 ; R6111-6 à R6111-8
- Manuel de certification V2014
- Instruction n° DGS/VSS/VSS1/DGOS/PF/PF2/2016/145 du 10 mai 2016 relative aux échographies endocavitaires
- Instruction n° DGOS/PF2/2014/338 du 8 décembre 2014 relative à l'audit national en endoscopie concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux
- Instruction DGS/RI3 n° 2011-449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs
- Circulaire DHOS/O4 n° 2009-279 du 12 août 2009 relative aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
- Circulaire DHOS/DGS/E2/SD5C n° 2007-103 du 15 mars 2007 relative à la désinfection des endoscopes vis-à-vis de *Clostridium difficile* dans les lieux de soins
- Circulaire DGS/SD5C/DHOS n° 2005-435 du 23 septembre 2005 relative aux recommandations pour le traitement des dispositifs médicaux utilisés chez les sujets ayant reçus des produits sanguins labiles (PSL) provenant de donneurs rétrospectivement atteints de variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2003-591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins
- Décision du 18 juin 2001 portant interdiction de réutilisation des pinces à biopsie endoscopique digestive.

Historique		
Date Création	Juin 2016	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées



Annexe 3.8 bis

Composition de la Commission « Endoscopie »

Liste des membres de la Commission à la date du 15 juin 2016

Responsable de la Commission : M. le Dr Julien VOLET, gastroentérologue, pilote de la thématique « management de la prise en charge du patient en endoscopie »

Responsable adjoint de la Commission : Mme le Dr Annick LEFEBVRE, praticien de l'EOH

Equipe opérationnelle d'hygiène :

Mme le Dr Annick LEFEBVRE, praticien hygiéniste, responsable adjoint de la Commission, Mme le Dr Lydie VALLET-TADEUSZ, Mme le Dr Odile BAJOLET, praticiens hygiénistes, Mme Herminia Alice LASSAULX, M. Pascal MAILLOT, Mme Caroline DEGERMANN, Mme Nathalie MATHIEU, IDE hygiénistes, Mme Lydia MAGALHAES secrétaire EOH et CLIN

Coordination de la gestion des risques associés aux soins : Mme le Dr. Florence BUREAU-CHALOT

Représentant de la direction : Mme Jeanine LEONARD

Représentants médicaux des secteurs d'endoscopie :

Maladies respiratoires : M. le Dr Hervé VALLERAND, Mme le Dr Juliette VELLA-BOUCAUD

ORL : M. le Dr Xavier DUBERNARD

Urologie : M. le Dr Charles MARCHAND

Pédiatrie : Mme le Dr Katia BESSACI-KABOUYA

Digestif : M. le Dr Julien VOLET, responsable de la Commission

Représentants paramédicaux des secteurs d'endoscopie :

Maladies respiratoires : cadre : Mme Françoise NOURRY, IDE : Mme Anne ROUSSEAUX

Urologie : cadre : Mme Sonia QUENNESSON, IDE : Mme Caroline CHEVAILLIOT

Pédiatrie : cadre : Mme Nathalie GAROT

Réanimation pédiatrique : cadre : Mme Isabelle DALIGAULT, Intendante : Mme Frédérique DRICOT

Réanimation HMB : cadre : Mme Emmanuelle RACLOT

ORL : cadre : Mme Frédérique BERTHE

Digestif : cadre : Mme Amélie CORABOEUF

Unité 22 Réa chirurgie cardiaque : cadre : Mme Yasmina DE CHIARA YASSA

EF Cardiologie : cadre : Mme Claudine ROMBY

Médecine santé au travail :

Mme le Dr Sylvie TOUCHE, Mme le Dr Anne-Catherine DELAVELLE, Mme le Dr Brigitte LUNDY

Services techniques : M. Frédéric DEPREZ

Pharmacie : cadre : Mme Françoise DROUET

Service Biomédical : M. Nicolas PIN, M. Jean-Luc LAVEZ



ANNEXE 3.9

Charte d'organisation et de fonctionnement du Comité de liaison alimentation / nutrition (CLAN)

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1 Préambule et désignation	- Tout CHU
2 Responsable et responsable adjoint	
3 Composition	<u>Mode de diffusion</u> - GED
4 Objectifs et domaines couverts	
5 Missions	
6 Organisation et fonctionnement	
7 Archivage des documents	
8 Abréviations	
9 Textes de référence	

1/ Préambule et désignation

La CME a renouvelé en janvier 2016, la composition du Comité de Liaison Alimentation/Nutrition (CLAN).

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Responsable et responsable adjoint

Responsable : Docteur Joël COUSSON, désigné par le Président de la CME et validé par le CLAN, lors de sa première séance, en mars 2016.

Responsables adjoints : Professeur Eric BERTIN et Madame Justine GRULET, FF Cadre du Service diététique

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU)



3/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

⇒ Objectif général :

Assister la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins dans :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions dans les domaines **de l'alimentation et la nutrition des patients**
- la promotion d'indicateurs de suivi des actions mises en place

⇒ Objectifs spécifiques:

1 Promouvoir une alimentation de qualité (Objectif 1 - Fiche 45 du projet médical - projet de soins « La prise en charge nutritionnelle ») :

- Evaluer et adapter les régimes et des textures proposés au CHU de Reims
- Développer une stratégie de délivrance des compléments nutritionnels oraux (CNO).
- Evaluer la distribution des repas : de la commande au lit du malade ou du résident
- Evaluer des indications de nutrition entérale et parentérale
- Assurer un suivi de la démarche qualité dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition

2 Organiser le dépistage de la dénutrition de tout patient ou tout résident entrant dans l'établissement (Objectif 2 - Fiche 45 du projet médical - projet de soins « La prise en charge nutritionnelle »)

3 Améliorer la prise en charge de la dénutrition (Objectif 3 - Fiche 45 du projet médical - projet de soins « La prise en charge nutritionnelle ») au niveau :

- de la filière courte (MCO) et cela, en renforçant notamment les collaborations ville –hôpital pour les patients admis en HAD
- de la filière médico-sociale (EHPAD)

4 Organiser le dépistage des troubles de la déglutition (Objectif 4 - Fiche 45 du projet médical - projet de soins « La prise en charge nutritionnelle ») :

- Mettre en place selon les recommandations du guide régional labellisé par la Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale le dépistage des troubles de la déglutition au CHU de Reims.

Ces objectifs permettront de décliner :

- le respect des recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition péri-opératoire (SFAR-SFNEP 2010)
- la mise en place du projet d'Unité Transversale de Nutrition (UTN)

5 Développer la communication autour de l'alimentation et la nutrition des patients et résidents.

Cet objectif s'appuie sur des actions menées auprès des instituts de formation des internes, des soignants, du réseau des CLAN ;

⇒ Domaines couverts :

L'ensemble des services de soins MCO et USLD ainsi que les EHPAD, avec l'aide du service diététique, des responsables restauration au sien du pôle logistique et du pôle pharmacie.



5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions

Il prend en compte :

- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

Note :

Le programme d'actions du CLAN constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. A ce titre :

- Le CLAN prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques »
- Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

Modalités de travail entre le CLAN et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

La commission est experte dans son domaine.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

Le CLAN assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins dans le domaine de l'alimentation et la nutrition des patients
 - o Le responsable du CLAN propose le pré-programme du volet « alimentation/nutrition » et fournit son bilan sous la forme d'un bilan annuel
 - o Le responsable du CLAN contribue à la hiérarchisation des actions de l'ensemble des différents volets et à la lisibilité du programme global
 - o Le responsable du CLAN contribue à l'appropriation du volet « alimentation/nutrition » du programme d'actions par les acteurs directs



- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o Le CLAN met en œuvre le volet « alimentation/nutrition » et suit les indicateurs associés
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - o Le CLAN met en œuvre des actions de formation et de communication sur le volet alimentation/nutrition.

Le CLAN et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement des commissions de la CME.

Modification des modalités d'approbation des comptes rendus du CLAN :

Afin de permettre une diffusion plus rapide des informations et après accord du Président de la CME, M. le Docteur COUSSON propose que les comptes rendus soient envoyés par mail. L'approbation sera effective en l'absence de remarque des membres du CLAN dans un délai 10 jours.

7/ Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8 /Abréviations

CBUM : contrat de bon usage des médicaments
CLAN : comité de liaison alimentation – nutrition
CME : commission médicale d'établissement
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
EHPAD : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
NE : nutrition entérale
NP : nutrition parentérale
RESCLAN : réseau des CLANs
UTN : unité transversale en nutrition

10/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

- Dépistage de la dénutrition chez l'adulte hospitalisé en court séjour et en soins de suite et de réadaptation, Programme National Nutrition Santé (PNNS); Février 2003
- Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés, ANAES ; Septembre 2003
- Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS ; Avril 2007
- Arbre décisionnel du soin nutritionnel, Comité Educationnel et de Pratiques Cliniques (CEPC) de la Société Francophone Nutrition et Métabolisme (SFNEP) ; Février 2009
- Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition péri-opératoire (SFAR-SFNEP 2010)
- Organisation du dépistage et de la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition, Programme National Nutrition Santé (PNNS); 2011-2015



- Démarche Qualité : IPAQSS
- SROS
- Prise en charge individuelle diététique en établissement de santé, Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN) ; Juin 2005
- La consultation diététique réalisée par un diététicien AFDN avec le partenariat méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS) ; Janvier 2006
- Recommandations relatives à la nutrition : Groupement d'Etude des Marchés Restauration Collective et Nutrition (GEMRCN) ; Juillet 2011
- Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.
- Manuel de certification V2010, version juin 2011
- Recommandation de l'association Française de diététique et de nutrition

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Octobre 2012 – Version B Mai 2016 – Version C	Dr COUSSON	Modification de la composition de la commission Actualisation des missions du CLAN



Annexe 3.9 bis

Composition du Comité de liaison alimentation / nutrition (CLAN)

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

Responsable de la commission	M. le Dr Joël COUSSON
Responsable Diététicienne Cadre de santé	Mme Justine GRULET
Restauration Ingénieur	Mme Catherine DIALLO
Restauration Responsable cuisine centrale	Monsieur T CHEVALIER
Pôle DUNE : Responsable unité de nutrition	M. le Pr Eric BERTIN
Pôle DUNE Cadre de santé	Mme Géraldine JOLY
Unité de nutrition	Mme le Dr Barbara TAILLIERE
Unité de nutrition IDE	Mme Frédérique MARTINET
Diététicienne	Mme Emeline TRANCHANT
Pôle EHPAD	Mme le Dr Bahidja ACHOURI
Pôle Autonomie et santé Cadre de santé	Mme Patricia LEFEVRE
Pôle Autonomie et Santé Kinésithérapeute	Mme Alphée DEHOURS
Pole Autonomie et Santé Cadre de santé	Mme Capucine GRIMONPREZ
Pole Autonomie et Santé Cadre de santé	Mme Eliane CHAMPION
Pole Locomoteur Cadre de santé	Mme Sarah MERIEUX
Pôle Médecines	Mme le Dr Violaine NOEL
Pôle Médecines Cadre de santé	Mme Fabienne RABOWSKI
Pôle TCVN Cadre de santé	Mme Brigitte LETISSIER
Pôle Femme-Parents-Enfants	Mme le Pr Nathalie BEDNAREK
Pôle Psychiatrie cadre	Mme Karine RIVIERE
Pôle de Biologie	Mme le Dr Roselyne GARNOTEL
Pôle Pharmacie-Pharmacovigilance Pharmacien	Mme le Dr Maryline LEGRAND
Directeur des affaires économiques et logistiques	M. Azzedine ZAKARI
Coordonnateur Général des Soins Directeur	M. Thierry BRUGEAT
Représentant des usagers	Mme Marie-Josée BAUDRY
Directeur Délégué Pole EHPAD/USLD	M. Bruno DOLOMIE



ANNEXE 3.10

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Dossier du patient »

<u>Sommaire</u>		<u>Liste des destinataires</u>
1-	Préambule et désignation	- Tout CHU
2-	Responsable et responsable adjoint	
3-	Composition	<u>Mode de diffusion</u> - GED
4-	Objectifs et domaines couverts	
5-	Missions	
6-	Organisation et fonctionnement	
7-	Archivage des documents	
8-	Abréviations	
9-	Textes de référence	

1/ Préambule et désignation

Le projet d'établissement 2016-2020 prévoit de doter le C.H.U. de Reims d'un système d'information médical moderne, avec un dossier patient informatisé disposant d'une couverture fonctionnelle très complète comprenant notamment le dossier médical et le dossier de soins.

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, la Commission « Dossier du patient » a été maintenue.

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la Commission Médicale d'Établissement dans leurs pouvoirs respectifs.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Établissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Responsable

Responsable : Docteur Jean-Claude MEROL, désigné le 19 novembre 2015 par le Président de la Commission médicale d'établissement.

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la Commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU)
- Piloter la thématique de la V2014 ou nommer un responsable selon les missions déterminées dans la fiche de poste des pilotes, validée par le Comité de pilotage « qualité et gestion des risques ».



3/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

- 1- Définir et suivre la politique du dossier du patient
- 2- Définir et suivre la politique d'habilitation et de gestion des accès et de la confidentialité, gestion des cas particuliers
- 3- Définir et suivre la politique de gestion des archives
- 4- Accompagner le déploiement du dossier du patient informatisé notamment la mise en œuvre des exigences réglementaires, la définition du périmètre et du calendrier des développements spécifiques requis en collaboration avec les groupes de travail opérationnels
- 5- Définir et suivre la démarche continue de la qualité de la tenue du dossier du patient

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle du dossier patient ;
- Préparer le programme d'actions institutionnel concernant la thématique dossier du patient ;

Il prend en compte :

- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs de qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

En complément, la commission assure les missions suivantes :

- 1 - Suivre recommandations et/ou réserves de la certification portant sur le dossier du patient ;
- 2 - Ecrire et mettre en œuvre la charte de confidentialité ;
- 3 - Mettre en œuvre la politique de traçabilité ;
- 4 - Définir les priorités de développement du dossier du patient informatisé dans les structures internes (phase IV du projet SIH 2012) ;
- 5 - Contribuer aux travaux qui seront menés dans le cadre du groupement hospitalier de territoire dont fait partie l'établissement, en vue de la mise en place d'un système d'information hospitalier convergent.



Note :

Le programme d'actions de la commission « dossier du patient » constitue une des thématiques du programme global qualité/sécurité des soins et du compte qualité élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. A ce titre :

- la commission « dossier du patient » prépare son programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques ».
- le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.
- un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

En plus des réunions plénières semestrielles de la commission, des groupes de travail seront constitués selon les besoins notamment sur les thèmes suivants (liste non exhaustive) :

- Dossier du patient informatisé
- Habilitation et traçabilité.

Liens fonctionnels essentiels de cette commission :

- Bureau de la CME
- DSIT
- Direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Directions de sites
- Direction qualité et gestion des risques
- Direction de la relation avec les usagers et droits des patients
- CIV
- SAGE
- Coordonnateur de la gestion des risques

Modalités de travail entre la commission « dossier du patient » et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins d'autre part :

La commission « dossier du patient » est experte dans ses domaines.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La commission « dossier du patient » assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- l'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
- l'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
- la contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité

La commission « dossier du patient » et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.



7/Archivage des documents

Cf charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/Abréviations

CME : commission médicale d'établissement
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
CSIRMT : commission de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
DSIT : direction des systèmes d'information et de télécommunication
SAGE : service d'archivage et de gestion du dossier du patient
CIV : commission d'identitovigilance.

9/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

Code de la Santé Publique : articles L.1110-4 ; L1111-7 ; R.1111-6 ; R.1112-2 à R.1112-4.

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Jun 2016	Mise à jour suite au renouvellement de la commission	Révision des membres de la commission et du contenu de la charte



Annexe 3.10 bis

Composition de la Commission « Dossier du patient »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

Commission :

- M. Mickael TAINÉ
- Mme Jeannine LEONARD, M. Stéphane DEBIARD
- M. Sylvain ROESCH
- Mme Marie VALLAS
- M. Alain MAUROY
- M. Christian PENNAFORTE

Référents Pôles :

- Pôle EHPAD : Dr Frédéric MUNSCH
- Pôle Locomoteur : Dr Xavier OHL
- Pôle Tête-cou : Dr Arnaud BAZIN
- Pôle Odontologie : Dr Julien BRAUX
- Pôle DUNE : Pr Stéphane LARRE, Mme Sylvette KHAZNADJI
- Pôle Médecines : Mlle WALTERSPIELER Magali, Dr Amélie BRABANT-VIAU
- Pôle TCVN : Mme Agnès COGLIATIDJEHICH
- Pôle FME : Dr Yannick PLENIER, Dr Jean Paul BORY, Mme Isabelle MESSIEUX
- Pôle Psychiatrie : Dr Céline BERA-POTELLE, Mme Brigitte OLLIVIER
- Pôle URAD : Pr Jean Marc MALINOVSKY
- Pôle Interventionnel : Mme Virginie MONCUY, Dr Jean Claude MEROL (responsable commission)
- Pôle Biologie : Dr Véronique BRODARD
- Pôle Imagerie : Pr Claude MARCUS
- Pôle Pharmacie : Dr Pauline QUILLET, Dr Dominique HETTLER
- Pôle Autonomie et Santé : Mme Danièle CAMONIN
- Département d'Information Médicale : Dr Delphine NIDEGGER

Représentants de la Direction :

- M. Lucien VINCENZUTTI
- M. Frédéric CAZORLA
- M. Thierry BRUGEAT
- M. Florent PEEREN
- Mme Catherine DUPONT

**Invités en tant que besoin : représentants du Comité Droits et information du Patient-
représentants des usagers de la Commission des usagers, ainsi que toute personne experte
selon l'ordre du jour.**

Total : 36 membres



ANNEXE 3.11

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Soins de recours »

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1- Préambule et désignation 2- Responsable et responsable adjoint 3- Composition 4- Objectifs et domaines couverts	- Tout CHU
5- Missions 6- Organisation et fonctionnement 7- Archivage des documents 8- Abréviations 9- Textes de référence	<u>Mode de diffusion</u> - GED

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, la Commission « Soins de recours » a été recréée.

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la Commission Médicale d'Etablissement dans leurs pouvoirs respectifs.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Responsable

Responsable : Professeur Jean Luc NOVELLA, désigné le 19 novembre 2015 par le Président de la CME.

Responsable adjoint : Monsieur VICENZUTTI Lucien, Directeur Général Adjoint.

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la Commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU).



3/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

Dans le cadre de la nouvelle organisation régionale induite par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le CHU de Reims organise une offre de référence et de recours, tant au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) dont il est l'établissement support, qu'en lien avec les groupements voisins et les autres CHU de la nouvelle Région Grand Est.

Les objectifs de la commission des soins de recours sont :

- de proposer les axes stratégiques à promouvoir en matière d'activités de recours, conformément aux orientations définies dans le projet d'établissement ;
- de faciliter la mise en place de filières de soins régionales ;
- de proposer les axes de collaboration avec les établissements pivots des GHT et les CHU de la nouvelle Région Grand Est.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux et actualiser la liste et les données d'activité ; évaluer la quantité et la qualité ;
 - Identifier les soins de recours du CHU, leurs points forts et points faibles ;
 - Suivre les activités des soins de recours du CHU ;
 - Evaluer les projets médicaux qui nécessitent un investissement institutionnel ;
 - Faciliter la collaboration entre les établissements de santé de la région (conventions, assistants partagés, praticiens partagés, télémedecine ...) ;
 - Contribuer au titre de ces activités à proposer les éléments de nature à guider les choix institutionnels ;
 - Préparer la pré-politique institutionnelle ;
 - Préparer le préprogramme d'actions
- Il prend en compte :
- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2).
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Récupérer un bilan annuel des activités de recours ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/ Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement



8/Abréviations

CME : Commission Médicale d'Etablissement
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CDU : Commission Des Usagers
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

9/Textes de référence

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Avril 2016	Mise à jour	Préambule, objectifs, missions, organisation et fonctionnement, abréviations.



Annexe 3.11 bis
Composition de la
Commission « Soins de recours »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

Pôle USLD/EHPAD : Dr Frederic MUNSCH
Pôle Locomoteur : Dr Christophe MENSA
Pôle Tête-Cou : Pr Arnaud BAZIN
Pôle odontologie : Pr Benoît LEFEVRE – Mme BIREMBAUT
Pôle DUNE : Pr Gérard THIEFIN – M. Freddy THOMAS
Pôle Médecines : Pr. Alain DELMER – M. Olivier HILBIG
Pôle TCVN : Pr François LEBARGY – M. Freddy THOMAS
Pôle Femme-Mère-Enfant : Pr Michel ABELY – M. Olivier HILBIG
Pôle Autonomie et Santé : Pr Jean Luc NOVELLA – M. Freddy THOMAS
Pôle psychiatrie adulte : Pr Arthur KALADJIAN
Pôle URAD : Pr Jean Marc MALINOVSKY
Pôle interventionnel : Pr Alain DUCASSE
Pôle Biologie : Pr Philippe GILLERY, Pr. Isabelle VILLENA, M. Hervé LEPAN – Mme Lynda RODRIGUEZ
Pôle imagerie médicale : Dr Olivier TOUBAS – M. Antonio RIBEIRO
Pôle Pharmacie-Pharmacovigilance : pas de référent
DIM : Dr Delphine NIDEGGER
Direction : M. Lucien VICENZUTTI – M. Frédéric CAZORLA
Total : 24 membres



ANNEXE 3.12

Charte d'organisation et de fonctionnement de la « Commission des postes et des affaires médicales »

<u>Sommaire</u>		<u>Liste des destinataires</u>
1- Préambule et désignation		- Tout CHU
2- Responsable et responsable adjoint		
3- Composition		<u>Mode de diffusion</u>
4- Objectifs et domaines couverts		
5- Missions		
6- Organisation et fonctionnement		
7- Archivage des documents		
8- Abréviations		
9- Textes de référence		
		- GED

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, la «Commission des affaires médicales» créée le 15 décembre 2011 devient la «Commission des postes et des affaires médicales».

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la Commission Médicale d'Etablissement dans leurs pouvoirs respectifs.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Responsable

Responsable : Professeur Guillaume CADIOT, désigné le 15 décembre 2011 et confirmé le 19 novembre 2015 par le Président de la Commission médicale d'établissement.

Missions du responsable :

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions.



3/ Composition

La commission des postes et des affaires médicales est composée de 19 membres :

- 7 PH temps plein ou temps partiel
- 7 hospitalo-universitaires (PUPH et MCUPH) titulaires
- 5 membres de droit : Président de CME, Président de la commission, Doyen de l'UFR, Président de la Commission prospective de la Faculté, Directeur des affaires médicales.

Les PH et universitaires titulaires qui souhaitent en faire partie font part de leur candidature, après appel à candidature diffusé à tous les médecins titulaires du CHU.

Ils sont élus par les membres de même statut de la CME (PH titulaire et universitaires titulaires : PUPH et MCUPH).

Un pôle ne peut être représenté que par un seul membre élu.

La désignation des élus se fait en fonction du nombre de voix. Le premier désigné est un PH. En cas d'égalité, le plus jeune est choisi.

La composition nominative de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

Dans le cadre du projet d'établissement 2016-2020, les objectifs de la commission sont :

- d'examiner les demandes de postes tant à la fin de l'internat qu'au cours du déroulement de la carrière des praticiens ;
- d'échanger sur les projets des nouveaux recrutés pour identifier les dynamiques au cours de l'internat et du post-internat ;
- de donner une vision institutionnelle aux nouveaux recrutés ;
- d'apporter une transparence sur les affectations de postes et la mise en commun de supports budgétaires si nécessaire ;
- de réviser la maquette de post-internat, afin d'améliorer les conditions de recrutement des internes et leur déroulement de carrière ;
- de veiller à la qualité de vie au travail et aux conditions de travail ;
- de participer à la mise en œuvre du projet social et managérial ;
- d'accompagner les démarches de formation à destination du personnel médical et notamment des responsables médicaux.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence, la Commission :

- Donne un avis sur les demandes de poste de praticien et d'assistant: remplacement, tuilage, création... et sur les demandes de titularisation ;
- Donne un avis sur les candidats ;
- Classe les demandes de postes pour aider le Directoire à se prononcer au besoin ;
- Accompagne la mise en œuvre du projet social et du projet managérial ;
- Réalise un bilan annuel.

La Commission prend en compte :

- o Les évolutions réglementaires ;
- o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations afférentes (SROS, CPOM...);
- o Les données propres à la vie de l'établissement : projet d'établissement, contrats de pôles... ;
- o Les perspectives en termes de démographie médicale ;
- o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
- o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n°2006-909 (art D.4135-2).



6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

Fonctionnement, dépôt d'une demande

- **Chaque demande de poste (création, titularisation...) est accompagnée des 2 dossiers suivants:**
 - dossier administratif rempli par le chef de service/pôle justifiant la demande en termes d'activité, projet... Celui-ci est dans un premier temps analysé par la Commission des postes. Le chef de service/pôle n'est auditionné que s'il existe un problème
 - dossier présenté par le candidat, présentant son parcours et ses projets. Le candidat est auditionné si la demande est considérée comme justifiée à l'étape précédente
- **Un appel à candidature est fait auprès des chefs de service et des chefs de pôle en octobre avec réponse avant le 1 janvier**
- **On distingue les candidatures sur un poste libre dans le service ou le pôle, les demandes de création de poste et les titularisations :**
 - 1 - Un poste va se libérer dans le service ou le pôle en cours d'année
 - a- Il existe un candidat dans le service ou le pôle : après vérification auprès de la DAM, le chef de service/pôle informe la commission avant le 1 janvier. La justification du remplacement devra être apportée par le chef de service/pôle. Analyse du dossier administratif puis audition du candidat. Décision rapide du Directoire.
 - b- Il n'existe pas de candidat : information de la commission avant le 1 janvier. Le poste est prêté à la collectivité pendant un an si l'absence de candidat est confirmée au 15 mars.
 - 2 - Un poste se libère de façon imprévue en cours d'année
 - a- Il existe un candidat : après vérification auprès de la DAM, le chef de service/pôle informe la commission dès que possible. Mêmes modalités d'analyse des dossiers et d'audition que pour la situation précédente.
 - b- Il n'existe pas de candidat : information de la commission. Le poste est prêté à la collectivité pour 1 an si l'absence de candidat est confirmée dans les 3 mois.
 - 3 - Demande de création de poste avec financement venant d'une autre source (financement extérieur, redistribution de vacations...)
 - Validation du financement par la DAM
 - Mêmes modalités d'analyse des dossiers et d'audition que pour les situations précédentes
 - 4 - Demande de création de poste sans financement direct
 - Tous les projets, notamment ceux impliquant une création de poste médical, doivent être au préalable présentés au Directoire qui définira leur éligibilité à être étudiés. Cette présentation a lieu avant le 1 janvier. Si le projet est éligible, le porteur de projet fait la demande de création de poste à la Commission des postes
 - Le projet est ensuite évalué par la Commission EME avec tous les acteurs impliqués, notamment sur le plan médico-économique. Le résultat de l'évaluation est obtenu avant le 15 mars
 - Les candidats sont auditionnés par la Commission des postes
 - Le Directoire prend sa décision avant le 1 juin de façon à informer les candidats avant l'été



5 - Titularisation

- Le chef de service/pôle justifie la titularisation dans le dossier administratif qui est analysé par la commission
- Audition du candidat
- Pour les titularisations qui ont lieu le 1 juillet, les demandes doivent être adressées à la Commission des postes avant le 1 janvier; l'audition des candidats ayant lieu en janvier et février.
- Pour les titularisations qui ont lieu le 1 janvier de l'année suivante, les demandes doivent être adressées à la Commission des postes avant le 1 avril de l'année précédente; l'audition des candidats ayant lieu en avril, mai et juin.

• Situation particulière

- Poste attribué l'année précédente dont la création dépend de la réalisation d'objectifs
 - La détermination des objectifs ainsi que la date de leur réalisation doivent avoir été clairement définis par la « commission ad hoc ». La création ou non du poste dépend du Directoire. Pas de nouveau passage en Commission des postes

Liens fonctionnels essentiels de cette commission :

- avec les Chefs de pôles, la Faculté et la Direction des affaires médicales pour :
 - connaître les besoins de recrutement médicaux du CHU et de son territoire
 - connaître les flux de sortie des internes
 - assurer la coordination entre les flux d'internes et les besoins de recrutement du CHU et de son territoire
 - apporter des perspectives de recrutement le plus tôt possible aux internes.
- avec la Direction des finances pour les études médico-économiques, si nécessaire.
- avec le Directoire.

7/ Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/ Abréviations

CME : commission médicale d'établissement
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DAM : direction des affaires médicales
GED : gestion électronique des documents
MCUPH : maître de conférence des universités – praticien hospitalier
PUPH : professeur des universités – praticien hospitalier
PH : praticien hospitalier

9/ Textes de référence

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

Historique		
Date Création	Mai 2016	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées (page / contenu)



Annexe 3.12 bis
Composition de la
« Commission des postes et des affaires médicales »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

- Professeur Guillaume CADIOT, Responsable de la Commission des postes
- Professeur Philippe RIEU, Président de la CME
- Professeur Jean-Paul ESCHARD, Doyen de l'UFR de médecine
- Professeur François-Xavier MAQUART, Président de la Commission prospective de la Faculté,
- M. Simon RAOUT, Directeur des Affaires médicales et de la recherche
- Docteur Véronique BRODARD, PH Pôle biologie
- Docteur Sophie DEGUELTE, PH Pôle DUNE
- Docteur Caroline FRANCOIS-FIQUET, MCU-PH Pôle locomoteur
- Docteur Benoit HERCE, PH Pôle TCVN
- Docteur Dominique HETTLER, PH Pôle pharmacie
- Professeur Arthur KALADJIAN, PU-PH Pôle psychiatrie
- Docteur Violaine LAURANT-NOEL, PH Pôle médecines
- Professeur Benoit LEFEVRE, PU-PH Pôle odontologie
- Professeur Jean-Marc MALINOVSKY, PU-PH Pôle URAD
- Professeur Claude MARCUS, PU-PH Pôle imagerie
- Docteur Jean-Claude MEROL, PH Pôle tête-cou
- Docteur Frédéric MUNSCH, PH Pôle EHPAD
- Professeur Jean-Luc NOVELLA, PU-PH Pôle autonomie et santé
- Pr Anne-Catherine ROLLAND, PU-PH Pôle Femme-Parents-Enfant



ANNEXE 3.13

Charte d'organisation et de fonctionnement de la « Commission de la Permanence des soins »

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1 Préambule et désignation 2 Responsable et responsable adjoint 3 Composition 4 Objectifs et domaines couverts 5 Missions 6 Organisation et fonctionnement 7 Archivage des documents 8 Abréviations 9 Textes de référence	- Tout CHU <u>Mode de diffusion</u> - GED

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 19 novembre 2015, la Commission de la Permanence des Soins (COPS) a été maintenue.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Responsable et responsable adjoint

Responsable de la commission « Permanence des Soins » : Docteur Alain WYNCKEL, désigné par le Président de la CME le 19 novembre 2015.

Responsable adjoint de la commission « Permanence des Soins » : sans objet

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU)

3/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.



4/ Objectifs et domaines couverts

Préparer et définir avec la Direction l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité de l'établissement, dans la limite des budgets alloués à ce titre.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

Aux termes de l'article 8 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la COPS :

- définit annuellement avec la Directrice Générale l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse à la Directrice Générale, ainsi qu'au Président de la Commission médicale d'établissement.

En complément, la commission assure les missions suivantes :

- a. Elaboration de l'organisation de la permanence des soins au sein du CHU, en lien notamment avec le schéma régional de la permanence des soins ;
- b. Participation à la gestion du planning médical lié à la permanence des soins. Cela comporte l'évaluation des assignations ou des autres mesures rendues nécessaires dans les circonstances suivantes :
 - Survenue d'un événement imprévisible ou exceptionnel (plan blanc ou affluence importante de patients au chu) en collaboration avec la commission des accueils non programmés ;
 - Difficultés d'organisation du planning du service des accueils d'urgence (SAU) en collaboration avec ce dernier.

Les assignations sont réalisées par le directeur des affaires médicales ou le directeur de garde.

- c. Validation des principes généraux de rémunération de la permanence des soins, notamment concernant les astreintes ;
- d. Proposition de solutions pour la gestion du temps additionnel généré par la permanence des soins ;
- e. Information des praticiens sur les modifications concernant les réductions du temps de travail (RTT) et la gestion du compte épargne temps (CET) ;
- f. Gestion de la veille réglementaire dans son champ de compétence.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/Abréviations

CME : commission médicale d'établissement
COPS : commission de la permanence des soins
CDU : commission des usagers



9/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

- Code de la Santé Publique : Article L6122-15 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016
- Arrêté du 30 avril 2003 modifié, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (NOR: SANH0321568A).

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Mai 2016	Actualisation	Actualisation au regard du règlement intérieur du CHU et de l'actualité législative et réglementaire.



Annexe 3.13 bis
Composition de la
« Commission de la Permanence des soins »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

M. le Dr. Arnaud BAZIN (neurochirurgien)
Mme le Dr. Nathalie BEDNAREK (pédiatre)
M. le Dr Philippe BENOIT (pharmacien)
M. le Dr Jean-Paul BORY (obstétricien)
M. le Dr Fayçal BOUAZZAOUI (psychiatre)
Mme le Dr Sophie BOURELLE (chirurgien infantile)
M. le Dr Lucien BRASME (biologiste)
M. le Dr Pascal BROCHOT (rhumatologue)
M. le Dr Bruno CAPLAN (anesthésiste)
Mme le Dr Carole CAROLET (urgentiste)
Mme le Dr Anne DEBART (gériatre)
M. le Pr Alain DELMER (hématologue)
Mme le Dr Aurore DESMONS (représentant des CCA)
Mme le Dr. Béatrice DIGEON (pédiatre)
M. le Pr Alain DUCASSE (ophtalmologiste)
M. le Dr Laurent FOUILHE (chirurgien vasculaire)
M. le Dr Philippe GOMIS (anesthésiste)
M. François KRABANSKY (représentant des internes)
M. le Pr Stéphane LARRE (urologue)
M. le Dr Philippe LEVY CHAZAL (médecin SAMU)
M. le Dr Sang LY (endocrinologue)
M. le Dr Paul MARTICHO (chirurgien cardiaque)
M. le Dr Jean-Luc MEFFERT (chirurgien viscéral)
M. le Dr Christophe MENSA (chirurgien orthopédiste)
M. le Dr Jean-Claude MEROL (chirurgien ORL)
M. le Dr Dominique PERDU (pneumologue)
M. le Pr Philippe RIEU (président de la CME)
Mme le Dr Isabelle SERRE (neurologue)
Mme le Dr Sophie TASSAN MANGINA (cardiologue)
Mme le Pr. Isabelle VILLENA (biologiste)
M. le Dr Julien VOLET (gastroentérologue)
M. le Dr Alain WYNCKEL (néphrologue et responsable de la commission)
Direction : M. Simon RAOUT
Total : 33 membres



ANNEXE 3.14

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Recherche et innovation »

Sommaire	Liste des destinataires
1 Préambule et désignation 2 Responsable et responsable adjoint 3 Composition 4 Objectifs et domaines couverts 5 Missions 6 Organisation et fonctionnement 7 Archivage des documents 8 Abréviations 9 Textes de référence	- Tout CHU
	Mode de diffusion - GED

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME en date du 19 novembre 2015, la commission « Recherche » créée le 15 décembre 2011 a été maintenue sous la dénomination Commission « Recherche et Innovation ».

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Responsable

Responsable : Professeur Gaëtan DESLEE

Missions du responsable :

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont la responsable fixe l'ordre du jour et dont elle organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;



3/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

Le développement de la recherche s'inscrit dans le cadre du projet d'établissement 2016-2020 et la volonté de réaffirmer la vocation universitaire du CHU et d'améliorer sa performance. La dynamisation de la recherche médicale s'articule autour de trois axes :

1° Mieux organiser la recherche

L'organisation de la recherche clinique au CHU de Reims a été pensée au regard de l'évolution du contexte de la recherche en France et dans la nouvelle région Grand Est.

Il s'agit à la fois de promouvoir les essais cliniques, les inclusions et les publications, de renforcer l'organisation des plateformes techniques en appui des projets de recherche, d'élargir la participation des établissements publics de santé à la recherche et l'innovation, à travers les établissements pivots de Groupements Hospitaliers de Territoire, mais aussi de renforcer la coordination de la promotion de la recherche clinique au niveau national et interrégional.

2° Constituer un Centre de ressources biologiques régional

Afin de permettre une utilisation optimale des collections d'échantillons biologiques sur le secteur santé et d'assurer leur bonne conservation, leur traçabilité et la gestion des données associées, un Centre de Ressources Biologiques Régional (CRB) sera constitué et certifié. Ce CRB CHAR (CHampagne-ARdenne) a vocation à inclure, outre les collections d'échantillons biologiques du CHU, celles des équipes de recherche de l'Université (du secteur Santé et du secteur Sciences), voire des collections appartenant à des industriels présents sur le territoire de la Champagne-Ardenne.

Deux CRB sont déjà constitués et certifiés (CRB Toxoplasma et CRB Tumorothèque) et garderont leur structuration, un CRB est également en cours de constitution au sein de l'Institut Jean-Godinot. A terme, ces CRB seraient regroupés selon une structuration en réseau régional de CRB.

3° Développer la recherche translationnelle

Pour renforcer le continuum de la recherche fondamentale à la recherche clinique et améliorer la prise en charge des patients, la recherche translationnelle sera développée en s'appuyant sur les unités labellisées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et par les grands organismes de recherche.

En 2013, le CHU de Reims et l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA) ont lancé un appel d'offres pour financer trois projets Hospitalo-Universitaires en vue :

- de favoriser le rapprochement des équipes cliniques du CHU et des équipes de recherche fondamentale labellisées de l'Université
- d'encourager le développement de la recherche translationnelle ;
- de rassembler les masses critiques nécessaires de chercheurs autour de thématiques précises, identifiables à l'échelle nationale et internationale ;
- de consolider l'existence des laboratoires de recherche labélisés CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) ou INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et d'aider à la création de nouvelles unités de recherche associées aux grands organismes ;
- de préparer la constitution de Fédérations Hospitalo-Universitaires (FHU) avec les CHU avoisinants.

Les trois projets retenus en 2014 et dont les travaux se poursuivent sont :

- 1° Vieillesse protéique et vasculaire (VIVA)
- 2° Recherche et innovation en pathologie respiratoire inflammatoire (RINNOPARI)
- 3° Cognition sociale et maladies neurodéveloppementales (Ndev-X).



La commission Recherche et Innovation a également pour objectifs :

- de développer la « culture recherche »
- d'améliorer la performance de l'activité de recherche
- d'améliorer l'information et la communication concernant la recherche
- de renforcer les équipes en place
- d'aider au pilotage, au suivi et à l'évaluation concernant la recherche clinique

Cette commission est l'instance médicale et scientifique d'orientation de la politique de recherche CHU. Elle ne se substitue pas à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI), qui est rattachée à la Direction Générale et placée sous la coresponsabilité du Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche et du Président de la DRCI. Conformément aux orientations retenues par le CRMBSP et la Commission Recherche et Innovation, la DRCI a pour mission de coordonner et mettre en œuvre la politique de recherche et les projets qui en découlent.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence la commission « Recherche et Innovation » assure les missions suivantes :

- Elle propose au Directoire les orientations stratégiques en matière de recherche, notamment les axes de coopération avec les partenaires extérieurs, la stratégie de développement des inclusions dans les essais cliniques en partenariat avec les établissements supports des GHT périphériques (en particulier Troyes, Charleville-Mézières, Soissons), le rapprochement avec les CHU de la nouvelle région Grand Est.
- Elle propose les actions nécessaires au renforcement de la dynamique recherche de l'établissement à partir d'un programme annuel de travail.
- Sur proposition du Président de la DRCI, elle décide de la recevabilité des projets déposés dans le cadre des appels d'offres interrégionaux et nationaux et en vérifie la cohérence avec les axes structurants de la politique de recherche. Le Vice-Président recherche en rend compte au Directoire.
- Sur proposition du Président de la DRCI, elle décide de la recevabilité des projets déposés dans le cadre des appels d'offres locaux et en vérifie la cohérence avec les axes structurants de la politique de recherche. A cet effet, elle émet un avis qu'elle transmet au Directoire pour accord de promotion.
- Elle fixe les modalités de recevabilité des projets d'essais industriels et institutionnels, basées sur l'apport de ces essais en termes d'innovation et d'attractivité pour le recrutement du CHU. Par délégation, le Président de la DRCI gère en collaboration avec les différents services impliqués la mise en œuvre de ces essais industriels. Elle constitue un groupe de travail permettant d'objectiver les causes d'un refus d'instruction d'un projet dans le cadre d'essais industriels et institutionnels. Un rapport annuel des essais menés au sein du CHU sera présenté à la commission, comportant notamment le nombre d'inclusions et les valorisations en termes de publications.
- Elle attribue chaque année le « prix de la recherche clinique ».
- Elle constitue le conseil scientifique lors des appels d'offre locaux (AOL).
- Sur la base du bilan annuel préparé par la DRCI, elle procède à l'analyse des actions de recherche promues par le CHU.
- Elle désigne un responsable de l'Institutional Review Board (IRB), qui en assure le fonctionnement et l'animation. Le responsable de l'IRB rend compte annuellement à la Commission des travaux réalisés.
- Elle développe la « culture recherche » au sein du CHU par tous les moyens proposés par la commission
- Elle contribue à améliorer la performance de l'activité de recherche au CHU et particulièrement à :
 - Augmenter le nombre de dossiers de recherche déposés (aux divers appels d'offres proposés, PHRC, PHRI, AOL, AO jeune chercheur, AO cancéropôle GE, AO Région Champagne Ardenne.
 - Augmenter le nombre de dossiers de recherche financés, réalisé par le biais du CHU.



- Augmenter le nombre et la qualité des publications donc la production de points SIGAPS
 - Renforcer le nombre d'études cliniques ouvertes au CHU,
 - Renforcer le rôle de promoteur d'étude de Recherche clinique du CHU et en particulier pour les études de phase précoce médicaments
 - Renforcer le recrutement de patients dans les études cliniques, en particulier pour les études promues pour le CHU
 - Avoir une politique de recrutement et de fidélisation des praticiens
 - Avoir une politique de recrutement et de fidélisation des ARCs et TECs
 - Avoir une politique de recrutement et de fidélisation des IRCs
 - Renforcer les équipes en place
- Elle contribue à organiser la répartition des missions hospitalières « soins-enseignement-recherche » au sein des disciplines
 - Elle développe la recherche translationnelle au CHU, en favorisant les échanges entre les cliniciens et les chercheurs de l'URCA
 - Elle renforce les liens CHU-URCA notamment pour le « Pôle Santé »
 - Elle développe la communication au CHU en matière de recherche, en mettant en place des outils pour faciliter le travail des chercheurs (accès bibliographiques, accès Sigaps en externe, etc...)
 - Elle aide au pilotage, au suivi, et à l'évaluation, en structurant la recherche avec des outils adaptés (système d'information).

6/ Organisation et fonctionnement

Modalités d'organisation :

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

Modalités de fonctionnement :

Le Président de la Commission Recherche et Innovation coordonne ses travaux avec le CRMBSP, notamment pour assurer une cohérence avec les orientations retenues par les partenaires du CHU en matière de recherche (URCA, INSERM, CNRS...).

Des groupes de travail thématiques sont constitués afin de pouvoir alimenter les travaux de la Commission.

Modalités de travail entre la commission et le Directoire :

Le Vice-président Recherche du Directoire assure la coordination des travaux de cette commission avec ceux du Directoire.

7/ Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/ Abréviations

ARC : Attaché de Recherche Clinique
AO : Appel d'Offre
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CDU : Commission Des Usagers



CRMBSP : Comité de la Recherche en Matière Biomédicale et de Santé Publique
DIRC : Délégation Interrégionale Recherche Clinique et aux Innovations
DRCI : Délégation de la Recherche Clinique et à l'Innovation
IRB : Institutional Review Board
IRC : Infirmière de Recherche Clinique
POS : Procédures Opératoires Standardisées
TEC : Technicien d'Etude Clinique

9/ Textes de référence

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement et en complément :

- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Circulaire n°DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique
- Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine
- Code de la santé publique : articles L1121-1 à L1121-17 ; L1122-1 ; L1122-2 ; L1142-3 ; L1123-1 à L1123-14 ; L1125-1 à L1125-4 ; R1121-1 à R1125-25

Historique		
Date Création	Décembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Avril 2016	Actualisation	Actualisation au regard du projet d'établissement et du règlement intérieur du CHU.



Annexe 3.14 bis

Composition de la Commission « Recherche et innovation »

Liste des membres de la Commission à la date du 25 mai 2016

Sur proposition conjointe du Président de la C.M.E. et du Doyen de l'U.F.R. de médecine, en date du 18 mars 2016, la Directrice Générale a fixé le 25 mars 2016, la composition de la commission Recherche et Innovation comme suit :

Membres de droit :

- Professeur Philippe RIEU, Président de la C.M.E.
- Professeur François-Xavier MAQUART, Vice-Président recherche Directoire
- Professeur Jean-Paul ESCHARD, Doyen U.F.R. Médecine
- Professeur Jean-Marc MILLOT, Doyen U.F.R. Pharmacie
- Professeur Louis-Frédéric JACQUELIN, Doyen U.F.R. Odontologie
- Monsieur Simon RAOUT, Directeur des affaires médicales et de la recherche
- Professeur Damien JOLLY, Président de la D.R.C.I.
- Professeur Gaëtan DESLEE, Membre C.R.M.B.S.P.
- Docteur Moustapha DRAME, Membre C.R.M.B.S.P.
- Docteur Stéphane JAISSON, Membre C.R.M.B.S.P.
- Professeur Arthur KALADJIAN, Membre C.R.M.B.S.P.
- Monsieur Lucien VICENZUTTI, Membre C.R.M.B.S.P.
- Madame Danièle CAMONIN, Cadre supérieur de santé désignée par la Direction des soins

Membres représentant les pôles :

Pôle Biologie

- Professeur Isabelle VILLENA
- Docteur Thomas GUILLARD

Pôle D.U.N.E.

- Professeur Gérard THIEFIN
- Professeur Fatouma TOURE

Pôle Médecines

- Professeur Philippe BERNARD
- Professeur Olivier BOUCHE

Pôle Femmes-Parents-Enfants

- Professeur Marie-Laurence POLI-MEROL
- Professeur Michel ABELY



Pôle T.C.V.N.

- Professeur Pierre NAZEYROLLAS
- Professeur Ayman TOURBAH

Pôle Imagerie

- Professeur Laurent PIEROT (suppléant Docteur Sébastien SOIZE)

Pôle Tête-Cou

- Professeur Marc MAKEIEFF

Pôle URAD

- Professeur Beny CHARBIT
- Docteur Philippe GOMIS

Pôle Psychiatrie adulte

- Docteur Delphine RAUCHER-CHENE

Pôle Autonomie et santé

- Docteur Rachid MAHMOUDI

Pôle Odontologie

- Professeur Dominique LAURENT-MAQUIN

Pôle Locomoteur

- Docteur Jean-Hugues SALMON

Pôle Pharmacie

- Docteur Céline MONGARET

Membres invités :

Peuvent être invités à cette commission, en fonction des questions à l'ordre du jour :

- Des représentants des CHG et CH spécialisés de Champagne-Ardenne
- Des représentants de l'Institut Jean Godinot,
- Des experts internes ou externes selon les sujets abordés.



ANNEXE 3.15

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Identitovigilance »

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1 Préambule et désignation 2 Coordonnateurs 3 Composition 4 Objectifs et domaines couverts 5 Missions 6 Organisation et fonctionnement 7 Archivage des documents 8 Abréviations 9 Textes de référence	- Tout CHU <u>Mode de diffusion</u> - GED

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 15 décembre 2011, des commissions techniques sont créées en vue de permettre à celle-ci de satisfaire à ses attributions.

La commission « Identitovigilance » a été créée en mai 2012, en continuité de la cellule d'identitovigilance (CIV), pour élargir son périmètre d'intervention à l'ensemble du parcours de soin et reconnaître l'importance de ses travaux dans les domaines de la qualité et de la sécurité des soins.

Suite à l'avis de la CME en date du 19 novembre 2015, la commission « Identitovigilance » a été maintenue.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Coordonnateurs

Coordonnateur paramédical : Mme Sylvette KHAZNADJI, Cadre Supérieur de Santé du pôle DUNE (Digestif-Urologie-Néphrologie-Endocrinologie), désignée le 30/5/2012 et renouvelée le 19/11/2015 par le Président de la CME

Coordonnateur médical : Mme le Docteur Véronique BRODARD, Praticien Hospitalier du Pôle de Biologie Médicale et Pathologie, désignée le 30/5/2012 et renouvelée le 19/11/2015 par le Président de la CME

Coordonnateur administratif : Mme Guillemette SPIDO, Directrice adjointe en charge du budget, des admissions et de la facturation



Missions :

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont les coordonnateurs fixent l'ordre du jour et dont ils organisent et animent les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU)
- Piloter la thématique de la certification V2014 ou nommer un responsable selon les missions déterminées dans la fiche de poste des pilotes, validée par le Comité de pilotage « qualité et gestion des risques ».

3/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

3.1 Composition restreinte :

Les 3 coordonnateurs, accompagnés :

- du coordonnateur de la gestion des risques
- d'un ingénieur gestionnaire des risques
- d'un représentant du Service d'Archivage et de Gestion du Dossier Patient
- d'un représentant de la DSIT
- d'un représentant du pôle URAD
- d'un représentant du pôle imagerie
- d'un représentant du pôle interventionnel
- d'un représentant du DIM
- d'un adjoint des cadres responsable de la relation avec les usagers et droits des patients

Total : 12 membres

3.2 Composition élargie :

Représentation de chaque pôle ;
Représentation des différents acteurs intervenant dans le parcours du patient.

Total : 42 membres

3.3 CREX CIV :

Les membres de la CIV restreinte.

4/ Objectifs – finalité et domaines couverts

La commission a en charge la surveillance et la prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients.

Finalité :

Assister la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions d'**établissement** assorti d'indicateurs de suivi dans le domaine de **l'identification du patient tout au long de son parcours de soin** dans le but de la fiabiliser.

5/ Missions

La commission est un groupe de concertation, consultation et coordination du domaine concerné.



Missions générales :

Dans son domaine de compétence, elle doit :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions

Celui-ci prend en compte :

- o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, événements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

Missions spécifiques :

Assurer la promotion ou la proposition d'éléments concourant à la mise en œuvre de procédures de vérification de l'identité du patient, notamment :

- o La formation des personnels d'accueil administratif et des professionnels de santé en matière de surveillance et de prévention des erreurs d'identification du patient.
- o La mise en œuvre de mesures d'évaluation de la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
- o La définition de la politique d'identification et de rapprochement d'identités et la rédaction de la procédure qui s'y rattache.
- o La rédaction des instructions de création et de fusion d'identité.
- o Le traitement des événements indésirables liés aux erreurs d'identification du patient en lien avec le CREX institutionnel.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Dispositions spécifiques :

6.1 Réunions

La commission restreinte se réunit mensuellement pour suivre les travaux en cours (pilotage opérationnel).

La commission plénière se réunit trois fois par an pour suivre et valider la stratégie de la CIV.

6.2 Comptes-rendus

Un compte-rendu de la commission restreinte est élaboré pour chaque réunion et adressé aux membres de la CIV restreinte, ainsi qu'au Président de la CME, pour validation lors de la séance suivante.



Un compte rendu est élaboré pour chaque réunion de la Commission plénière et adressé à tous les membres de la CIV plénière, dans les 15 jours qui suivent la réunion. Afin de permettre une diffusion plus rapide des informations, le relevé de conclusions sera envoyé par mail et l'approbation sera effective en l'absence de remarque des membres de la CIV plénière dans un délai de 15 jours après réception. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

6.3 Modalités de fonctionnement

Le programme d'actions de la commission constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

- La commission « Identitovigilance » prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage Qualité et gestion des risques.
- Les membres du Comité de pilotage Qualité et gestion des risques élaborent un pré-programme global d'actions qualité/sécurité des soins à partir des différents volets. Il prend en compte les contributions de la CDU et de la CSIRMT. Il est présenté au bureau de la CME puis à la CME pour validation.
- Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

6.4 Modalités de travail entre la commission et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins d'autre part

La commission coordonne l'ensemble des démarches liées à l'identification du patient tout au long de son parcours de soin sur l'établissement.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est membre de la CIV. Il est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La commission assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
 - Les coordonnateurs de la commission « Identitovigilance » proposent le pré-programme du volet « Identitovigilance » et fournit son bilan
 - Les coordonnateurs de la commission « Identitovigilance » contribuent à la hiérarchisation des actions de l'ensemble des différents volets, à la lisibilité du programme global
 - Les coordonnateurs de la commission « Identitovigilance » contribuent à l'appropriation du volet « Identitovigilance » du programme d'actions par les acteurs directs
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - La commission « Identitovigilance » met en œuvre le volet « Identitovigilance » et suit les indicateurs associés
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - La commission « Identitovigilance » met en œuvre des actions de formation et de communication sur le volet « Identitovigilance »

La commission « Identitovigilance » et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

7/ Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement



8/ Abréviations

CBUM : Contrat de Bon Usage des Médicaments
CIV : Cellule d'identitéVigilance
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CDU : Commission Des Usagers
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DIM : Département d'Information Médicale

9/ Textes de référence

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement et en complément :

- Manuel de certification V2010, version juin 2011
- Hôpital numérique – Guide des indicateurs des prérequis et des domaines prioritaires du socle commun
- Compte qualité.

Historique		
Date Création	Septembre 2012	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Mai 2016	Actualisation	Actualisation au regard du règlement intérieur du CHU et de l'actualité législative et réglementaire.



Annexe 3.15 bis

Composition de la Commission « Identitovigilance »

Liste des membres de la Commission à la date du 25 mai 2016

Composition restreinte :

Les 3 coordonnateurs, accompagnés :

- du coordonnateur de la gestion des risques
- d'un ingénieur gestionnaire des risques
- d'un représentant du Service d'Archivage et de Gestion du Dossier Patient
- d'un représentant de la DSIT
- d'un représentant du pôle URAD
- d'un représentant du pôle imagerie
- d'un représentant du pôle interventionnel
- d'un représentant du DIM
- d'un adjoint des cadres responsable de la relation avec les usagers et droits des patients

Total : 12 membres

Composition élargie :

Représentation de chaque pôle ;

Représentation des différents acteurs intervenant dans le parcours du patient.

Total : 42 membres

CREX CIV :

Les membres de la CIV restreinte.



ANNEXE 3.16

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Accueil non programmé »

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1 Préambule et désignation 2 Responsable et responsable adjoint 3 Composition 4 Objectifs et domaines couverts 5 Missions 6 Organisation et fonctionnement 7 Archivage des documents 8 Abréviations 9 Textes de référence	- Tout CHU <u>Mode de diffusion</u> - GED

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME en date du 19 novembre 2015, la commission « Accueil non programmé » créée le 15 décembre 2011 a été maintenue.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ Responsable et responsables adjoints

Responsable : Docteur Bénédicte DECOUDIER, désignée le 15 octobre 2015.

Responsable adjoint : Docteur Carole CAROLET, désignée le 15 octobre 2015.

Missions du responsable :

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont la responsable fixe l'ordre du jour et dont elle organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU)
- Piloter la thématique de la V2014 ou nommer un responsable selon les missions déterminées dans la fiche de poste des pilotes, validée par le Comité de pilotage « qualité et gestion des risques ».



3/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

Assister la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions lié aux **accueils non programmés de l'ensemble des patients accueillis dans les services d'urgences adultes et enfants, et l'ensemble des pôles de soins du CHU et des indicateurs de suivi associés.**

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions, qui prend en compte :
 - o Les évolutions réglementaires ;
 - o Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisation afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - o Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, événements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - o L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - o La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - o L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
- Réaliser un bilan annuel ;
- Organiser l'information et la communication globale.

En complément, la commission « Accueil non programmé » assure les missions suivantes :

- La définition et le suivi de l'organisation de la programmation de consultations d'urgence et recours d'urgence au spécialiste.
- La définition et le suivi de la réponse des Médecins hospitaliers aux Médecins libéraux
- La définition et le suivi de l'organisation de la jonction jour-nuit dans la gestion des lits (tour des lits disponibles avant l'arrivée des cadres de nuit)
- Organiser la possibilité de sollicitation de l'HAD et/ou les prestataires de services
- Structurer l'organisation de la programmation d'hospitalisations rapides après la consultation aux urgences
- Structurer la prise en charge des patients en hospitalisation inadaptée et évaluer les mesures mises en place
- La veille scientifique et réglementaire dans son champ de compétence

Note :

Le programme d'actions de la commission « Accueil non programmé » constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. A ce titre :



- La commission « Accueil non programmé » prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques »
- Les membres du Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques » élaborent un pré-programme global d'actions qualité/sécurité des soins à partir des différents volets. Il prend en compte les contributions de la CDU et de la CSIRMT. Il est présenté au bureau de la CME puis à la CME pour validation.
- Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

Modalités de travail entre la commission « Accueil non programmé » et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

La commission est experte dans son domaine.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La commission assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o Le responsable de la commission propose le pré-programme du volet « Accueil non programmé » et fournit son bilan
 - o Le responsable de la commission contribue à la hiérarchisation des actions de l'ensemble des différents volets, à la lisibilité du programme global
 - o Le responsable de la commission contribue à l'appropriation du volet « Accueil non programmé » du programme d'actions par les acteurs directs
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - o La commission met en œuvre le volet « Accueil non programmé » et suit les indicateurs associés
- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - o La commission met en œuvre des actions de formation et de communication sur le volet « Accueil non programmé »

La commission et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Un compte rendu est élaboré pour chaque réunion et adressé à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/ Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/ Abréviations

CBUM : Contrat de Bon Usage des Médicaments

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CDU : Commission Des Usagers

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques



9/ Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

- ALDUC Antoine
Evaluation de la poly-pathologie du sujet âgé hospitalisé en service de médecine aiguë gériatrique, thèse 3 cycle : Med : Rennes : 2003 ; 20
- BELLOU A, DE KORWIN JD, BOUGET J, CARPENTIER F, LEDORAY V., KOPFERSCHMITT J, et al
Place des Urgences : un lieu de passage « obligé » pour mourir à l'hôpital ?, Congrès urgence 2004
- BLEICHNER G, MANET PH, DESBOUSARD S.
Enquête sur le fonctionnement des services d'accueil et d'urgence de 260 hôpitaux généraux français, Reanim. Urgences 1990 ; 6 : 31-37
- BUCHON D, BUISSON JG, DRUET-CABANAC M, FAUCHER M, MENARD D, MOULIN JL, et al.
Hospitalisation des personnes âgées de plus de 70 ans : une étude sur les causes et conséquences d'une telle décision, Rev Prat Med Gen 2000 ; 14 (494) : 651-655
- Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile
- Circulaire n° DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences
- Circulaire n° DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.
- Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- COUTURIER P.
Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives, Revue Gériatrique 2004 ; 29 (9) : 703- 712
- DERAME G, EL KOURI D., HAMIDOU M, CARRE E, POTEL G.
Les passages non justifiés au service d'accueil des urgences : proposition d'une offre de soins différenciée, Presse Med 2004 ; 33 : 780-783
- GENTRIC A, DUQUESNE F, GRAZIANA A, SIVY H, DUGES F, GARO B, et al.
L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences : une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine ?, Rev Med Interne 1998 ; 19 : 85-90
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques
Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Etudes et résultats n°72 juillet 2000
- L'Organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions.
Document édité en mai 2005 par la Société Francophone de Médecine d'Urgence Hôpital
- Manuel de certification V2010, version juin 2011
- Instruction n°DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences
- Guide de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgence ; ARS de Lorraine ; septembre 2013
- Construire un parcours de santé pour les personnes âgées ; ANAP ; décembre 2013
- JUAN Emmanuelle
Mémoire filière directeur d'hôpital : Gestion des flux d'entrées programmées et non programmées : levier de performance organisationnelle et financière des établissements de santé. L'exemple du centre hospitalier d'Arras ; EHESP ; Décembre 2014
- Gestion des lits : vers une nouvelle organisation ; Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions ; ANAP ; mars 2015

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Avril 2016	Actualisation	Actualisation au regard du projet d'établissement et du règlement intérieur du CHU.



Annexe 3.16 bis
Composition de la
Commission « Accueil non programmé »

Liste des membres de la Commission
à la date du 25 mai 2016

Mme le Dr. Bénédicte DECOUDIER (responsable de la commission)
Mme le Dr. Carole CAROLET (responsable adjoint de la commission)
Pôle USLD/EHPAD : M. Gilles COULMY
Pôle Locomoteur : M. le Dr. Christophe MENSA et Mme Sandrine RIEGER
Pôle Tête-Cou : Mme Carole ETIENNOT
Pôle odontologie :
Pôle DUNE : Mme Brigitte CHANZY
Pôle Médecines : Mme Laurence TABORSKI
Pôle TCVN : Mme le Dr S. DURY et Mme Anne HENRY
Pôle Femme-Mère-Enfant :
Pôle Autonomie et Santé : Mme le Dr Laurie-Anne BERTHOLON et Mme Danielle CAMONIN
Pôle psychiatrie adulte :
Pôle URAD : M. François FERRIERE
Pôle interventionnel : Mme Virginie MONCUY et M. Arnaud Rochette
Pôle Biologie : M. le Dr Luc GUILPAIN, Mme le Dr Emmanuelle GUILLARD et M. Hervé LEPAN
Pôle imagerie médicale : M. Dominique STAUMONT
Pôle Pharmacie-Pharmacovigilance : Mme le Dr Morgane BONNET
Direction : Mme Lucie DELECRAY (Directrice du site central), M. Florent PEEREN (Directeur adjoint du site central), Mme Jeannine LEONARD (Directrice des soins).



ANNEXE 3.17

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission Communication

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1 Préambule et désignation 2 Composition 3 Missions 4 Organisation et fonctionnement 5 Liens fonctionnels 6 Archivage des documents 7 Textes de référence	- Tout CHU
	<u>Mode de diffusion</u> - GED

1 – Préambule

En vertu de l'article R.6144-6 du Code de la Santé Publique, « pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement définit librement son organisation interne ». A cette fin, la Commission médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Reims (ci-après CME), par un avis du 19 novembre 2015, a réitéré son souhait d'installer une commission « Communication ».

L'objectif d'une telle commission est de contribuer à l'accroissement de la visibilité de la communauté médicale, mais également du Centre Hospitalier Universitaire de Reims en tant qu'établissement d'excellence en termes d'enseignement, de recherche et de recours régional. Il s'agit également de faire connaître et de valoriser l'activité de ses services cliniques et médico-techniques auprès des internes et jeunes praticiens, en vue d'accroître l'attractivité globale du CHU.

Le présent document a pour objet de définir l'organisation et le fonctionnement de ladite commission, en complément des modalités d'ores et déjà prévues par la charte commune d'organisation et de fonctionnement.

2 – Composition

2.1 La présidence de la commission

Désignation du président

Sur proposition du Président de la commission médicale, le Docteur Julien VOLET, praticien hospitalier dans le service d'hépatogastro-entérologie, est désigné responsable de la commission « Communication » à compter du 1^{er} janvier 2016.

Fins des fonctions

Les fonctions de président de la commission « Communication » prennent fin à l'expiration du mandat de la CME qui l'a désigné, ou à sa demande, après acceptation par le Président de la CME.



Missions du Président

Le Président de la commission « Communication » détermine le champ des missions ainsi que la composition de ladite commission, en lien avec le Président de la CME.

Il en préside les séances, et en fixe l'ordre du jour. Il peut demander l'intervention en séance de personnalités extérieures compétentes sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission.

Il peut demander la réunion de ladite commission en session élargie, dont la composition est définie ci-après.

Il assure la représentation de ladite commission auprès de la CME, des autres commissions existant au sein de cette dernière.

Il participe aux séances de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), dont il est membre de droit.

Adjoint au président de la commission

Un Président adjoint peut être nommé par le président de la commission « Communication ». Il l'assiste dans l'exercice de ses fonctions.

2.2 La commission en session ordinaire

Sous réserve de leur acceptation, les membres de la commission « Communication » sont désignés par son président.

La liste des membres de ladite sous-commission est jointe en annexe de la présente charte.

2.3 La commission en session élargie

Sur décision du médecin responsable, la commission « Communication » peut se réunir en session élargie.

Outre les membres de la commission évoqués ci-avant, la commission en session élargie comprend un représentant médical et un représentant cadre par pôle d'activité.

La liste des membres de ladite commission est jointe en annexe de la présente charte.

3 - Missions

3.1 Missions générales

La commission a pour mission d'informer la communauté médicale et soignante de l'établissement des travaux de la CME. Par ses travaux, elle contribue également à l'amélioration de la connaissance, au sein de l'établissement, des activités de tous les secteurs, en vue de favoriser l'émergence d'une culture d'établissement commune.

Elle communique auprès des médecins de ville sur les activités proposées par le CHU, notamment celles de recours, d'enseignement et de recherche. Elle s'assure de la visibilité du corps médical de l'établissement auprès de ces derniers, mais également auprès des établissements de santé voisins.

3.2 Missions exercées en lien avec la Direction de la Communication

La commission « Communication » participe au suivi des travaux et projets menés au titre de la communication de l'établissement. A ce titre, elle contribue à l'élaboration et assure un suivi du plan de communication institutionnel.

Elle travaille à la création d'outils d'information utiles à la communauté médicale et soignante (plaquettes, sites Internet...).

Elle mène des campagnes d'information et de communication auprès des partenaires institutionnels de l'établissement (Université Reims Champagne-Ardenne, Ville de Reims, autres universités...).

3.3 Missions exercées en lien avec la Direction des Relations avec les Usagers

La commission « Communication » contribue à la facilitation et à la clarification de l'accès aux différents services de l'établissement (signalétique...).



4 – Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement. Dispositions particulières :

4.1 Tenue des réunions

La commission « Communication » se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président.

4.2 Ordre du jour

L'ordre du jour de ladite commission est déterminé par son président. Il mentionne, le cas échéant, la présence de personnalités extérieures, évoquées au 2.1.

4.3 Discrétion professionnelle

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

4.4 Suivi des travaux

Un programme annuel ou biennuel peut servir de base à la planification des travaux de la commission. Au terme de cette période, un bilan d'activité retracera l'ensemble des contributions et projets réalisés par ou avec le concours de ladite commission.

4.5 Relevé de conclusions

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

5 - Liens fonctionnels

Les travaux de la commission « Communication » sont menés en liaison fonctionnelle avec :

- le Bureau de la CME
- la commission Recours
- la commission Recherche et innovation
- la commission Dossier patient
- la Direction de la Communication.

6 - Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

7 - Textes de référence

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé
- Code de la santé publique : articles L6144-1, L6144-2, L6144-5, R6144-1 à R6144-6, R6152-74.
-

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Avril 2016	Actualisation	Actualisation au regard du projet d'établissement et du règlement intérieur du CHU.



Annexe 3.17 bis
Composition de la
Commission de la communication

Liste des membres de la Commission
à la date du 31 mai 2016

Monsieur le Docteur Docteur Julien VOLET, Président de la Commission

Madame Julie COLLIN

Madame Catherine DUPONT

Monsieur Pierre GILBERT

Monsieur François KRABANSKY

Monsieur le Docteur Guillaume MARQUES

Madame le Docteur Pauline ORQUEVAUX

Monsieur le Docteur Jean Hugues SALMON

Madame Marie VALLAS

Madame le Docteur Juliette VELLA BOUCAUD

Madame le Docteur Laetitia VISSEAUX



ANNEXE 3.18

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Douleur et soins palliatifs »

Sommaire	Liste des destinataires
1 Préambule et désignation	- Tout CHU
2 Responsable et responsable adjoint	
3 Composition	<u>Mode de diffusion</u> - GED
4 Objectifs et domaines couverts	
5 Missions	
6 Organisation et fonctionnement	
7 Archivage des documents	
8 Abréviations	
9 Textes de référence	

1/ **Préambule et désignation**

Conformément à l'avis de la CME en date du 19 novembre 2015, la commission « Douleur et soins palliatifs créée le 15 décembre 2011, en continuité du comité de lutte contre la douleur (CLUD), a été maintenue.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME.

2/ **Responsable et responsable adjoint**

Responsable : M. le Professeur François BOYER, désigné par le Président de la CME le 19 novembre 2015.

Responsable adjoint : M. le Professeur Beny CHARBIT.

Missions du responsable:

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions ;
- Assurer le lien avec les usagers par le biais des réunions de la commission des usagers (CDU)
- Piloter la thématique de la V2014 ou nommer un responsable selon les missions déterminées dans la fiche de poste des pilotes, validée par le Comité de pilotage « qualité et gestion des risques ».



3/ Composition

La composition de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

Assister la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'actions de prise en charge de la **douleur** et de l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de **soins palliatifs** et des indicateurs de suivi associés, sur l'ensemble de l'**établissement**.

La prise en charge de la douleur et les soins palliatifs constituent des objectifs prioritaires du projet d'établissement 2016 – 2020 du CHU.

Ces projets de prise en charge du patient participent au respect de la dignité de la personne malade et s'inscrivent dans le droit fil de :

- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental ;
- la loi du 2 février 2016, dite loi « Claeys – Leonetti », qui crée de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie.

En effet, toute personne a le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les soins les plus appropriés et de bénéficier de thérapeutiques à l'efficacité reconnue, avec la sécurité et l'apaisement de la souffrance les meilleurs, sans lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Toute personne a également droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance, en évitant toute obstination déraisonnable et en mettant en œuvre, à la demande du patient, une sédation profonde et continue :

- en cas d'affection grave et incurable, avec un pronostic vital engagé à court terme et une souffrance réfractaire aux traitements ;
- lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Afin de rendre effectifs ces droits, la Commission « Douleur et soins palliatifs » est promoteur d'un plan d'actions dont les principaux objectifs sont :

⇒ Dans le domaine de la prise en charge de la douleur :

- d'améliorer le protocole de prise en charge de la douleur (repérage, évaluation, traçabilité) ;
- d'améliorer la formation pratique des professionnels de santé ;
- d'améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques ;
- de structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles

⇒ Dans le domaine de la prise en charge en soins palliatifs :

- de définir et rendre lisible la politique globale de prise en charge des malades en soins palliatifs ;
- de développer la culture « soins palliatifs » ;
- de travailler en partenariat avec tous les acteurs concernés par cette filière (réseaux, équipe mobile, GRECS, associations de bénévoles formés à l'accompagnement de fin de vie...) ;
- de conforter la recherche clinique en soins palliatifs et en accompagnement de fin de vie.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Réaliser un état des lieux ;
- Préparer et réviser la pré-politique institutionnelle ;
- Préparer le pré-programme d'actions

Il prend en compte :

- o Les évolutions réglementaires ;



- Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
 - Les données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
 - L'expression des usagers : rapport annuel de la CDU, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction ;
 - La production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;
 - L'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées par le décret n° 2006-909 (art D.4135-2)
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
 - Réaliser un bilan annuel ;
 - Organiser l'information et la communication globale.

En complément, la Commissions des dispositifs médicaux assure la mission suivante :

- La **veille scientifique et réglementaire** dans son champ de compétence

Note :

Le programme d'actions de la Commission constitue un des volets du programme global qualité/sécurité des soins élaboré, sous l'égide de la CME, en lien direct avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. A ce titre :

- La Commission prépare son pré-programme d'actions selon un modèle défini par le Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques »
- Les membres du Comité de pilotage « Qualité et gestion des risques » élaborent un pré-programme global d'actions qualité/sécurité des soins à partir des différents volets. Il prend en compte les contributions de la CRU et de la CSIRMT. Il est présenté au bureau de la CME puis à la CME pour validation.
- Le programme global qualité/sécurité des soins est proposé à la Directrice Générale par le Président de la CME.

Un bilan global des actions qualité/sécurité des soins est élaboré selon les mêmes modalités.

Modalités de travail entre la commission « Douleur et soins palliatifs » et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :

La commission est experte dans ses domaines.

Le coordonnateur des risques associés aux soins est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble des volets du programme d'actions identifiés en fonction des différents risques associés aux prises en charge de l'établissement.

La commission assiste le coordonnateur des risques associés aux soins dans ses missions, à savoir :

- L'élaboration du programme global d'actions qualité/sécurité des soins et du bilan global d'actions qualité/sécurité des soins
 - Le responsable de la commission propose le pré-programme des volets «douleur» et «soins palliatifs» et fournit son bilan ;
 - Le responsable de la commission contribue à la hiérarchisation des actions des différents volets et à la lisibilité du programme global
 - Le responsable de la commission contribue à l'appropriation des volets «douleur» et «soins palliatifs» du programme d'actions par les acteurs directs ;
- L'assurance de la mise en œuvre du programme global d'actions qualité/sécurité des soins
 - La commission met en œuvre les volets « douleur » et « soins palliatifs » et suit les indicateurs associés



- La contribution au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité
 - o La commission met en œuvre des actions de formation et de communication sur les volets « douleur » et « soins palliatifs ».

La commission et le coordonnateur des risques associés aux soins partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

Un relevé de conclusions est élaboré pour chaque réunion. Il est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/Abréviations

CBUM : contrat de bon usage des médicaments
CME : commission médicale d'établissement
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CDU : commission des usagers
CSIRMT : commission de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation

9/Textes de référence

En complément des textes de référence désignés dans la charte commune d'organisation et de fonctionnement :

Circulaire DGS/DH 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques
Art. L.710-3-1 du Code de la santé publique (Livre VI) : loi 95-116 du 4 février 1995, art.31 et 32 ; modifié par la loi 96 – 452 du 28 mai 1996, art.14
Rapport du Sénat, n°138, 1994-1995 : Prendre en charge la douleur, par Lucien Neuwirth
Circulaire DGS/DH 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé
Circulaire DGS/DH n°98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés
Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs
Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n°99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Octobre 2000.
Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement
Circulaire DHOS/O2 n° 035601 du 5 mai 2004 relative à la diffusion du guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements
Loi relative aux Droits des malades et à la fin de vie n° 2005-370 du 12 avril 2005
Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie



Décret n° 2006-119 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Décret n° 2006-120 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Mise à jour novembre 2006.

Décrets d'application de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie n°2005-370 du 22 avril 2005, publiés le 6 février 2006

Décret n° 2006-122 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs

Circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Décembre 2008.

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 présenté par le Président de la République ce vendredi 13 juin au Centre Hospitalier de Bourges

Manuel de certification V2010, version juin 2011

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie, dite loi « Claeys – Leonetti »

Code de la santé publique : articles L1110-2, L1110-5 à L1110-5-3, L1110-9 à L1110-11, L1112-4, R4127-2, R4127-37 et 38.

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Mai 2016	Actualisation	Actualisation au regard du projet d'établissement et du règlement intérieur du CHU.



Annexe 3.18 bis

Composition de la Commission « Douleur et soins palliatifs »

Liste des membres de la Commission à la date du 13 juin 2016

Responsable de la commission : M. le Professeur François BOYER

Responsable adjoint de la commission : M. le Professeur Beny CHARBIT

Pôle EHPAD : Mme le Dr. Aurore DEVY-MICHEL, M. Michaël SAMUEL (Cadre de santé ROUX 1^{er} étage pôle EHPAD- USLD), Mme Marie-Hélène SCHLIENGER (IDE à WILSON AB1)

Pôle Locomoteur : Mme le Dr. Marion FAUCONIER, Mme Sonia ROUCHOSSÉ, Cadre de santé, Chirurgie orthopédique et traumatologique, unité b)

Pôle Tête-cou : Mme Claudine DELMAS, M. le Dr Arnaud BAZIN

Pôle Odontologie : Mme le Dr Stéphanie GRENIER,

Pôle DUNE : M. le Pr Olivier BOUCHE, Mme Clotilde GUCCIONE (Cadre de santé à OP Néphrologie HMB), Mme Sonia QUENNESSON (Cadre de santé à l'unité 71 HRD : Urologie et Hépatogastroentérologie).

Pôle Médecines : M. le Pr Jean-Loup PENNAFORTE, Mlle Magali WALTERSPIELER (Cadre de santé unité 81, hospitalisation de jour), M. le Pr Olivier BOUCHE

Pôle TCVN : Mme Agnès COGLIATI-DJEHICH (Cadre de santé maladies respiratoires et allergologie), Mme le Dr Juliette VELLA-BOUCAUD

Pôle Femme-Parents-Enfant : Mlle Isabelle GREMILLET (Sage-Femme Cadre), Mme Lydie LEFORT (Cadre de santé Hémato-oncologie) et Mme Isabelle DALIGAULT (Cadre de santé URIP)

Pôle Autonomie et Santé : M. le Dr Jean-Michel COULON, Mme Catherine HENRY (cadre IDE G3 SSR Sébastopol)

Pôle Psychiatrie adulte : Mme le Dr. Céline BERA-POTELLE, Mme Christelle LIENARD (Cadre de santé)

Pôle URAD : M. le Pr Beny CHARBIT, Mme Brigitte VASSEUR (Cadre supérieur de santé Anesthésie)

Pôle Interventionnel : M. le Dr. Jean Claude MEROL, Mme Adeline NASCIMENTO

Pôle Biologie : Mr le Dr. Bernard PIGNON, Mme le Dr Carinne LAFON, Mme Sophie ROULIN (Cadre de santé)

Pôle Imagerie médicale : M. le Dr Georgios METAXAS, Mme Gaël GILLET

Pôle Pharmacie – pharmacovigilance : M. le Dr. Jean-Baptiste BACOUILLARD, Mme Françoise DROUET (Cadre supérieur de pôle)

Centre de la Douleur : Mme le Dr NGUYEN-TANG-LEVEQUE Aithu, M. le Dr Jean-Pierre CONCE

Soins palliatifs adultes : Mme le Dr. Daniela SIMON

Soins palliatifs enfants : Mme le Dr. Odile NOIZET-YVERNEAU

EREC/Pôle Transversalité/GRECS : Mme Karine BREHAUX (Coordonnatrice)

Qualité et gestions des risques : Mme le Dr Florence BUREAU-CHALOT (Coordonnateur de la gestion des risques), Mme Céline BERRIER (Ingénieur qualité), M. Mounir JEBABLI (Ingénieur gestionnaire de risques)

Composantes IRF : Mme Armelle ANDRE et Mme Marie-Pierre COULMY (Cadres formatrices à l'IFSI)

Direction : Mme Françoise DE TOMMASO (Directrice de la Qualité, gestion des risques) ;

Direction des soins : Mme Jeanine LEONARD (Directrice des soins)

Total : 45 membres



ANNEXE 3.19

Charte d'organisation et de fonctionnement de la Commission « Equipement »

Sommaire	Liste des destinataires
1- Préambule et désignation	- Tout CHU
2- Responsable et responsable adjoint	
3- Composition	Mode de diffusion - GED
4- Objectifs et domaines couverts	
5- Missions	
6- Organisation et fonctionnement	
7- Archivage des documents	
8- Abréviations	
9- Textes de référence	

1/ Préambule et désignation

Conformément à l'avis de la CME émis le 15 décembre 2011 et confirmé le 19 novembre 2015, la commission « Equipement » (équipements médicaux) a été maintenue.

Elle n'a pas vocation à se substituer, ni à la Direction de l'établissement, ni à la Commission Médicale d'Etablissement dans leurs pouvoirs respectifs.

La présente charte complète les documents suivants :

- Règlement intérieur du CHU
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- Charte commune d'organisation et de fonctionnement des Commissions de la CME

2/ Responsables et responsable adjoint

Responsables : Professeur Alain DUCASSE et Professeur François LEBARGY

Responsable adjoint : Professeur Isabelle VILLENA

Missions des responsables :

- Formuler les missions et les objectifs de la commission ;
- Constituer la commission ;
- Présider les réunions de la commission dont il fixe l'ordre du jour et dont il organise et anime les débats ;
- Veiller au bon fonctionnement de la commission ;
- Coordonner la politique en lien avec le domaine traité par la commission ;
- Elaborer avec les différents Chefs de pôles, au vu du listing établi par le service biomédical la liste des équipements obsolètes;
- Selon les besoins, assurer les liens avec les autres commissions et notamment avec la Commission des dispositifs médicaux.



3/ Composition

Membres permanents :

Président, nommé par le Président de la CME ;
Chefs de pôles ou leur délégué au matériel du pôle;
Membres de la direction (direction des achats et de la logistique, dont l'attachée qui assure la gestion administrative de ladite commission),
Ingénieur en Chef Biomédical

A titre consultatif :

Directeur des Finances
Directeur du Système d'Information
Directeur des Services Techniques
Cadres administratifs des différents pôles

Possibilité d'inviter d'autres représentants des pôles en fonction de l'ordre du jour.

Nomination d'un rapporteur par pôle

Chaque chef de pôle doit désigner un délégué auprès de la commission des équipements.

La composition nominative de la Commission figure en annexe de la présente charte.

4/ Objectifs et domaines couverts

Définir les priorités d'achat de matériel en tenant compte du projet d'établissement lui-même fondé sur les projets de pôles et dans la limite des budgets alloués à ce titre.

Parmi les objectifs du projet d'établissement figure le développement des prises en charge de haute technicité. Il traduit la volonté de réaffirmer le positionnement du CHU comme établissement de recours dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire et de la région Grand Est, grâce aux compétences de ses personnels médicaux et paramédicaux, ainsi qu'à la technicité de ses structures et de ses équipements, notamment biomédicaux.

5/ Missions

Dans son domaine de compétence :

- Préparer le plan des équipements médicaux ;
- Réaliser un état des lieux en lien avec le service biomédical, afin de proposer à la Commission un calendrier pluriannuel de remplacement des équipements déclarés comme obsolètes ;
- Mettre en œuvre, coordonner et évaluer le programme d'actions ;
- Réaliser un bilan annuel ;
- Organiser l'information et la communication globale, notamment en CME.

En complément, la Commission « Equipement » assure les missions suivantes :

- Inventorier le matériel médical par pôle ;
- Faire le point sur les matériels détruits ou à détruire ou obsolètes et la nécessité de les remplacer.
- Lister les matériels ayant un renouvellement légalement défini, type appareil d'hémodialyse, respirateur ...
- Etablir la liste des matériels nécessaires aux différentes innovations de chacun des pôles, conformément au projet de chaque pôle et aux orientations du projet d'établissement, et définir quelle doit être l'enveloppe pour l'innovation ;
- Etudier les demandes de dons (cf. procédure annexée)

Modalités de travail entre la Commission « Equipement » et la Commission des Dispositifs Médicaux

La Commission « Equipement » travaille en étroite coopération avec la Commission des Dispositifs Médicaux. Les deux Commissions partagent l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de leurs missions respectives, dans le respect de leurs domaines de compétence.



6/ Organisation et fonctionnement

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement. Dispositions particulières :

Réalisation du plan d'équipement

1^{ère} étape : Recensement

Pour réaliser le plan d'équipement, un recensement annuel est effectué au niveau des différents chefs de pôle. Le rôle des pôles est primordial.

Sont pris en compte, d'une part :

La liste du matériel identifié par le service biomédical comme non conforme à la réglementation ainsi que le matériel dont la maintenance s'avère impossible faute de pièces détachées. Cette liste est adressée à chaque chef de pôle afin de vérifier que son remplacement présente un intérêt pour l'activité du service.

Le service biomédical est chargé de proposer à la commission un calendrier pluriannuel de remplacement des matériels précités en tenant compte :

- des évolutions réglementaires ;
- des orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisation afférentes : politiques nationales ou régionales de sécurité du patient, projet régional de santé, CPOM, CBUM, indicateurs qualité et de sécurité des soins... ;
- des données propres à la vie de l'établissement : surveillances, signalements, évènements indésirables, vigilances, évaluations, conventions, projet d'établissement, contrats de pôles... ;
- de la production des autorités ou experts externes : inspections, certifications, organismes externes habilités... ;

Nb : il est rappelé que l'équipement faisant l'objet de ce listing après accord du Chef de pôle et le travail effectué avec le Président de la Commission doit être remplacé. Le budget prévu pour le remplacement ne peut être utilisé par le pôle pour l'achat d'équipement autre que celui étiqueté obsolète.

D'autre part, les demandes nouvelles des services. Ces demandes au moment de l'expression des besoins doivent être hiérarchisées par les coordinations de pôle.

Par ailleurs, conformément aux orientations données par les instances de l'établissement, l'achat de matériel coûteux doit être précédé d'une étude médico-économique permettant d'éclairer les propositions de la Commission des Equipements, notamment en matière de coût annuel d'exploitation relatifs aux dispositifs médicaux et aux consommables liés à ces équipements.

Cette étude est réalisée par le cadre administratif du pôle concerné (une à deux études maximum), en concertation avec la Commission des dispositifs médicaux, le DIM (impact éventuel sur la cotation et la valorisation des actes et séjours...), les services financiers et les services économiques.

2^{ème} étape : Les enveloppes financières

Le plan d'équipement est réalisé en tenant compte, en premier lieu, des prévisions fixes qui comprennent différentes enveloppes, à savoir :

- Optiques
- Pousse-seringues
- Matériels obsolètes
- Equipements nécessitant le changement du fait d'une nouvelle réglementation
- Réserve divers
- Projets à réaliser dans le cadre du projet d'établissement

et, en second lieu, des nouvelles demandes des pôles.



3^{ème} étape : Réunion de la Commission

Lors de la réunion de la Commission, le Président présente les différents éléments du recensement qui émanent des pôles.

En tout état de cause, les prévisions fixes sont déduites de l'enveloppe annuelle dédiée aux achats des équipements médicaux. Ensuite, la Commission propose un plan d'équipement.

4^{ème} étape : Relevé de conclusions

A l'issue de la chaque réunion de la Commission des Equipements Médicaux, un relevé de conclusions est élaboré.

Celui-ci est adressé dans les quinze jours qui suivent à tous les membres, pour validation à la réunion suivante. Il est également envoyé au Président de la CME pour approbation, avant diffusion et archivage dans la GED.

7/Archivage des documents

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement

8/Abréviations

CBUM : Contrat de Bon Usage des Médicaments

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

9/Textes de référence

Cf. charte commune d'organisation et de fonctionnement.

Historique		
Date Création	Novembre 2011	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Mai 2016	Actualisation	Actualisation au regard du règlement intérieur du CHU et de la nouvelle composition de la Commission.



Annexe 3.19 bis

Composition de la Commission « Equipement »

Liste des membres permanents de la Commission à la date du 26 mai 2016

Responsables : M. le Pr Alain DUCASSE et M. le Pr François LEBARGY

Responsable adjoint : Mme le Pr Isabelle VILLENA

Pôle Autonomie et santé : M. le Pr Jean-Luc NOVELLA (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Biologie médicale et pathologie : M. le Pr Philippe GILLERY (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Digestif-Urologie-Néphrologie-Endocrinologie (D.U.N.E.) : M. le Pr Gérard THIEFIN (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.) : M. le Dr Frédéric MUNSCH (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Femme-Parents-Enfant (F.P.E.) : M. le Pr Michel ABELY (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Imagerie : M. le Dr Olivier TOUBAS (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Interventionnel : M. le Pr Alain DUCASSE (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Locomoteur : M. le Dr Christophe MENSA (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Médecines : M. le Pr Alain DELMER (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Odontologie : M. le Pr Benoît LEFEVRE (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Pharmacie-Pharmacovigilance : Mme le Dr Dominique HETTLER (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Psychiatrie adultes : M. le Pr Arthur KALADJIAN (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Tête-Cou : M. le Dr Arnaud BAZIN (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Thoracique, Cardio-Vasculaire et Neurologique (T.C.V.N.) : M. le Pr François LEBARGY (ou le délégué au matériel du pôle)

Pôle Urgences, Réanimation, Anesthésie et Douleur (U.R.A.D.) : M. le Pr Jean-Marc MALINOVSKY (ou le délégué au matériel du pôle)

Biomédical : M. Nicolas PIN

Direction des Achats et de la Logistique : M. Azzedine ZAKARI

Attachée d'Administration Hospitalière en charge de la gestion administrative de la Commission : Mme Sophie PETIT

Ingénieur en Chef du Service Biomédical : M. Nicolas PIN.



ANNEXE 4

Le règlement intérieur du Comité de pilotage Qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Article 1 : Objet du règlement intérieur

Conformément à l'avis du Directoire émis le 19 septembre 2014, un Comité de Pilotage Stratégique Qualité gestion des Risques a été constitué au CHU de Reims.

Le présent règlement intérieur a pour objet, d'une part, de définir les règles et les modalités de fonctionnement du Comité de Pilotage Stratégique Qualité gestion des Risques et, d'autre part, de rappeler les dispositions qui lui sont applicables.

Les objectifs de ce Comité de Pilotage Stratégique Qualité Gestion des Risques s'appuient sur une lettre d'engagement signée conjointement par la Directrice Générale et le Président de la CME.

Ce Comité de Pilotage s'inscrit dans le dispositif du Plan d'Amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité du CHU de Reims.

CHAPITRE 1 : COMPOSITION

Article 2 : Les membres

La liste des membres modifiée a été présentée au Directoire du 13 mars 2015. Elle comprend :

- la Directrice Générale ou le Directeur Général Adjoint ;
- le Président de CME ou son représentant ;
- le Directeur des Soins ou son représentant ;
- deux représentants médicaux, sur proposition du corps médical ;
- deux représentants de l'équipe de Direction, sur proposition de la Direction Générale ;
- deux représentants paramédicaux sur proposition de la Direction des soins ;
- un représentant des usagers.

Article 3 : Les invités permanents

Les invités permanents sont :

- le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins ;
- la Directrice de la Qualité et de la Gestion des Risques ;
- les ingénieurs de la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques.



Le Comité de pilotage se réserve le droit d'inviter tout professionnel de l'établissement, dont il estime que l'expertise est incontournable pour s'assurer de la cohérence des demandes d'évaluations en regard de la politique et des objectifs de l'établissement.

CHAPITRE 2 : MISSIONS

Article 4 : Les missions

Les missions du Comité de pilotage consistent à :

- élaborer et coordonner la politique globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des biens et des personnes, dont la sécurité liée aux soins, qui est arrêtée conjointement par le Président de CME et la Directrice Générale ;
- se tenir informé de l'ensemble des démarches d'évaluations externes menées sur l'établissement (positionnement institutionnel) ;
- piloter la démarche de certification de la Haute Autorité de Santé : validation, suivi et évaluation du plan d'actions en vue de la certification, information des instances, proposition de désignation par la Directrice Générale des pilotes des thématiques du compte qualité, validation des thématiques retenues dans le compte qualité ;
- informer les instances institutionnelles du suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité ;
- développer une culture qualité et sécurité sur l'établissement auprès des professionnels, des usagers et des résidents.

CHAPITRE 3 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 5 : Réunions et ordre du jour

Le comité de Pilotage se réunit au mensuellement, selon un calendrier de réunion préétabli et communiqué tous les semestres aux membres.

La préparation des réunions du Comité de Pilotage est assurée conjointement par la Directrice Générale et le Président de CME.

Un ordre du jour de la réunion est transmis aux membres, dans les sept jours qui précèdent la date de réunion programmée.

Un état d'avancement des actions programmées est présenté à chaque réunion à l'

Les séances ne sont pas publiques.

Article 6 : Compte-rendu

Le secrétariat du Comité de Pilotage est assuré par la Direction Qualité Gestion des Risques.

Un compte-rendu est rédigé à l'issue de chaque réunion et diffusé auprès de ses membres.

Les comptes - rendus des réunions et les décisions prises par le Comité de Pilotage sont transmis aux membres de la Cellule de Coordination et d'Appui pour information et mise en application des directives.



CHAPITRE 4 : ARCHIVAGE DES DOCUMENTS

Article 7 : Archivage

L'archivage des documents est assuré par la Direction de la Qualité Gestion des Risques.

CHAPITRE 5 : TEXTES DE REFERENCE

Article 8 : Textes de référence

Le Comité de Pilotage s'inscrit dans les dispositions législatives et réglementaires suivantes :

- loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au Président de CME et Vice-président précisant leurs fonctions ;
- décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 modifié, précisant les deux principales missions de la CME ;
- manuel de certification V2010, version janvier 2014 ;
- circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Historique		
Date Création	Octobre 2014	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
12 mars 2015	Actualisation	Modification de la composition du COPIL : indication unique des fonctions.
30 octobre 2015	Actualisation	Nouvelle mission du COPIL : positionnement institutionnel (prise en compte de l'ensemble des démarches d'évaluation externe)



ANNEXE 5

Le règlement intérieur de la Cellule de Coordination Interdisciplinaire et d'Appui du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Article 1 : Objet du règlement intérieur

Dans le cadre de la mise en œuvre des objectifs liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, sur proposition du Comité de Pilotage Qualité Gestion des Risques, une Cellule de Coordination Interdisciplinaire et d'Appui, ou CECOIA, a été mise en place au sein du CHU de Reims.

Le présent règlement intérieur a pour objet de définir les règles et les modalités de fonctionnement de cette Cellule de Coordination Interdisciplinaire et d'Appui.

CHAPITRE 1 : COMPOSITION

Article 2 : Les membres

La CECOIA comprend :

- la Directrice Qualité Gestion des Risques ;
 - le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins ;
 - l'Ingénieur Qualité
 - l'Ingénieur Gestionnaire des Risques
 - les Cadres de Santé Supérieurs désignés par la Direction des Soins.
- Cette composition a vocation à être complétée.

Article 3 : Les invités

La CECOIA pourra être amenée à faire appel à d'autres professionnels en rapport avec leur expertise.



CHAPITRE 2 : MISSIONS

Article 4 : Les missions

La CECOIA a pour mission principale d'apporter un appui et un accompagnement :

- aux pôles d'activité dans l'animation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques
- aux pilotes thématiques de la certification V2014 ;
- aux commissions ou groupes de travail en place concourant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients.

La CECOIA est une interface méthodologique entre le comité de pilotage, les structures de coordination (commissions CME, groupes de travail, pilotes de thématiques, référents et correspondants qualité, gestion des risques et de crises) et les pôles d'activité. Ses missions consistent à :

- être un relai de la politique qualité sécurité des soins au sein de l'établissement, en intervenant aux instances sur des sujets précis, en participant aux différentes actions menées auprès du public (semaine de la sécurité, colloques...);
- rendre compte de l'avancée de chaque thématique ou processus V2014 au Comité de Pilotage Qualité Gestion des Risques (présentation de tableaux de bord...);
- être force de proposition et d'accompagnement des référents qualité, des correspondants qualité, des équipes de pôle et des pilotes de thématiques, en participant aux actions de terrain ;
- proposer, élaborer et diffuser les outils de travail facilitant les démarches et leur évaluation ;
- être un relais d'information auprès des pôles ;
- aider les référents qualité des pôles et les équipes de pôle à définir les objectifs qualité du pôle ;
- effectuer le suivi du volet qualité du contrat de pôle avec les référents qualité, en utilisant les outils institutionnels de suivi et participer à la préparation du bilan annuel.

CHAPITRE 3 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 5 : Réunions et ordre du jour

Le CECOIA se réunit de façon hebdomadaire, selon un calendrier de réunion préétabli.

Les référents qualité des pôles sont invités à participer aux séances de la CECOIA selon un calendrier prédéfini.

Les séances ne sont pas publiques.



Article 6 : Compte-rendu

Un compte-rendu est rédigé à l'issue de chaque réunion et diffusé auprès de ses membres, au plus tard dans les sept jours suivant la réunion.

Un espace informatique partagé (Qualité Risques Evaluation) est ouvert à chaque membre de la CECOIA. Une adresse mail dédiée « CECOIA » est routée vers chacun de ses membres et constitue un outil d'échange privilégié et dédié avec les professionnels de l'établissement.

CHAPITRE 4 : ARCHIVAGE DES DOCUMENTS

Article 7 : Archivage

L'archivage des documents est assuré au niveau de la Direction Qualité Gestion des Risques.

Historique		
Date Création	Avril 2015	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Juillet 2015	Actualisation	Mise à jour de la composition



ANNEXE 6

Le règlement intérieur de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Techniques du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Article 1 : Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur a pour objet, d'une part, de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables à la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT) du CHU de Reims et, d'autre part, d'en définir les règles et les modalités de fonctionnement.

CHAPITRE 1 : ATTRIBUTIONS ET COMPÉTENCES DE LA CSIRMT

En vertu de l'article R6146-10 du Code de la Santé Publique, modifié par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire, la CSIRMT dispose des attributions et compétences suivantes :

Article 2 : Compétences consultatives

La CSIRMT est consultée, pour avis, sur :

⇒ La stratégie du CHU de Reims à partir :

- du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- de la politique de développement professionnel continu

⇒ L'organisation générale et l'innovation dans la prise en charge des patients à partir :

- de l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- des conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers;
- de la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

⇒ La convention constitutive d'un Groupement Hospitalier de Territoire



Article 3 : Information de la Commission

La CSIRMT est informée sur :

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

Extrait de l'article L. 6146-2 : « Des auxiliaires médicaux exerçant 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. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile »

Article 4: Modalités de représentation de la CSIRMT dans les différentes instances de l'établissement

Le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est membre de droit du Directoire et est invité aux séances de la commission médicale d'établissement.

De plus, la CSIRMT est représentée au Conseil de surveillance de l'établissement au sein du collège des représentants des personnels :

- Un représentant de la CSIRMT est élu par les membres de la CSIRMT, à l'exclusion de son président (qui est membre de droit du directoire) ;
- L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au 1^{er} tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats



CHAPITRE 2 : COMPOSITION DE LA CSIRMT

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Article 5 : Les représentants élus

Les représentants élus constituent trois collèges :

- Collège des cadres de santé (9 sièges);
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques (12 sièges);
- Collège des aides-soignants (3 sièges).

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 6 : Membres avec voix consultative

Participent avec voix consultative aux séances de la CSIRMT :

- Le Directeur des soins qui assiste le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Les Directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;
- Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le Directeur Général de l'établissement sur proposition du ou des Directeurs des Instituts de formation paramédicale rattachés à l'établissement ;
- Un élève aide-soignant nommé par le Directeur Général de l'établissement sur proposition du ou des Directeurs des Instituts de formation paramédicale rattachés à l'établissement ;
- Un représentant de la Commission médicale d'établissement.

Article 7 : Participants non membres

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



Article 8 : Mode de désignation des membres et des suppléants

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 commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est de 24 membres élus pour le Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

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

Article 9 : Durée du mandat et cessation des fonctions

La durée du mandat est fixée à 4 ans, renouvelable.



CHAPITRE 3 : CONDITIONS D'EXERCICE DES MEMBRES DE LA CSIRMT

Article 10 : Modalités d'exercice des fonctions

Toutes facilités doivent être données aux membres de la CSIRMT pour exercer leurs fonctions.

Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard 15 jours avant la date de la séance.

Les fonctions de membre De la CSIRMT sont exercées à titre gratuit.

Article 11 : Participation des suppléants

Lorsqu'un représentant titulaire se trouve dans l'impossibilité d'assister à une réunion de la CSIRMT, il le signale au Président dans les meilleurs délais et prend toutes dispositions utiles, afin de se faire remplacer par son suppléant.

Par ailleurs, les suppléants peuvent, dans la limite des nécessités de service, assister aux séances de la CSIRMT, sans pouvoir prendre part aux votes.

Article 12 : Obligation de discrétion

Les séances de la CSIRMT ne sont pas publiques

Les membres de la CSIRMT , ainsi que toute autre personne présente lors de ses réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des documents communiqués et de l'ensemble des informations ou avis échangés.



CHAPITRE 4 : FONCTIONNEMENT DE LA CSIRMT

Article 13 : Présidence

Le Président de la CSIRMT est le Coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHU de Reims

Article 14 : Suppléance

En cas de vacance des fonctions de Président de la CSIRMT, la présidence des séances est assurée par le directeur des soins adjoint au coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHU de Reims.

Article 15 : Bureau

La CSIRMT est dotée d'un bureau dont les membres sont issus de la CSIRMT. Ces membres sont désignés dans le cadre d'un appel à candidature, avec en cas d'arbitrage une priorisation pour les membres titulaires.

La représentation à ce bureau est assurée par 3 membres du collège des cadres de santé, 4 membres du collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques, 1 membre du collège des aides-soignants.

Les membres sont désignés pour 4 ans.

Article 16 : Réunions

La CSIRMT se réunit, au moins 3 fois par an, sur convocation du Président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé.

Il est établi un calendrier prévisionnel des réunions. Ce calendrier est modifiable.

Le Président assure le bon déroulement des séances et la bonne tenue des débats.

Article 17 : Ordre du jour

L'ordre du jour et les documents y afférents sont arrêtés par le Président de la CSIRMT, puis adressés à chacun de ses membres, par voie électronique 15 jours avant la séance.

Article 18 : Quorum

La CSIRMT ne peut délibérer valablement que lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents.

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



Article 19 : Vote

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

Article 20 : Compte rendu de séance

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Article 21 : Rapport annuel :

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport présenté au directoire.

Article 22 : Entrée en vigueur et modifications

Le règlement intérieur est soumis à l'approbation des membres du bureau de la CSIRMT.

Historique		
Date Création	17 mai 2016	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées



ANNEXE 7

Le règlement intérieur de la Commission des Usagers du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Préambule

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a transformé la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (C.R.U.Q.P.C.) en Commission des Usagers (C.D.U.). Le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 a fait évoluer les missions et la composition de la CDU.

Article 1 : Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur a pour objet, d'une part, de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables à la Commission des Usagers et, d'autre part, d'en définir les règles et les modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions des articles L.1112-3 et R.1112-79 à R.1112-94 du Code de la Santé Publique, modifiés par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 1^{er} juin 2016.

CHAPITRE 1 : COMPÉTENCES DE LA COMMISSION DES USAGERS

La Commission des usagers participe à la politique d'accueil, de prise en charge et d'information des usagers, ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité de l'établissement. Elle veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

Article 2 : Compétences en matière de politique d'accueil, de prise en charge et d'information des usagers

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

Article 3 : Compétences en matière de politique qualité et sécurité

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

En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.



Article 4 : Compétences en matière de respect des droits des usagers

La Commission des usagers est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches, notamment en les informant des voies de recours et de conciliation possible. Elle veille à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

L'existence de cette Commission fait l'objet d'une information dans le livret d'accueil du patient, sur le site internet du CHU, à l'Espace d'écoute et d'information et dans le règlement intérieur du CHU.

Article 5 : La Commission et la gestion des avis, plaintes et réclamations

Les usagers peuvent émettre des avis ou formuler des plaintes ou réclamations. La Commission veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Les avis des usagers

Un recueil des avis des usagers est disponible auprès des hôtesse d'accueil de la Direction de l'Hôpital Maison Blanche et de l'Hôpital Robert Debré. Ce recueil est régulièrement consulté par la Direction des relations avec les usagers et droits des patients. Une synthèse de ces avis et, le cas échéant, des réponses faites, est rédigée, dans le respect des règles relatives au secret médical et de la vie privée. Ce recueil est tenu à la disposition de la Commission des usagers.

Les plaintes et réclamations des usagers

L'utilisateur est informé des modalités de plaintes et réclamations par le livret d'accueil, ainsi que de la possibilité de rencontrer un médiateur, médecin ou non-médecin. L'utilisateur n'est nullement tenu de faire transiter sa réclamation par la Commission des usagers.

Tout usager a la possibilité 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 à la Directrice Générale, en sa qualité de 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 (article R 1112-91 du Code de la santé publique).

Toute personne qui ne peut que s'exprimer oralement peut faire consigner sa demande par écrit en faisant appel au cadre du service. Sur appel de ce dernier, une hôtesse d'accueil guidera cette personne jusqu'à la direction de l'établissement où un agent habilité enregistrera la plainte par écrit. En dehors des horaires d'ouverture, le cadre de garde, ou le directeur de garde, si le cadre est concerné par la réclamation, recueillera la plainte.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à la Directrice Générale et, par délégation de cette dernière, à la Direction des relations avec les usagers et droits des patients qui en accuse réception. Soit celle-ci y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit elle informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine (article R 1112-92 du Code de la santé publique).

Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers (article R.1112-92 modifié par le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016).

Seule la Directrice Générale ou son représentant sont habilités à apporter une réponse de l'institution aux réclamations des patients.

Si la plainte porte sur la prise en charge médico-soignante, le courrier est accompagné d'un formulaire d'autorisation à consulter le dossier médical pour le médecin médiateur, à signer par le patient, en lui indiquant que faute d'autorisation, la réclamation ne peut être instruite.

La Direction des relations avec les usagers et droits des patients diligente une enquête auprès du responsable de structure interne ou du directeur concerné.

La procédure de médiation



Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis (article R 1112-92 du Code de la santé publique).

Les médiateurs ne sont pas compétents pour examiner les plaintes et réclamations présentant un caractère de recours gracieux ou juridictionnel.

Seul le médiateur médical peut consulter le dossier du patient, à la condition d'y avoir préalablement et expressément été autorisé par le patient, ou par son tuteur si le patient est majeur sous tutelle, ou par son représentant légal, si le patient est mineur (sauf opposition expresse), ou par ses héritiers, ayants-droit, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité si le patient est décédé (sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant).

La Commission des usagers examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel, dans les conditions prévues par le Code de la santé publique en ses articles :

- R.1112-93 :

Le médiateur, saisi par la Directrice Générale du C.H.U. ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

- et R. 1112-94 :

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au Président de la Commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la Commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la Commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, la Directrice Générale du C.H.U. ou son représentant répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la Commission. Il transmet ce courrier aux membres de la Commission.

Le médiateur peut prendre contact avec le responsable de la structure interne concernée par la plainte et avec toute personne intervenue dans la prise en charge du patient. Les professionnels du CHU concernés par la plainte peuvent éventuellement participer à la rencontre avec le plaignant.

La rencontre se déroule dans un lieu neutre et dédiée à la médiation : le bureau de la Commission des usagers.

Le médiateur informe le plaignant des différentes voies possibles de résolution, de conciliation ou de recours dont il dispose.

Dans le cas de rencontres conjointes ou successives avec les deux médiateurs, médecin et non médecin, un compte rendu commun pourra être rédigé.

Le Président de la Commission envoie au plaignant le compte rendu de la rencontre avec le ou les médiateurs, avec l'indication que l'avis de la Commission par rapport à sa réclamation, lui sera communiqué ultérieurement.

La personne chargée du secrétariat de la Commission assure la gestion des dossiers de conciliation des plaignants, l'organisation logistique des médiations (confirmation du rendez-vous, réservation de la salle), l'envoi au plaignant du compte rendu de médiation rédigé par le ou les médiateurs et de courriers divers du ou des médiateurs et de leurs suppléants.



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

La Commission peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 du C.S.P. (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ; admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat), la Commission peut confier l'instruction de la demande à la Commission départementale des soins psychiatriques.

Article 6 : Les avis et propositions de la Commission des usagers

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment:

- a) les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- b) une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- c) le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- d) le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie
- e) le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier. Les informations relatives aux événements indésirables graves (NB : événements inattendus au regard de la santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent), à leur analyse et aux mesures correctives garantissent l'anonymat des patients et des professionnels concernés ;
- g) Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

2° A partir notamment de ces informations, la Commission :

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



Afin que la Commission puisse exercer au mieux ses missions, la Direction des usagers tient à la disposition des membres de la commission :

- l'ensemble des plaintes et réclamations adressées au Centre Hospitalier Universitaire ainsi que les réponses qui y sont apportées ;
- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité, préparées par la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) ;
- les avis, vœux et recommandations formulées par les diverses instances consultatives ;
- la synthèse annuelle des réclamations ou plaintes adressées à l'établissement ;
- le bilan des demandes de communication d'informations médicales formulées et les délais de satisfaction de ces demandes ;
- le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers et en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de satisfaction ;
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement ;
- la synthèse des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents, ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel

Le Conseil de surveillance délibère au moins un 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.

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au Conseil de Surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis avec les éléments d'information énumérés au 1° ci-dessus, 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.

4° La commission peut proposer un projet des usagers

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

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

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

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

5° La commission donne son avis sur l'option proposée dans le cadre de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire, entre la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement.

Selon les dispositions de l'article R6132-11 du Code de la santé publique modifié par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016, relatif aux groupements hospitaliers de territoire, la convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement.

Les avis émis par le comité des usagers ou par la commission des usagers de groupement dans le cadre de ses travaux, sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.



CHAPITRE 2 : INSTALLATION ET COMPOSITION DE LA COMMISSION DES USAGERS

Article 7 : Installation de la Commission des Usagers

Le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016, publié au Journal Officiel du 3 juin 2016, prévoit que la commission des usagers soit installée dans un délai de six mois à compter de la publication dudit décret.

Jusqu'à l'installation de la commission des usagers et au plus tard jusqu'à l'expiration du délai de six mois mentionné au paragraphe précédent, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge continue dans l'établissement d'exercer ses missions conformément aux dispositions de la section 3 du chapitre II du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, dans leur rédaction applicable à la date de publication du présent décret.

Article 8 : Membres avec voix délibérative

La Commission des usagers est composée de six membres et de quatre suppléants :

- 1° **La Directrice Générale** du C.H.U. ou la personne qu'elle désigne à cet effet ;
- 2° **Deux médiateurs (médecin et non médecin) et leurs suppléants ;**
- 3° **Deux représentants des usagers et leurs suppléants ;**
- 4° **Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement** ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette Commission.

Le dernier alinéa (4°) a été ajouté conformément aux dispositions de l'article R1112-81-II du Code de la santé publique, qui prévoit que le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la Commission par un ou plusieurs des membres suivants :

- 1° Le Président de la C.M.E. ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- 2° Un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du Comité technique d'établissement en son sein ;
- 4° Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Article 9 : Membre avec voix consultative

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

Article 10 : Participants non membres

Toute personne compétente sur des questions inscrites à l'ordre du jour peut être entendue par la Commission, sur invitation du Président. Les personnes conviées n'ont pas voix délibérative et ne peuvent assister qu'à la partie des travaux relatifs aux questions motivant leur présence.

La Directrice Générale peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix.

Article 11 : Mode de désignation

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par la Directrice Générale parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.



Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par la Directrice Générale, après avis de la Commission Médicale d'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.

Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1.

Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du Conseil de surveillance de l'établissement 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 12 : Incompatibilités

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

Une même personne ne peut assurer les missions de médiateur médecin titulaire ou suppléant auprès de plus de trois établissements simultanément.

Article 13 : Durée du mandat

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et du représentant désigné, le cas échéant, par le Président de la CME parmi les médecins membres de cette commission, est fixée à trois ans

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 14 : Remplacement en cours de mandat

Lorsqu'un membre de la Commission cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions à la suite d'une démission de ses fonctions dans l'établissement ou de son mandat, d'un changement d'établissement, d'un départ à la retraite ou parce qu'il est frappé de l'une des incompatibilités prévues au présent règlement intérieur, ou encore suite à des problèmes de santé (congé de longue maladie ou de longue durée) ou à son décès, il est procédé à son remplacement dans un délai de six mois, selon le mode de désignation de l'article 10.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances de la Commission est réputé démissionnaire. Le Président de la Commission constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai de quatre mois à compter de cette notification, selon les modalités de l'article 10.

Dans les deux situations évoquées ci-dessus, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé en désigne un sur proposition du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, parmi des praticiens exerçant dans l'un des établissements mentionnés aux II à VI de l'article R. 1112-81 du Code de la santé publique, ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans.

Article 15 : Publicité

La Directrice Générale du CHU de Reims arrête la liste nominative des membres de la Commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 (voir article 5 du présent règlement intérieur) et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement.



CHAPITRE 3 : CONDITIONS D'EXERCICE DES MEMBRES DE LA COMMISSION

Article 16 : Modalités d'exercice des fonctions

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

Les fonctions de membre de la Commission sont exercées à titre gratuit.

Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés, sur leur demande, au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission, selon les règles et tarifs applicables à la fonction publique hospitalière.

Article 17 : Participation des suppléants

Lorsqu'un représentant titulaire se trouve dans l'impossibilité d'assister à une réunion de la Commission, il en informe le Président dans les meilleurs délais et prend toutes dispositions utiles, afin de se faire remplacer par son suppléant.

Par ailleurs, les suppléants peuvent, dans la limite des nécessités de service, assister aux séances de la Commission, sans pouvoir prendre part aux votes.

Article 18 : Exclusion des membres concernés par une plainte

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 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 la Directrice Générale, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le Président de la Commission médicale d'établissement, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

Article 19 : Respect du secret professionnel

Les séances de la Commission ne sont pas publiques. L'article L.1112-3 du Code de la santé publique dispose que les membres de la Commission, ainsi que toute autre personne présente lors de ses réunions, sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par le Code pénal :

Article 226-13 :

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 226-14 : L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- 1° à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- 2° au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.



CHAPITRE 4 : FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DES USAGERS

Article 20 : Présidence et vice-présidence

Le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers, pris en application de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 183) portant modernisation de notre système de santé, dispose que la présidence, qui était jusqu'alors assurée par la Directrice Générale du C.H.U. ou la personne qu'elle désigne à cet effet, peut désormais être assurée par un des membres mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article R.1112-81, à savoir la Directrice Générale ou son représentant, un médiateur ou un représentant des usagers.

Le président est élu, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission prévus à l'article 12.2 du règlement intérieur.

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 deux alinéas précédents un vice-président parmi les membres figurant aux 1° à 3° du I de l'article R. 1112-81. Le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

Il est procédé aux élections du président et du vice-président de la commission, dans un délai d'un mois à compter de l'installation de la commission des usagers au sein de l'établissement. Jusqu'à ces élections, la présidence est assurée par la Directrice Générale du CHU ou son représentant.

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.

Article 21 : Réunions

La Commission se réunit, au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises.

Les réunions ont lieu sur convocation du Président ou, de droit, à la demande écrite de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

Dans ce cas, le Président est tenu de convoquer la Commission dans un délai de quinze jours.

Il est établi un calendrier prévisionnel des réunions. Ce calendrier est modifiable.

Les séances ne sont pas publiques.

Le Président assure le bon déroulement des séances et la bonne tenue des débats.

Article 22 : Ordre du jour

L'ordre du jour 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. Il est adressé aux membres de la Commission, par voie électronique et/ou postale, au moins huit jours avant la séance.

En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

Article 23 : Quorum



La Commission ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié au moins des membres ayant voix délibérative sont présents à l'ouverture de la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Article 24 : Vote

Le Président ne prend pas part aux votes. (disposition applicable à la C.R.U.Q.P.C., supprimée dès l'élection du Président de la C.D.U.).

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée. Cette disposition, applicable à la C.R.U.Q.P.C. est supprimée pour la C.D.U. et remplacée par le paragraphe suivant.

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

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Pour mémoire, 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 concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant (cf. article 18 du présent règlement).

Article 25 : Compte-rendu de séance

Le secrétariat de la séance est organisé à la diligence de la Directrice Générale ou de son représentant.

Avant chaque réunion, les membres de la Commission reçoivent, par voie électronique et/ou postale, un compte-rendu de la séance précédente. Ce compte rendu mentionne :

- la date de la réunion ;
- la liste des membres présents ;
- un rappel des points appelés à l'ordre du jour ainsi que les conclusions des débats, l'issue des délibérations et des avis sollicités.

L'ensemble des comptes-rendus est conservé par la Direction des relations avec les usagers et droits des patients.

Article 26 : Entrée en vigueur et modifications

Le présent règlement intérieur a été adopté par la Commission le

Historique		
Date Création	Juin 2016	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées



ANNEXE 8

Le règlement intérieur du Comité Technique d'Établissement du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

Dans chaque établissement public de santé, il est créé un Comité Technique d'Établissement (article L.6144-3 du Code de la Santé Publique) qui établit son règlement intérieur (R.6144-68 du CSP).

I - ATTRIBUTIONS DU COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT

Article 1

Article R.6144-40 du CSP

Le Comité Technique d'Établissement est obligatoirement consulté sur :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 du CSP et sur le plan de redressement présenté par le Président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du CSP ;
- 2° 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 ;
- 3° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 4° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 5° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 6° 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 ;
- 7° Le règlement intérieur de l'établissement.
- 8° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 9° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 10° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- 11° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

Le Comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du CSP, ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 du CSP et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du CSP.



II – COMPOSITION

Article 2 *MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT*

Le Comité Technique d'Etablissement comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, le Président et les représentants du personnel, 15 membres titulaires et 15 membres suppléants.

Le Comité Technique d'Etablissement est présidé par le Chef d'établissement. Celui-ci peut être suppléé par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Le Comité est composé de représentants des personnels de l'établissement élus au scrutin de liste avec représentation proportionnelle. Par dérogation, en cas d'insuffisance des effectifs, ces représentants peuvent être désignés après une consultation du personnel dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat (article L.6144-4 du CSP).

Ce Comité comprend également un membre représentant de la Commission Médicale d'Etablissement dont la désignation procède d'un vote à bulletin secret.

III - FONCTIONNEMENT

Article 3 *REUNIONS DU COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT*

Article R.6144-69 du CSP

Les réunions du Comité ont lieu sur convocation de son Président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le Comité est réuni dans un délai d'un mois.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

L'ordre du jour ainsi que les documents s'y rapportant seront par principe transmis par voie dématérialisée garantissant la confidentialité et le délai de prévenance de 15 jours. Par exception et notamment dans l'hypothèse d'un problème technique, ces documents pourront être transmis aux membres du Comité Technique d'Etablissement au format papier.

Le Comité se réunit au moins une fois par trimestre. Les séances du Comité ne sont pas publiques.

Tout membre titulaire du Comité qui ne peut pas répondre à la convocation doit en informer le Président, il sera remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu (article R.6144-48).

Article 4 *SUPPLEANCE*

Article R.6144-69 du CSP

Lorsqu'ils ne siègent pas avec 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.

Au C.H.U. de Reims, il est admis que les suppléants assistent au C.T.E. sans prendre part aux votes, dans la limite du nombre de titulaires présents.



Article 5 SECRETARIAT

Article R.6144-72 du CSP

Le Comité Technique d'Etablissement élit parmi les membres titulaires un secrétaire. Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le Président et le secrétaire et transmis aux membres du Comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

En l'absence du secrétaire de séance, l'organisation syndicale à laquelle appartient le secrétaire valablement élu, est chargée de désigner en son sein un secrétaire suppléant.

Article 6 QUORUM

Article R.6144-73 du CSP

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 8 jours. Le Comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut alors être fait application des dispositions prévues à l'article R. 6144-74.

Article 7 L'ORDRE DU JOUR

Article R.6144-70 du CSP

L'ordre du jour est fixé par le Président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du Comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

L'ordre du jour ainsi que les documents s'y rapportant seront par principe transmis par voie dématérialisée garantissant la confidentialité et le délai de prévenance de 15 jours. Par exception et notamment dans l'hypothèse d'un problème technique, ces documents pourront être transmis aux membres du Comité Technique d'Etablissement au format papier.

Les organisations syndicales transmettent au Président par écrit les questions qu'elles souhaitent voir portées à l'ordre du jour. Toute question transmise dans un délai inférieur à 15 jours peut être reportée à la séance suivante.

Article 8 VOTE

Articles R.6144-74 à R.6144-77 du CSP

Le Comité Technique d'Etablissement 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. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des représentants du personnel, membres du Comité, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à 8 jours et supérieur à 30 jours. La convocation est adressée dans un délai de 8 jours aux membres du Comité.

Le Comité siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.



Les avis ou vœux émis par le Comité sont portés par le Président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement.

Article 9 DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES DU COMITE

Obligation de discrétion professionnelle : article R.6144-79 du CSP

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du Comité Technique d'Etablissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Accès aux informations : article R.6144-78 du CSP

Toutes facilités doivent être données aux membres du Comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard 15 jours avant la date de la séance.

Indemnités : article R.6144-80 du CSP

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

Article 10 CONVOCATION DES EXPERTS

Article R.6144-71 du CSP

Le Président du Comité Technique d'Etablissement, 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 motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Lorsque l'ordre du jour comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du Comité.

Le Président du Comité, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister de ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

Article 11 CESSATION DE MANDAT

Article R.6144-46 du CSP

Le remplacement d'un représentant du personnel qui cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions (décès, démission de ses fonctions dans l'établissement ou de son mandat, changement d'établissement, frappé de l'une des causes) se fait 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 composant le collège.

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 12 **FORMATION**

Article D.6144-81 du CSP

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au Comité Technique d'Etablissement. 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.

Historique		
Date Création	Juin 2016	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées



ANNEXE 9

Le règlement intérieur du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

I – MISE EN PLACE ET MISSIONS

Article 1 *CONDITIONS DE CREATION*

Article R.4615-3 du Code du travail

Un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail est constitué dans les établissements qui emploient au moins 50 agents.

Article 2 *MISSIONS*

Articles L.4612-1 à L.4612-3 et L.4612-11 du Code du travail

Le CHSCT a pour mission :

- 1° De contribuer à la prévention et 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 ;
- 2° 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 ;
- 3° 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 et à l'analyse de l'exposition des agents 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 du Chef d'établissement est motivé.



Le CHSCT est consulté 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.

Article 3 INFORMATION ET CONSULTATION DU CHSCT

Articles L.4612-8 à L.4612-15 du Code du travail

Dans l'exercice de leurs attributions consultatives, le CHSCT dispose d'un délai d'examen suffisant leur permettant d'exercer utilement leurs attributions, en fonction de la nature et de l'importance des questions qui leur sont soumises.

Le CHSCT dispose d'un droit de regard et émet un avis sur :

- tout document se rattachant à sa mission, notamment sur le rapport et le programme annuels établis par le Chef d'établissement et sur le règlement intérieur (article L.4612-16, L.4612-17 et L.4612-12 du Code du travail) ;
- tout projet d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, notamment avant toute transformation importante des postes de travail (article L.4612-8-1 du Code du travail) ;
- les mesures prises pour 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 (article L.4612-11 du Code du travail) ;
- toute question de sa compétence dont il est saisi par le Chef d'établissement ou les représentants du personnel (article L.4612-13 du Code du travail) ;
- les conséquences du projet d'introduction et l'introduction de nouvelles technologies sur la santé et la sécurité des travailleurs (article L.4612-9 du Code du travail) et le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides (article L.4612-10 du Code du travail) ;
- la liste des postes de travail liés à la sécurité de l'installation et avant toute décision de sous-traiter une activité (article L.4523-2 du Code du travail).

Par ailleurs, les attestations, consignes, résultats et rapports relatifs aux vérifications et contrôles mis à la charge des chefs d'établissement au titre de l'hygiène et de la sécurité du travail sont présentés au comité au cours de la réunion qui suit leur réception par le Chef d'établissement. Chaque membre du comité peut à tout moment demander communication de ces documents.

Le CHSCT est informé à la suite de tout incident qui aurait pu entraîner des conséquences graves. Il peut procéder à l'analyse de l'incident et proposer toute action visant à prévenir son renouvellement. Le suivi de ces propositions fait l'objet d'un examen dans le cadre de la réunion de bilan et de programme annuels (article L.4523-3 du Code du travail).

Lors des visites de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, les représentants du personnel au CHSCT sont informés de sa présence par le Chef d'établissement et peuvent présenter leurs observations (article L.4612-7 du Code du travail).



II – COMPOSITION

Article 4 **PRESIDENCE**

Article R.4615-12 alinéa 1 du Code du travail
Le CHSCT est présidé par le Chef d'établissement ou son représentant.

Article 5 **MEMBRES DU CHSCT**

Articles R.4615-9 à R.4615-12 du Code du travail

Le CHSCT comprend :

⇒ **membres avec voix délibérative** (article R.4615-9 du Code du travail) :

- le Chef d'établissement ou son représentant
- 9 représentants des personnels non médicaux
- 2 représentants des personnels médicaux

Les modalités de désignation des membres du CHSCT sont décrites à l'article 7 du présent règlement.

⇒ **membres avec voix consultative** (article R.4615-12 du Code du travail) :

- les médecins du travail
- le responsable des services économiques
- l'ingénieur chargé de l'entretien des installations
- le Coordonnateur Général des soins infirmiers ou son représentant
- un professeur des universités-praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène

⇒ assistent également à la séance :

- le Directeur des ressources humaines
- le Directeur adjoint des ressources humaines
- le Directeur des services techniques
- les Directeurs de site

Le CHSCT peut faire appel à titre consultatif et occasionnel au concours de toute personne de l'établissement qui lui paraîtrait qualifiée (article L.4612-8-2 du Code du travail).

Article 6 **ELECTION DU SECRETAIRE**

Article R.4616-4 du Code du travail

Les représentants du personnel au sein de l'instance de coordination choisissent parmi eux le secrétaire.

Article 7 **DESIGNATION DES MEMBRES**

Article R.4615-11 du Code du travail

Les représentants des personnels non médicaux 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 Comité Technique d'Etablissement. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.



Les représentants des personnels médicaux sont désignés par la Commission Médicale d'Etablissement en son sein. Tout représentant suppléant désigné selon le cas par une organisation syndicale ou la Commission Médicale d'Etablissement peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions.

Le Chef d'établissement arrête la liste nominative des membres du CHSCT (article R.4615-7 du Code du travail).

Article 8 DUREE DU MANDAT

La durée du mandat des membres du CHSCT est liée à celle des membres des commissions paritaires. Il peut être mis fin au mandat d'un représentant du personnel :

- lors du renouvellement du comité ;
- lorsqu'il cesse ses fonctions dans l'établissement ;
- lorsqu'il est frappé de l'une des incapacités du code électoral ;

Les représentants 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, dans les formes prévues à l'article R. 4615-11 du Code du travail (article R.4615-6 du même Code).

Lorsqu'au cours de son mandat, l'un des représentants cesse ses fonctions, il est procédé à son remplacement dans le délai d'un mois. Il en est de même des représentants qui sont frappés des incapacités prononcées en application des dispositions du code électoral (article R.4615-5 du Code du travail).

Article 9 RENOUELEMENT DU MANDAT

Article R.4615-10 du Code du travail

Le renouvellement des représentants du personnel intervient dans un délai de 3 mois à compter du renouvellement du Comité Technique d'Etablissement. Le mandat est renouvelable.

Article 10 SUPPLEANTS

La délégation du personnel au CHSCT comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants (article R.4615-9 du Code du travail).

Chaque candidat au siège de représentant titulaire se présente avec un candidat suppléant appelé à le remplacer en cas d'indisponibilité. Tout représentant suppléant désigné par une organisation syndicale ou la Commission Médicale d'Etablissement peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions (article R.4615-11 alinéas 4 et 6 du Code du travail).

Au C.H.U de REIMS, il est admis que les suppléants assistent au CHSCT sans prendre part aux votes dans la limite du nombre de titulaires présents.

III – FONCTIONNEMENT

Article 11 REUNIONS

Le CHSCT se réunit au moins une fois par trimestre à l'initiative du Chef d'établissement, plus fréquemment en cas de besoin (article L.4614-7 du Code du travail).

Des séances exceptionnelles peuvent avoir lieu suite à un événement ou un accident grave ou à la demande motivée de deux membres représentants du personnel. Le CHSCT est réuni en cas d'événement grave lié à



l'activité de l'établissement ayant porté atteinte ou ayant pu porter atteinte à la santé publique ou à l'environnement (article L.4614-10 du Code du travail).

Les réunions ont lieu dans un local approprié et, sauf exception justifiée par l'urgence, pendant les heures de travail (article R.4616-6 du Code du travail).

Les résolutions du CHSCT sont prises à la majorité des membres présents. Le Président ne participe pas au vote lorsqu'il consulte les membres élus du comité en tant que délégation du personnel (article L.4614-2 du Code du travail).

L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du CHSCT et peut y assister (article L.4614-11 du Code du travail).

Le recours à la visioconférence pour réunir le CHSCT peut être autorisé par accord entre le Chef d'établissement et les membres désignés du comité. En l'absence d'accord, ce recours est limité à trois réunions par année civile (article L.4614-11-1 du Code du travail)

Article 12 CONVOCATION

Article R.4614-3 du Code du travail

L'ordre du jour de la réunion du CHSCT et, le cas échéant, les documents s'y rapportant sont transmis par le Président aux membres du comité et à l'inspecteur du travail 15 jours au moins avant la date fixée pour la réunion, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence.

L'ordre du jour ainsi que les documents s'y rapportant seront par principe transmis par voie dématérialisée garantissant la confidentialité et le délai de prévenance de 15 jours. Par exception et notamment dans l'hypothèse d'un problème technique, ces documents pourront être transmis aux membres du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail au format papier.

L'ordre du jour est transmis dans les mêmes conditions aux agents de services de prévention des organismes de sécurité sociale qui peuvent assister aux réunions.

Tout membre titulaire du comité, qui ne peut pas répondre à la convocation, doit en informer immédiatement le Président. Dans ce cas, il est fait application de l'article 10 du présent règlement intérieur.

Article 13 ORDRE DU JOUR

Article L.4614-8 du Code du travail

L'ordre du jour de chaque réunion est établi par le Président et le secrétaire.

Les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire (cf. article 3) ou par un accord collectif de travail sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le Président ou le secrétaire.

L'ordre du jour est communiqué par le Président aux membres du comité ainsi qu'à l'inspecteur du travail et à l'agent du service de prévention de la CPAM, 15 jours au moins avant la date fixée pour la réunion, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence (article R.4616-5 du Code du travail).

Lorsqu'une réunion du comité doit comporter l'examen de documents écrits, ceux-ci sont joints à l'envoi de l'ordre du jour.

Les organisations syndicales transmettent au Président par écrit les questions qu'elles souhaitent voir portées à l'ordre du jour. Toute question transmise dans un délai inférieur à 15 jours peut être reportée à la séance suivante.

Article 14 PROCES-VERBAL

Un procès-verbal, établi après chaque réunion, est signé par le secrétaire et le Président. Il est transmis aux membres du comité ainsi qu'à l'inspecteur du travail et à l'agent du service de prévention de la CPAM dans un délai de 30 jours. Il est approuvé lors de la séance suivante.



Les procès-verbaux des réunions sont conservés dans l'établissement. Ils sont tenus à disposition de l'inspecteur du travail, du médecin-inspecteur du travail et de l'agent du service de prévention de la CPAM.

Article 15 DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES DU CHSCT

Article L.4614-9 du Code du travail

Le CHSCT reçoit du Chef d'établissement les informations qui lui sont nécessaires pour l'exercice de ses missions, ainsi que les moyens nécessaires à la préparation et à l'organisation des réunions et aux déplacements imposés par les enquêtes ou inspections.

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 le Chef d'établissement.

Article 16 DOCUMENTS OBLIGATOIRES

Articles L.4612-16 et L.4612-17 du Code du travail

Au moins une fois par an, le Chef d'établissement présente au CHSCT :

1° Un rapport annuel écrit faisant 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. Les questions du travail de nuit et de prévention de la pénibilité sont traitées spécifiquement.

2° Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir qui comprennent les mesures de prévention en matière de pénibilité, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

Le CHSCT émet un avis sur le rapport et sur le programme annuels de prévention. Il peut proposer un ordre de priorité et l'adoption de mesures supplémentaires.

Lorsque certaines des mesures prévues par le Chef d'établissement ou demandées par le comité n'ont pas été prises au cours de l'année concernée par le programme, le Chef d'établissement énonce les motifs de cette inexécution, en annexe au rapport annuel.

Le Chef d'établissement transmet pour information le rapport et le programme annuels au Comité Technique d'Etablissement accompagnés de l'avis du CHSCT.

Le procès-verbal de la réunion du comité consacrée à l'examen du rapport et du programme est joint à toute demande présentée par le Chef d'établissement en vue d'obtenir des marchés publics, des participations publiques, des subventions, des primes de toute nature ou des avantages sociaux ou fiscaux.

Article 17 EXPERTISE

Articles L.4614-12, L.4614-12-1 et L.4614-13 du Code du travail

Le CHSCT peut faire appel à un expert agréé :

1° Lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement ;

2° En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévu à l'article L. 4612-8-1.

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



L'expert, désigné lors de sa première réunion par le CHSCT, présente son rapport au plus tard 15 jours avant l'expiration du délai mentionné à l'article L. 1233-30. L'avis du comité et, le cas échéant, de l'instance de coordination est rendu avant la fin du délai prévu au même article. A l'expiration de ce délai, ils sont réputés avoir été consultés.

Les frais d'expertise sont à la charge du Chef d'établissement.

Le Chef d'établissement 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.

Le Chef d'établissement 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 définies à l'article L. 4614-9.

ARTICLE 18 ENQUETES

Articles L.4612-5 et R.4612-2 du Code du travail

Le CHSCT réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Ces enquêtes sont réalisées par une délégation comprenant au moins :

- Le Chef d'établissement ou son représentant;
- Un représentant du personnel siégeant à ce comité.

ARTICLE 19 VISITES PERIODIQUES

Article L.4612-4 du Code du travail

Le CHSCT a pour mission de procéder à des inspections à intervalle régulier. Leur fréquence est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité.

Les visites périodiques permettent au CHSCT de s'assurer de l'application des textes dans les locaux et aux postes de travail.

Un compte-rendu d'inspection faisant état d'une analyse des risques doit être réalisé après chaque visite périodique et communiqué au Chef d'établissement. Ce compte-rendu est joint au procès-verbal de la prochaine réunion du CHSCT.

ARTICLE 20 DROIT D'ALERTE ET DE RETRAIT

Articles L.4131-1 à L.4131-4 et L.4132-1 à L.4132-5 du Code du travail

Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation.

L'employeur ne peut demander au travailleur qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent résultant notamment d'une défectuosité du système de protection.

Le représentant du personnel au CHSCT, qui constate l'existence d'une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un agent, en alerte immédiatement le Chef d'établissement (article L.4131-2 du Code du travail) et consigne alors son avis par écrit dans un registre spécial tenu sous sa responsabilité à la disposition des représentants du CHSCT au Standard de l'Hôpital Robert Debré, en mentionnant :



- l'indication du ou des postes concernés ;
- le nom du ou des agents concernés ;
- la nature ou la cause du danger ;
- la date et la signature de l'agent consignant l'avis.

Le Chef d'établissement ou son représentant procède immédiatement à une enquête avec le représentant du CHSCT qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier (article L.4132-2 du Code du travail).

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, le CHSCT est réuni d'urgence dans un délai n'excédant pas 24 heures.

Le Chef d'établissement informe immédiatement l'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention de la CPAM qui peuvent assister à la réunion (article L.4132-3 du Code du travail).

A défaut d'accord entre le Chef d'établissement et la majorité du comité sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'inspecteur du travail est saisi immédiatement par le Chef d'établissement (article L.4132-4 du Code du travail).

Par ailleurs, le CHSCT est réuni 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 représentants du personnel. Il est réuni en cas d'événement grave lié à l'activité de l'établissement ayant porté atteinte ou ayant pu porter atteinte à la santé publique ou à l'environnement (article L.4614-10 du Code du travail).

Article 21 FORMATION DES MEMBRES DU C.H.S.C.T.

Article L.4523-10 et R.4615-14 à R.4615-21 du Code du travail

Les représentants du personnel au CHSCT bénéficient d'une formation spécifique correspondant aux risques ou facteurs de risques particuliers, en rapport avec l'activité de l'établissement (article L.4523-10 du Code du travail).

La formation des représentants du personnel au 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'analyser 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, en tenant compte des caractéristiques des établissements (article R.4615-14 du Code du travail).

Un congé de formation d'une durée maximale de 5 jours, avec traitement, est attribué aux représentants titulaires du personnel au CHSCT. 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 (article R.4615-16 du Code du travail).

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. Cette demande précise (article R.4615-17 du Code du travail) :

- la date à laquelle il souhaite prendre son congé ;
- la durée du congé ;
- le prix du stage ;
- le nom de l'organisme chargé de l'assurer.

Si les nécessités de service l'imposent, ce congé peut être refusé après avis de la commission administrative paritaire compétente siégeant en formation plénière.

Concernant 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 (article R.4615-18 du Code du travail).



Article 22

APPLICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Article L.4614-2 du Code du travail

Le CHSCT détermine, dans un règlement intérieur, les modalités de son fonctionnement et l'organisation de ses travaux.

Le règlement intérieur peut être revu chaque année.

Il est fait en sorte que la période de préparation et les réunions aient lieu durant les périodes permettant de libérer les agents au regard de leur mandat.

Les propositions du présent règlement intérieur qui ne sont pas issues de dispositions législatives ou réglementaires pourront être modifiées pour autant qu'il sera nécessaire au bon fonctionnement du CHSCT ainsi que de l'institution.

Article 23 HEURES DE DELEGATION

Articles L.4614-3, L.4614-5 et L.4614-6 du Code du travail

Le Chef d'établissement laisse à chacun des représentants du personnel au CHSCT le temps nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux les heures de délégation dont ils disposent. Ils en informent le Chef d'établissement.

Le temps passé en heures de délégation est de plein droit considéré comme temps de travail et payé à l'échéance normale. Lorsque le Chef d'établissement conteste l'usage fait de ce temps, il lui appartient de saisir la juridiction compétente.

Est également payé comme temps de travail effectif et n'est pas déduit des heures de délégation, le temps passé :

- 1° aux réunions ;
- 2° aux enquêtes menées après un accident du travail grave ou des incidents répétés ayant révélé un risque grave ou une maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ;
- 3° à la recherche de mesures préventives dans toute situation d'urgence et de gravité, notamment lors de la mise en œuvre de la procédure de danger grave et imminent prévue à l'article L. 4132-2.

Historique		
Date Création	Juin 2016	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées



ANNEXE 10

La charte relative au bon usage des ressources informatiques du Centre Hospitalier Universitaire de Reims

L'utilisation de toute ressource informatique suppose, de la part des utilisateurs et des administrateurs, le respect d'un certain nombre de règles dont le rôle est d'assurer la sécurité et les performances des traitements, ainsi que la préservation et la transmission des données dans le respect de la législation en vigueur, notamment en termes de confidentialité.

La présente Charte a pour objet de préciser la responsabilité des utilisateurs et des administrateurs des systèmes d'information du Centre Hospitalier Universitaire de Reims, en accord avec la législation, afin de garantir un usage correct des ressources informatiques. Elle rappelle également les sanctions encourues par les éventuels contrevenants.

1. Champ d'application de la Charte

Les règles décrites dans la présente Charte s'appliquent à toute personne autorisée par le Centre Hospitalier Universitaire de Reims à utiliser les ressources informatiques de l'établissement, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance afin d'accéder, via le réseau informatique du Centre Hospitalier Universitaire de Reims, à tout service de communication ou de traitement électronique interne ou externe, y compris l'accès sur Internet et ce, directement ou en cascade.

Cette Charte est un élément constitutif du règlement intérieur de l'établissement. Elle est, à cet égard, acceptée tacitement et applicable à l'ensemble des personnes déjà en exercice au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

La Direction des Ressources Humaines tient la présente Charte à la disposition de toutes les personnes nouvellement recrutées par l'établissement au moment de la signature de leur contrat de travail.

Par ailleurs, la présente Charte reste à la disposition de tous les agents de l'établissement via une publication sur les sites Intranet et Internet du Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

2. Définitions

Par le terme de « **ressources informatiques** », il convient d'entendre les moyens informatiques de traitement de l'information ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance à partir du réseau du Centre Hospitalier Universitaire de Reims, et la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses (web, messagerie, forum,...). Les ressources informatiques comprennent les moyens informatiques matériels (serveurs, ordinateurs, imprimantes et tout autre équipement informatique) et les logiciels qu'ils soient sur l'ordinateur de l'utilisateur ou accessibles à distance sur les serveurs de l'établissement (par exemple Intranet) ou d'autres serveurs externes (par exemple Internet) et les systèmes d'échange et de communication.

Par le terme de « **utilisateurs** » il convient d'entendre les personnes ayant accès ou utilisant les ressources informatiques du Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

Par le terme de « **administrateurs** » il convient d'entendre les personnes explicitement chargées du bon fonctionnement et de la sécurité des ressources informatiques constituant les systèmes d'information du Centre Hospitalier Universitaire de Reims.



3. Cadre réglementaire de la sécurité de l'information

La présente Charte tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux Utilisateurs.

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information porte notamment sur les grands thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
 - Le traitement de Données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
 - Le traitement de Données de santé.
- Le droit d'accès des patients et des Professionnels de santé aux Données de santé
- Le secret médical et professionnel
- Le secret des correspondances
- La Protection des systèmes d'information
- La responsabilité en matière de transmission des informations
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

La sécurité de l'information est caractérisée comme étant la préservation de :

- La disponibilité de l'information : l'information doit être accessible à l'Utilisateur, quand celui-ci en a besoin
- L'intégrité de l'information : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie.

La confidentialité de l'information : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder

L'auditabilité de l'information : la traçabilité des informations est assurée au travers d'un dispositif organisationnel et technique de piste d'audit. A ce titre, le Système d'information intègre des outils permettant le traçage des accès et des opérations effectuées sur l'information à des fins de reconstitution et de preuve.

4. Accès aux ressources informatiques

L'utilisation des ressources informatiques n'est autorisée que dans le cadre exclusif de l'activité professionnelle au Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

Toutefois, elles peuvent exceptionnellement constituer le support d'une communication privée. L'utilisation résiduelle des systèmes d'information à titre privé doit être non lucrative et raisonnable, tant dans sa fréquence que dans sa durée. Elle ne doit pas nuire à la qualité du travail de l'utilisateur, au temps qu'il y consacre et au bon fonctionnement du service.

L'utilisation des ressources informatiques est par ailleurs soumise à autorisation préalable. Cette autorisation est matérialisée par l'ouverture de droits propres à l'utilisateur (identifiants et mots de passe) par la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications (DSIT).

Cette autorisation est strictement personnelle et ne peut en aucun cas être cédée, même temporairement, à un tiers. Les utilisateurs sont personnellement responsables de l'utilisation qui peut être faite de leurs droits. Ils doivent veiller à ne jamais laisser libre d'accès un ordinateur connecté via leur compte utilisateur sans avoir verrouillé, au préalable, leur session Windows ou s'être déconnecté de l'application utilisée.

Les mots de passe de chaque utilisateur sont personnels et tenus secrets. Ils ne doivent donc figurer sur aucun support. L'utilisateur sera en outre régulièrement amené à modifier ses mots de passe dans le cadre de la politique de sécurité informatique mise en place au Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

En cas de manquement aux règles de la présente Charte, le Centre Hospitalier Universitaire de Reims se réserve le droit de retirer tout ou partie de ses droits à l'utilisateur et ce, sans préavis.



Les droits des utilisateurs prennent automatiquement fin lors de la cessation de l'activité professionnelle y afférent.

5. Conditions d'utilisation des ressources informatiques

Les utilisateurs s'engagent au respect des lois et règles relatives notamment :

- à la protection de la vie privée ;
- au respect de la propriété littéraire et artistique ;
- à l'interdiction de messages à caractère diffamatoire, injurieux, discriminatoire, politique, religieux, d'incitation à la violence et à la haine raciale, pornographique et contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs ;
- à la confidentialité des données nominatives et des informations sensibles.

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, les logiciels et les locaux mis à leur disposition pour utiliser les ressources informatiques.

Les utilisateurs qui constatent une dégradation ou un dysfonctionnement doivent, dans les plus brefs délais, en informer le support utilisateurs de la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications.

Matériel informatique

La connexion d'un équipement au réseau du Centre Hospitalier Universitaire de Reims, ou une modification de paramétrage du poste de travail, ne peuvent être effectuées que par les personnels habilités par le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Reims ou après accord préalable de ces mêmes personnels.

Logiciels

Il est strictement interdit d'effectuer des copies de logiciels commerciaux pour quelque usage que ce soit, hormis une copie de sauvegarde dans les conditions prévues par la législation relative à la propriété intellectuelle.

Les utilisateurs s'engagent, par ailleurs, à ne pas installer de logiciels sur les postes de travail appartenant au Centre Hospitalier Universitaire de Reims et à ne pas contourner les restrictions d'utilisation ou modifier le paramétrage d'un logiciel.

Les utilisateurs qui, dans le cadre de leur activité professionnelle ou de l'évolution de leur poste, auraient besoin d'un logiciel supplémentaire sur leur poste de travail, doivent en faire la demande selon la procédure en vigueur dans l'établissement.

Les utilisateurs s'engagent à ne pas perturber volontairement le bon fonctionnement des systèmes informatiques et des réseaux, que ce soit par des manipulations anormales du matériel ou par l'introduction de « logiciels parasites » (connus sous le nom générique de virus, chevaux de Troie...) De plus, les utilisateurs ont l'obligation de se conformer aux dispositifs de sécurité y afférent, ces derniers étant sous la responsabilité de l'administrateur.

Données

Toute constitution, à l'aide des ressources informatiques mises à disposition par le Centre Hospitalier Universitaire de Reims ou sur son réseau, de fichiers de données nominatives doit faire l'objet, préalablement à leur mise en œuvre, d'une déclaration ou d'une demande d'avis auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Les utilisateurs ne peuvent déposer des données sur un serveur interne ou externe ouvert à un large public, ou sur le poste de travail d'un autre utilisateur, sans y avoir été préalablement autorisés par l'administrateur. Notamment, l'utilisateur devra utiliser les outils mis à disposition par la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications, et restera responsable de la légalité du transfert de ces données, notamment en termes de confidentialité.



Les fichiers ou répertoires créés par l'Utilisateur grâce au Système d'information mis à sa disposition pour l'exercice de ses activités, sauf si l'Utilisateur les identifie expressément comme étant privés ou personnels, entrent dans le cadre de ses activités professionnelles.

Dès lors, le Centre Hospitalier Universitaire de Reims peut y accéder librement, sans autorisation de l'Utilisateur et hors la présence de ce dernier.

En revanche, si un fichier ou répertoire est identifié comme étant « Personnel », le Centre Hospitalier Universitaire de Reims ne peut y avoir accès qu'en présence de l'Utilisateur ou si celui-ci a été prévenu, sauf en cas de risque ou d'évènement particulier.

Un fichier ou répertoire identifié avec les initiales ou le nom d'un Utilisateur ne sera pas considéré comme « Personnel ».

Il est rappelé que l'Utilisateur ne saurait enregistrer des informations ou documents relevant de ses activités professionnelles, dans des fichiers ou répertoires identifiés comme étant « Personnel »

Les utilisateurs doivent assurer la protection de leurs informations et plus particulièrement celles considérées comme sensibles, notamment en utilisant différents moyens de sauvegarde mis à leur disposition par l'administrateur. Par ailleurs, ils doivent limiter au maximum le transport de données sur des supports non fiables (clés USB, disques externes, cartes mémoire, ...).

Internet

L'utilisation de la ressource Internet est réservée à un usage purement professionnel. Pour autant, un quota non professionnel est notamment mis à la disposition des utilisateurs pour utiliser les ressources Internet à titre privé (liberté résiduelle du salarié).

Les téléchargements (fichiers, médias, ...) doivent s'effectuer dans le respect de la législation relative à la propriété intellectuelle.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Reims se réserve le droit de limiter le téléchargement de contenus présentant un risque de perturbation ou de dysfonctionnement de la ressource Internet voire du système d'information (contenu volumineux, codes malicieux, programmes,...). Par ailleurs et dans le même objectif, le Centre Hospitalier Universitaire de Reims procède, si l'administrateur le juge pertinent, au filtrage ou à l'interdiction d'accès à certains sites ou catégories de sites.

Contribution aux sites Intranet et Internet

Tous les contributeurs, modérateurs et administrateurs des sites Intranet et Internet du Centre Hospitalier Universitaire de Reims s'engagent à respecter la réglementation applicable dans le domaine de la publication en ligne et, plus particulièrement :

- les droits d'auteur, le régime juridique des licences publiques et de la législation liées aux documents écrits et audiovisuels ;
- la propriété intellectuelle ;
- le droit à l'image.

Messagerie électronique

La messagerie électronique est un outil de travail ouvert à des usages professionnels. Pour autant, elle peut exceptionnellement constituer le support d'une communication privée, dans le respect du cadre fixé au paragraphe relatif à l'«accès aux ressources informatiques » de la présente Charte. Par ailleurs, tout message est réputé comme étant professionnel, sauf s'il comporte une mention particulière et explicite mentionnant son caractère privé. Dans ce cas et afin que ces messages conservent un caractère privé, les utilisateurs doivent l'archiver dans un répertoire explicitement identifiable comme étant personnel. Enfin et de manière générale, il est rappelé que le système de messagerie électronique mis à disposition par l'établissement est l'unique solution autorisée pour l'échange de courriels à caractère professionnel.

Afin d'éviter l'encombrement du système de messagerie, voire une dégradation du service y afférent, l'utilisateur doit veiller à limiter la diffusion de messages électroniques, notamment en jugeant de sa



pertinence, en évitant les envois de messages en masse et en s'assurant ainsi que seuls les destinataires réellement concernés par le courriel soient intégrés à la liste de diffusion.

Les utilisateurs doivent être vigilants concernant la nature et le contenu des messages électroniques qu'ils rédigent, au même titre que les courriers traditionnels, du fait des engagements que peuvent constituer ces échanges.

6. Confidentialité

Les utilisateurs ne doivent pas tenter de lire, copier, divulguer ou modifier les fichiers d'un autre utilisateur sans y avoir été préalablement autorisé, quand bien même ces fichiers n'auraient pas été explicitement protégés. La règle s'applique également aux conversations privées de type courriers électroniques dont les utilisateurs ne sont ni destinataires directs, ni en copie.

Les utilisateurs s'interdisent toute tentative d'intercepter les communications entre tiers.

Les utilisateurs sont tenus à la réserve d'usage concernant toutes les informations relatives au fonctionnement interne du Centre Hospitalier Universitaire de Reims qu'ils auraient pu obtenir en utilisant les ressources informatiques de l'établissement. Les utilisateurs sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle pour les données et informations auxquelles ils ont accès dans le cadre de leur activité professionnelle.

Les utilisateurs sont tenus de prendre les mesures de protection des données nécessaires au respect des engagements de confidentialité pris par le Centre Hospitalier Universitaire de Reims vis-à-vis des tiers. Ils peuvent, le cas échéant, solliciter l'aide de la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications.

L'Utilisateur veille tout particulièrement à préserver la sécurité et l'intégrité des Données à caractère personnel ainsi que leurs traitements et extractions des bases de données.

Les informations confidentielles ou sensibles, relatives aux patients ne doivent être stockées que sur les supports et matériels prévus à cet effet par la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications, et il est interdit de les transmettre à l'extérieur par quelque moyen que ce soit sans autorisation écrite préalable du Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

Conformément à l'article 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, toute personne dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui les concernent.

7. Les contrôles assurés par le Centre Hospitalier Universitaire

De manière générale, tout matériel ayant vocation à être connecté, même de manière non pérenne, au système d'information du Centre Hospitalier Universitaire de Reims devra respecter les prérequis logiciels et matériels fixés par l'établissement. A cet égard, le Centre Hospitalier Universitaire de Reims met en oeuvre un contrôle de conformité de tout dispositif se connectant au réseau informatique.

En vue d'assurer le bon fonctionnement, la sécurité et la qualité de service des ressources informatiques de l'établissement, la Direction Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Reims et les personnes qu'il habilite peuvent accéder, dans le cadre de leurs missions, aux informations relatives aux utilisateurs (fichiers, courriers électroniques, connexions à Internet...), y compris celles qui sont enregistrées sur le disque dur des postes de travail.

Dans le cadre de leurs missions, les membres de la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications sont assujettis à une obligation de confidentialité sur les informations qu'ils sont amenés à connaître.



Par ailleurs, pour effectuer toute maintenance de ses systèmes d'information, le Centre Hospitalier Universitaire de Reims se réserve la possibilité de réaliser des interventions (le cas échéant à distance) sur les ressources informatiques qu'il met à la disposition des utilisateurs. En cas de maintenance à distance, celle-ci ne peut être réalisée que par un agent habilité de la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications.

Ces interventions n'ont lieu qu'après information et acceptation expresse des utilisateurs, dans le cas d'une prise de main à distance.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Reims a également mis en place une solution de filtrage qui permet de sécuriser, d'optimiser et d'analyser l'ensemble de l'activité Internet.

Par ailleurs, les connexions à certaines ressources informatiques de l'établissement, notamment le réseau d'entreprise ou les applications hébergées sur le portail applicatif, sont analysées par les dispositifs d'authentification.

Pour autant, les informations recueillies dans ce cadre ne peuvent être analysées et contrôlées que dans le respect du règlement intérieur de l'établissement et de la législation en vigueur et, notamment, de la loi dite « Informatique et Libertés ».

8. Responsabilité et sanctions

Les utilisateurs et les administrateurs sont responsables de l'utilisation qu'ils font des ressources informatiques mises à leur disposition par l'établissement conformément à l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Chaque titulaire de compte, ou d'un dispositif de contrôle d'accès, est responsable des opérations locales ou distantes effectuées depuis son compte ou sous le couvert des dispositifs de contrôle d'accès qui lui ont été attribués.

Chaque utilisateur reconnaît que toute violation des dispositions de la présente Charte ainsi que, plus généralement, tout dommage créé au Centre Hospitalier Universitaire de Reims ou à des tiers, engage sa propre responsabilité.

Le non-respect des règles établies ou rappelées par la présente Charte pourra donner lieu, indépendamment d'éventuelles poursuites pénales, à la suspension temporaire ou définitive de l'accès de tout ou partie des ressources informatiques ainsi qu'à des sanctions disciplinaires, selon la gravité des faits reprochés et de leurs conséquences pour le Centre Hospitalier Universitaire de Reims.

9. Règles afférentes à l'administrateur

Dans le cadre de ses missions, l'administrateur a le devoir :

- d'améliorer en permanence la qualité de service et la sécurité des systèmes d'information, dans l'intérêt de l'établissement et des utilisateurs,
- de respecter la plus stricte confidentialité des mots de passe des utilisateurs dont il aurait pu avoir connaissance, ainsi que des mots de passe administrateur,
- de veiller à la déclaration des traitements automatisés d'informations nominatives, conformément à la réglementation en vigueur,
- de veiller au respect, par les utilisateurs, du contenu de la présente Charte,
- d'informer, dans la mesure du possible, les utilisateurs de toute intervention nécessaire sur leur poste de travail, ou susceptible d'en perturber ou interrompre momentanément le fonctionnement.



Par ailleurs, l'administrateur peut être amené à effectuer des actions spécifiques lui permettant d'assurer la continuité de service afférente au système d'information. Dans ce cadre, les opérations menées lui donnent potentiellement accès à l'ensemble des données utilisateurs et à prendre indirectement connaissance d'informations de nature confidentielle.

A cet égard, l'administrateur est soumis à la présente Charte et doit, par conséquent, respecter les règles d'éthique professionnelle et de déontologie, l'obligation de réserve ainsi que le devoir de discrétion et de confidentialité.

10. Dérogation aux règles définies dans la présente Charte

Les demandes spécifiques des Utilisateurs relatives à l'utilisation du système d'information en dehors du périmètre de la présente Charte ou en contradiction avec les règles définies dans la Charte doivent être adressées directement au supérieur hiérarchique de l'Utilisateur ainsi qu'à la Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications dans un document écrit et signé par le demandeur.

La Direction des Systèmes d'Information et des Télécommunications communiquera à la Direction Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Reims les demandes de dérogation au respect des règles définies dans la présente Charte.

La décision de la Direction générale ou de son représentant de déroger aux règles de la présente Charte sera formalisée dans un document signé et daté.

Historique		
Date Création	Septembre 2014	
Date d'actualisation	Modalité	Modifications apportées
Septembre 2015	Actualisation	Modifications mineurs
Janvier 2016	Actualisation	Modifications chapitres 4 et 5.



ANNEXE 11

Charte de la laïcité dans les services publics

Circulaire n°5209/SG du Premier Ministre du 13 avril 2007

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances.

Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi.

La liberté de religion ou de conviction ne peut recevoir d'autres limitations que celles qui sont nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile.

La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

LES USAGERS DU SERVICE PUBLIC

Tous les usagers sont égaux devant le service public.

Les usagers des services publics ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme.

Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions des usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent se conformer aux obligations qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont droit au respect de leurs croyances et peuvent participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

LES AGENTS DU SERVICE PUBLIC

Tout agent public a un devoir de stricte neutralité. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.

Il appartient aux responsables des services publics de faire respecter l'application du principe de laïcité dans l'enceinte de ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.



ANNEXE 12
Guide de la laïcité et de la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé
Observatoire de la laïcité – 23 février 2016

L'hôpital est un lieu d'accueil pour tous, en particulier de populations rendues vulnérables par la maladie aussi bien que par leur place dans la société (personnes âgées, personnes en situation de handicap, etc.).

C'est aussi un lieu où s'exprime toute la richesse du modèle social français et où la notion de service public prend le plus de sens. L'hôpital est un lieu fermé, qui prend en charge des personnes en souffrance, physique ou psychologique. Pour assurer sa mission et garantir un soin de qualité à chacun, il doit parfois s'intéresser à ce qui relève de l'intime des individus, des familles et des relations humaines.

Après avoir auditionné les acteurs de terrain, l'Observatoire de la laïcité fait le constat de la nécessité de porter à la connaissance des personnels et des patients les règles qui découlent du principe de laïcité. Il constate également un besoin de formations sur les questions de laïcité et de gestion du fait religieux dans le secteur hospitalier. Face aux difficultés pratiques, l'Observatoire de la laïcité a souhaité établir un guide rappelant les réponses, encadrées par le droit, aux cas concrets relevant du principe de laïcité dans les établissements publics de santé, tant pour les personnels que pour les usagers.

Ce guide est accessible et librement téléchargeable sur le site www.laicite.gouv.fr



Partie 1 : Les personnels de santé

Les mêmes règles de droit s'appliquent aux agents de la fonction publique hospitalière et aux agents des autres fonctions publiques.

1. L'interdiction de toute discrimination fondée sur la religion dans l'accès aux fonctions et le déroulement de carrière

Les exigences relatives à la laïcité de l'État et à la neutralité des services publics ne doivent pas conduire à la négation de la liberté de conscience dont les agents publics peuvent se prévaloir.

L'avis du Conseil d'État, *Mlle Marteaux* du 3 mai 2000 rappelle qu'est prohibée toute discrimination fondée sur la religion dans l'accès aux fonctions et le déroulement de carrière. Les convictions religieuses doivent être indifférentes au recrutement des fonctionnaires et agents publics. De manière générale, la pratique d'une religion ne doit en aucun cas constituer un critère discriminant à l'encontre d'un candidat ¹ ou d'un agent contractuel prétendant à la titularisation ².

- Ainsi, un concours de la fonction publique a été annulé en raison des questions que le jury avait posées à un candidat sur son origine et sur ses pratiques confessionnelles ainsi que sur celles de son épouse³.
- Cependant, le refus de recrutement à un emploi est possible, lorsqu'il est fondé sur l'intention déclarée du candidat de continuer à manifester ses croyances religieuses en service ⁴.

L'autorité hiérarchique, sous le contrôle du juge administratif, veille également au respect de ces principes dans le cadre de la carrière des agents publics. Le Conseil d'État juge que ni l'appartenance à une religion, ni sa pratique à titre privé, même connue par les autres agents du service, ne peut justifier une mesure défavorable à l'encontre d'un agent comme une mauvaise appréciation sur une feuille de notation ⁵, une sanction ⁶ ou, a fortiori, un licenciement ⁷.

L'Observatoire de la laïcité rappelle que certains aménagements du temps de travail des agents publics sont autorisés pour des motifs religieux dans la seule mesure où ces aménagements restent compatibles avec le bon fonctionnement du service public ^{8 9}.

1 - Conseil d'État, 25 juillet 1939, *Demoiselle Beis*, rec. p. 524

2 - Conseil d'État, 3 mai 1950, *Demoiselle Jamet*

3 - Conseil d'État, 10 avril 2009, *M. E.H.*, n°311888

4 - Tribunal administratif de Lyon, 8e chambre, 17 juin 2015, n°1204943.

5 - Conseil d'État, 16 juin 1982, *Époux Z.*, n°23277.

6 - Conseil d'État, 28 avril 1938, *Demoiselle Weiss*, au recueil p. 379.

7 - Conseil d'État, 8 décembre 1948, *Demoiselle Pasteau*.

8 - Juge des référés du Conseil d'État (JRCE), 16 février 2004, *M. B.* : autorisation d'absence refusée à raison des nécessités de service public.

9 - La liste des fêtes religieuses pour lesquelles les agents peuvent solliciter une autorisation d'absence peut ainsi être déterminée par circulaire, sans que cette dernière puisse être regardée comme exhaustive (circulaire du 10 février 2012).



2. Le devoir de neutralité des agents publics et des salariés participant à une mission de service public

La France, République laïque, « assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion » ¹⁰. Elle assure ainsi l'égalité des citoyens face au service public, quelles que soient leurs convictions ou croyances. Le service public ne peut donc montrer une préférence, ou faire preuve d'une attitude discriminatoire, selon l'appartenance ou la non appartenance religieuse, réelle ou présumée, de ses usagers.

- L'État, les collectivités territoriales et les services publics représentés par leurs agents publics doivent non seulement ne pas marquer une telle préférence mais aussi ne pas laisser supposer un tel comportement préférentiel ou discriminatoire, par exemple par la présence de signes à caractère religieux dans leur bureau ou guichet ou par le port de tels signes.
- Comme le rappelle l'avis du Conseil d'État, *Mlle Marteaux*, du 3 mai 2000, l'interdiction de manifester sa croyance s'applique quelles que soient les fonctions exercées par l'agent public.
- Ce principe vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience et trouve à s'appliquer avec une rigueur particulière dans les services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance ¹¹.

Les principes de neutralité et de laïcité du service public sont applicables à l'ensemble des services publics y compris lorsque ceux-ci sont assurés par des organismes de droit privé.

Ainsi, les salariés de ces derniers, même s'ils relèvent du droit privé, sont soumis au respect de ces principes résultant du fait qu'ils participent à une mission de service public. Ils doivent à ce titre s'abstenir de manifester notamment leurs croyances religieuses (ou leurs convictions politiques) par des signes extérieurs, en particulier vestimentaires ¹².

Saisie de la question de l'interdiction du port du voile, la Cour Européenne des Droits de l'Homme, dans un arrêt du 26 novembre 2015¹³, a jugé que la neutralité exigée pour les agents du service public hospitalier était proportionnée au but recherché et qu'ainsi elle n'était pas contraire à l'article 9 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Par ailleurs, la Cour a jugé que « l'hôpital est un lieu où il est demandé également aux usagers, qui ont pourtant la liberté d'exprimer leurs convictions religieuses, de contribuer à la mise en œuvre du principe de laïcité en s'abstenant de tout prosélytisme et en respectant l'organisation du service et les impératifs de santé et d'hygiène en particulier. En d'autres termes, la réglementation de l'État concerné y fait primer les droits d'autrui, l'égalité de traitement des patients et le fonctionnement du service sur les manifestations des croyances religieuses, ce dont elle prend acte. »

10 - Article premier de la Constitution.

11 - Tribunal administratif de Paris, 17 octobre 2002, n°0101740/5, *Mme Christine E.*

12 - Cour de Cassation, Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis, 19 mars 2013.

13 - Cour européenne des droits de l'homme, 26 novembre 2015, *Ebrahimian c. France* (n° 64846/11).



Cas concrets :

- **Une chirurgienne d'un CHU souhaite porter un foulard lorsqu'elle procède aux visites post-opératoires de ses patients.**
Il s'agit d'une atteinte à la neutralité des agents publics. Ainsi, elle ne peut porter de signes religieux durant son temps de travail et devra accepter de le retirer après un rappel des règles qui s'appliquent à elle. Dans le cas contraire, elle s'expose à une sanction pour manquement à ses obligations.
- **Un agent hospitalier homme invoque des raisons religieuses pour refuser de serrer la main de ses collègues femmes :**
S'il n'y a pas de règle légale imposant un rite de politesse déterminé, les comportements portant atteinte à la dignité des personnes sont inacceptables et peuvent recevoir la qualification de harcèlement moral ou de discrimination. Par exemple, le fait pour un homme de saluer ses collègues en leur serrant la main sauf celle de son unique collègue femme et ce de façon répétée.
- **Le refus de se conformer à l'autorité d'une femme :**
Il s'agit d'une insubordination passible d'une sanction.

3. Le cas des étudiants

Les étudiants conservent durant leur formation universitaire théorique la possibilité de porter des signes religieux car ils sont à cet instant uniquement des étudiants de l'enseignement supérieur.

En revanche, notamment lorsqu'ils sont en stage ou en formation professionnelle au sein d'un établissement public de santé, ils sont soumis à l'obligation de neutralité car ils exercent alors des fonctions médicales ou paramédicales et peuvent être à ce titre assimilés à des agents du service public.

4. L'interdiction du prosélytisme

Les personnels médicaux ainsi que les aumôniers intervenant au sein de l'hôpital public ne peuvent pas faire de prosélytisme. Afin de ne pas nuire à la liberté de conscience des patients accueillis dans l'établissement qui peuvent se trouver en situation de faiblesse, il est interdit au personnel (ainsi qu'aux patients) de tenter de rallier à sa croyance religieuse des patients ou des membres du personnel. Toute forme de prosélytisme, même non-violente, doit être sanctionnée.

Cas concrets :

- **Un brancardier exerce des pressions prosélytes quotidiennes sur une infirmière pour l'exercice de certaines pratiques religieuses.**
Il s'agit d'une violation de l'interdiction du prosélytisme. L'agent public devra être rappelé à l'ordre et le cas échéant sanctionné. En outre, l'administration hospitalière doit protéger les agents qui seraient victimes de pressions prosélytes.



- **Un patient exerce des pressions prosélytes sur le personnel hospitalier, par des injonctions et des distributions de tracts suscitant l'adhésion à sa religion.**

La nécessaire protection du personnel hospitalier doit conduire l'administration à intervenir auprès du patient. Les règles applicables au sein du service public hospitalier doivent lui être rappelées fermement pour que cesse toute pression. Il peut également être fait appel à l'aumônier de la religion dont le patient se réclame pour qu'il intervienne en ce sens.

Si toutefois les désordres entraînés par ses agissements se poursuivent, toutes les mesures appropriées, pouvant aller jusqu'à la sortie de l'intéressé, seront prononcées par le directeur de l'établissement avec l'accord du médecin chef de service (en tenant ainsi compte de l'état de santé du patient).

5. La neutralité des bâtiments publics

L'article 28 de la loi du 9 décembre 1905 dispose :

« Il est interdit, à l'avenir, d'élever ou d'apposer aucun signe ou emblème religieux sur les monuments publics ou en quelque emplacement public que ce soit, à l'exception des édifices servant au culte, des terrains de sépulture dans les cimetières, des monuments funéraires, ainsi que des musées ou expositions. »

Il découle de cet article que les bâtiments doivent rester neutres ¹⁴.

En revanche, certains signes, en raison de la culture locale, du patrimoine, ou de l'identité culturelle, ont été déclarés conformes à la loi du 9 décembre 1905.

L'article 28 de la loi du 9 décembre 1905 s'applique également à la question des crèches de Noël dans l'espace public : il laisse une large marge d'appréciation dans la qualification ou non d'emblème religieux de ces représentations figuratives.

- Ainsi, une appréciation par le juge *in concreto*, guidée par les circonstances locales de temps et de lieu, par la récurrence de l'exposition, et par la présentation publique qui en a éventuellement été faite, s'impose.
- En amont, le gestionnaire du service public devra prendre en considération l'existence ou non d'un particularisme local qui justifierait cette installation dans un espace public ouvert à tous en tant que simple « exposition » culturelle ou traditionnelle. Les autorités publiques décisionnaires ne peuvent fonder leur décision d'installation d'une crèche que sous l'angle de l'exposition. Toute présentation religieuse de la crèche traduisant une préférence du service en question, serait un manquement à l'obligation de neutralité du service public en question.

14 - Le Conseil d'État (CE) a décidé que « le principe de neutralité des services publics s'oppose à ce que soient apposés sur les édifices publics des signes symbolisant la revendication d'opinions politiques, religieuses ou philosophiques ». Cette décision a été rendue à l'encontre d'un drapeau à signification politique sur le fronton d'une mairie (CE, 27 juillet 2005, Commune de Sainte-Anne, n° 259806).



Cas concret :

- **L'équipe hospitalière décide d'installer dans le hall de l'hôpital public un sapin de Noël.**

Un sapin de Noël, qui est à l'origine une tradition païenne, n'est pas considéré comme un signe ou un symbole religieux, mais le symbole d'une fête largement laïcisée. Ainsi, il n'apparaît pas contraire à l'article 28 de la loi du 9 décembre 1905 d'installer un sapin de Noël dans le hall d'un hôpital public.

6. La clause de conscience

La liberté de conscience des praticiens inclut la clause de conscience du médecin.

Délimitée par l'article 47 du code de déontologie (article R. 4127-47 du code de la santé publique), celle-ci est assez générale. « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* », souligne cet article.

La clause de conscience, c'est, pour le médecin, le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Sauf urgence vitale, le médecin n'est pas tenu de pratiquer l'acte demandé ou nécessité par des conditions particulières.

Mais, conformément aux dispositions du code de déontologie médicale (art. 47, R.4127-47 du code de la santé publique), s'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir clairement le patient, dès la première consultation, et lui donner tous moyens et conseils pour qu'il puisse obtenir une prise en charge adaptée. De plus, le médecin doit s'assurer que sa décision ne contrevient pas aux dispositions de l'article 7 du code de déontologie médicale : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.* »

L'invocation de la clause de conscience ne peut servir de prétexte à des discriminations, ni ne doit pouvoir être interprétée comme discriminatoire.

Cas concret :

- **Un médecin ne souhaite pas procéder à une interruption volontaire de grossesse (IVG) sur une patiente au nom de ses convictions religieuses.**

Si un médecin ou le personnel concourant à l'intervention peut refuser de procéder à une IVG, la loi leur impose d'informer sans délai la femme de leur décision et de lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention. Par ailleurs, ce refus ne doit pas s'accompagner d'une quelconque pression exercée sur la patiente, qu'elle relève du prosélytisme religieux ou non.



Partie 2 : Les aumôniers

La loi du 9 décembre 1905 dispose en son article 2 les termes d'un équilibre selon lequel à la fois « *La République ne reconnaît, ne salarie, ni ne subventionne aucun culte* » et « *Pourront toutefois être inscrites aux budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons* » en raison du caractère particulier de ces lieux.

C'est aux aumôniers des établissements de santé mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 qu'incombe la charge d'assurer, dans ces établissements, le service du culte qu'ils représentent et d'assister les patients qui en font la demande ou ceux qui, lors de leur admission, ont déclaré appartenir à tel ou tel culte. Ils assistent aussi les familles et proches qui le souhaitent.

Au-delà de leurs missions d'assistance des patients et de leurs proches, les aumôniers apportent leur concours à l'équipe soignante. Ainsi, les aumôniers éclairent, le cas échéant, l'équipe médicale et soignante sur les implications que peuvent avoir certaines de leurs décisions au regard des convictions et pratiques religieuses des patients. Leur démarche doit être cohérente avec la démarche de soins (cf. Charte nationale des aumôneries du 5 septembre 2011, annexée à la circulaire du 5 septembre 2011).

La circulaire du 20 décembre 2006 rappelle les modalités de recrutement des aumôniers au sein des établissements de santé :

« Des services d'aumônerie, au sens de l'article 2 de la loi du 9 décembre 1905, peuvent être mis en place pour chaque culte qui le demande, en fonction des besoins exprimés ou recensés par l'établissement hospitalier, social ou médico-social concerné. »

Quel que soit le culte auquel ils appartiennent, les aumôniers sont recrutés en qualité d'agents contractuels ou autorisés en tant que bénévoles par les chefs d'établissement, sur proposition des autorités cultuelles dont ils relèvent en fonction de leur organisation interne.

Les aumôniers doivent pouvoir disposer d'un local de permanence pour recevoir à proximité du lieu réservé au recueillement. Les cultes sont célébrés au sein des établissements soit dans un lieu de culte existant, lorsqu'il s'en trouve un dans l'enceinte de l'établissement, soit dans une salle rendue disponible à cet effet. Il est possible de prévoir une salle polyvalente, partagée entre différentes aumôneries, dès lors qu'il y a accord entre les aumôniers de différents cultes. Ces obligations doivent cependant être conciliées tant avec les exigences du service hospitalier qu'avec les possibilités de l'établissement [15](#). Les directions veilleront particulièrement à la bonne signalisation de ces locaux et à ce que les personnes hospitalisées ou les résidents disposent d'une information claire sur les différents services d'aumônerie de l'établissement [16](#).

Dans chaque établissement, conformément à la circulaire du 5 septembre 2011 [17](#), un référent chargé du service des aumôneries hospitalières est désigné. Il est l'interlocuteur privilégié des représentants des différents cultes et doit faciliter les relations entre les aumôniers, les services et les usagers de l'hôpital. Il est chargé d'organiser l'information des patients et de leur famille, dès l'admission et tout au long du séjour, sur la possibilité de faire appel à un ministre du culte de leur choix. Il est chargé de rédiger le projet de service des aumôneries, qui doit chercher avec les différentes obédiences, la meilleure prise en compte des convictions des uns et des autres. Il doit rédiger le rapport d'activité du service des aumôneries.

15 - Conseil d'État, 28 janvier 1955, *Sieurs Aubrun et Villechenoux*.

16 - Circulaire DHOS/P1 no 2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

17 - N° DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.



Partie 3 : Les patients

Les usagers accueillis au sein d'établissements hospitaliers, sociaux, ou médicosociaux ont droit au respect de leurs croyances et doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte (article R. 1112-46 du code de la santé publique), sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

La charte de la personne hospitalisée prévoit à ce titre que « *la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.* »

1. L'alimentation

L'article R. 1112-48 du code de la santé publique encadre l'introduction de denrées à l'hôpital. Il indique que « *les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments. Le cadre infirmier s'oppose, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.* »

La circulaire du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés, rappelle la possibilité de proposer des alternatives : « *Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion : recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression.* »

Ainsi, les établissements de santé s'efforcent dans la mesure du possible de trouver des alternatives à la nourriture que ne consommeraient pas certains patients.

Cette possibilité peut être limitée par des préconisations de l'équipe soignante pour le bon fonctionnement du service.

Cas concrets :

- **Les parents d'un enfant hospitalisé souhaitent qu'il mange uniquement de la nourriture conforme à certaines prescriptions religieuses.**

Lors de l'arrivée dans un hôpital public, lorsque l'état du patient nécessite qu'il soit hospitalisé, l'équipe médicale lui demande, ou à ses tuteurs légaux s'il est mineur, quelles sont ses habitudes alimentaires, s'il a des intolérances à certains aliments ou des aversions particulières. Il doit être tenu compte, dans la mesure du possible, des différents types de régime alimentaire.

Dans le cas d'un jeûne, celui-ci trouve sa limite dans l'état de santé de l'intéressé et dans le fait que sa santé prime avant toute chose. Dans tous les cas, le jeune patient et ses parents doivent être informés des risques encourus. Il peut être fait appel à l'aumônier

- **Un majeur hospitalisé ne mange pas et ne boit pas du lever au coucher du soleil durant une période de jeûne.**

Il s'agit d'un patient majeur qui est donc libre de ne pas s'alimenter ou de ne pas s'hydrater durant la journée. Cependant, il doit être alerté sur les risques encourus.

Il peut être fait appel à l'aumônier du culte auquel il appartient pour lui rappeler l'importance de ne pas mettre sa vie en danger.

En cas d'urgence vitale, il conviendra de se référer aux règles applicables aux refus de certains soins, rappelées au point 3 de la partie 3.



2. La question du choix des médecins

L'article 3 de la charte de la personne hospitalisée prévoit que « *L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.* »

L'article L. 1110-8 du code de la santé publique dispose « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.* »

L'article R. 1112-17 du même code indique que « *Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.* »

Il convient donc que dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, le malade puisse, **uniquement en dehors des cas d'urgence**, choisir librement son praticien, son établissement et éventuellement son service. **Toutefois ce choix doit se concilier avec diverses règles telles que l'organisation du service ou la délivrance des soins.** En effet, le choix du praticien ne peut aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conforme aux exigences de continuité du service hospitalier.

En outre, le choix exprimé par le patient ou son entourage **ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, ni créer de désordres.** Dans ce dernier cas, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires (si l'état de santé du patient le permet) (art. R. 1112-49 du code de la santé publique).

Enfin, ce choix du malade ne permet pas que la personne prise en charge puisse s'opposer à ce qu'un membre de l'équipe médical procède à des soins, pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier. Il s'agirait ici d'un grave cas de discrimination qui ne peut être admis.

Cas concret :

> Une patiente s'oppose à être examinée en urgence par un médecin homme.

Il faut lui rappeler que le droit de choisir son praticien ne s'applique pas en situation d'urgence. Si malgré tout, elle refuse de se faire soigner par un médecin homme, nul ne peut la contraindre physiquement.

Le médecin pourra faire appel à l'aumônier de l'établissement ou à toute autre personne pouvant assurer une médiation ou, s'il l'estime nécessaire, lui faire signer une décharge.

En cas d'urgence vitale, il conviendra de se référer aux règles applicables aux refus de certains soins (voir ci-dessous).

3. Le refus de certains soins (prise de médicaments, transfusions, etc.)

L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique dispose qu' « *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* ». Dans une décision du 16 août 2002, *Mme F 18*, le Conseil d'État a rappelé que sur la base de ce principe le patient dispose du libre choix de son praticien et doit consentir librement aux soins qui lui sont dispensés.



Corollaire au droit au consentement aux soins, le droit au refus de soins a été consacré par la Cour européenne des droits de l'Homme dans sa décision *Pretty* du 29 avril 2002 [19](#), dans laquelle elle pose le principe selon lequel « *En matière médicale, le refus d'accepter un traitement particulier pourrait, de façon inéluctable, conduire à une issue fatale, mais l'imposition d'un traitement médical sans le consentement du patient s'il est adulte et sain d'esprit s'analyserait en une atteinte à l'intégrité physique de l'intéressé pouvant mettre en cause les droits protégés par l'article 8 § 1 de la Convention. Comme l'a admis la jurisprudence interne, une personne peut revendiquer le droit d'exercer son choix de mourir en refusant de consentir à un traitement qui pourrait avoir pour effet de prolonger sa vie.* »

Dans sa décision *Senanayaké* du 26 octobre 2001 [20](#), le Conseil d'État a cependant refusé de voir une faute susceptible d'engager la responsabilité de l'Assistance publique dans le choix des médecins de procéder à des transfusions sanguines visant à sauvegarder la vie du patient, allant à l'encontre du refus du patient de se voir apporter un tel traitement.

Si le principe reste celui du consentement du patient aux soins, et le cas échéant de son droit de refus, le juge ne condamne pas pour autant les médecins qui s'en affranchissent, dès lors qu'ils accomplissent un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état, dans le seul but de tenter de le sauver.

Par ailleurs, le médecin qui respecte le refus de soins de son patient ne commet pas de faute professionnelle caractérisée [21](#) à condition de ne pas commettre de négligence [22](#).

Le cas particulier des mineurs et des majeurs sous tutelle

L'article L. 1111-4 alinéa 6 du Code de la santé publique dispose que « *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.* »

La croyance religieuse des parents ne peut donc être le motif d'un refus de soins sur leurs enfants. Ne pas appeler les secours en cas de danger pour l'enfant est punissable au titre de la non-assistance à personne en danger [23](#).

Cas concret :

- **Des parents refusent que leur enfant mineur soit transfusé alors qu'il s'agit d'une urgence vitale.**

L'équipe médicale devra procéder à la transfusion nécessaire à la survie du mineur en danger. Les parents ne peuvent s'y opposer par la force, sous peine d'être poursuivis pour non-assistance à personne en danger.

19 - Cour Européenne des Droits de l'Homme, Grande Cour, 29 avril 2002 *Pretty c. Royaume-Uni* n° 2346/02.

20 - Conseil d'État, Assemblée, du 26 octobre 2001, n°198546.

21 - Cour de Cassation, Chambre criminelle, 3 janvier 1973 n°71-91820.

22 - Conseil d'État, 29 juillet 1994, *Jacques X*. n° 146978.

23 - Article 223-6 du code pénal.



4. La prise en charge du décès (rites funéraires)

En matière mortuaire, les familles des malades en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix.

Ainsi, le décret du 14 janvier 1974, indique que « *lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service. Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants* ». Par ailleurs, « *dans toute la mesure du possible, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire sans que ce dépôt ne soit différé, de ce fait, d'un délai supérieur à dix heures* ²⁴».

Si les équipes médicales et soignantes ignorent les rites et cérémonies mortuaires inhérents à la religion du défunt, elles peuvent recourir aux aumôniers présents dans l'établissement.

5. La pratique du culte (prière)

Les personnes accueillies en qualité de patients dans les établissements de santé peuvent procéder à leurs prières librement, dans la limite du bon fonctionnement du service (réalisation d'actes médicaux) ou de la liberté d'autrui (chambre partagée avec d'autres patients).

Cas concret :

- **Un patient se lève chaque nuit à la même heure pour effectuer sa prière, cela réveille son compagnon de chambre qui a besoin de repos.**

Il faut opérer une conciliation entre les deux patients. La pratique d'une prière en journée ne pose a priori pas de problème si elle n'est pas accompagnée de prosélytisme. Mais, le fait de prévoir un réveil en pleine nuit et de faire du bruit peut objectivement gêner son compagnon de chambre (comme le pourrait, par exemple, une télévision allumée durant la nuit). Il convient de privilégier le dialogue pour éviter tout conflit entre ces deux patients.

6. La liberté de conscience et de manifester sa croyance

Les hospitalisés ont le droit de manifester leur croyance et de pratiquer leur culte librement. Cependant cette liberté est encadrée par la nécessité d'assurer la qualité des soins et des règles d'hygiène (le patient doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés) et de sécurité ; la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches et le fonctionnement régulier du service.

Par ailleurs, la dissimulation du visage est interdite (hors cas de nécessité médicale) conformément à la loi du 11 octobre 2010 (cette loi n'a pas pour fondement le principe de laïcité mais l'ordre public et l'interaction sociale).

24 - Décret n°97-1039 du 14 novembre 1997 relatif aux chambres mortuaires des établissements de santé.



Cas concrets :

- **Une patiente demande à conserver un foulard couvrant son cou durant un examen dentaire, nécessitant d'observer correctement la mâchoire et le cou.**

Les patients des hôpitaux ne sont pas soumis au devoir de neutralité et peuvent porter des signes ou tenues religieuses. Cependant, le médecin a en l'espèce besoin, afin de procéder à un soin de qualité et en toute sécurité, de voir le cou et la mâchoire. Il conviendra d'expliquer la situation à la patiente. Si toutefois elle ne consent pas à retirer la tenue qui empêche l'examen et que le praticien estime qu'il ne peut pas réaliser ce soin en toute sécurité, l'examen médical ne pourra pas avoir lieu.

Si cela devait mener à la sortie du patient, une décharge devrait être signée.

- **Un patient souhaite garder un couvre-chef personnel durant une opération chirurgicale nécessitant un bloc entièrement stérile.**

Dans un établissement de santé, certaines tenues peuvent être interdites en certains lieux pour des raisons de sécurité et d'hygiène. Il conviendra de rappeler les règles applicables au patient. Si toutefois il ne consent pas à retirer sa tenue, l'intervention ne pourra pas avoir lieu. Si cela devait mener à la sortie du patient, une décharge devrait être signée.

- **Plusieurs patients se réunissent pour prier dans les lieux communs**

Dans un établissement de santé comme dans les autres services publics, les usagers ont la liberté de manifester leur conviction religieuse. Cependant, cette liberté est encadrée notamment par la nécessité d'assurer la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches et le fonctionnement régulier du service. Ainsi, ces prières pourront être interdites par l'administration dans la mesure où elles gênent la tranquillité des autres patients ou rendent difficile la circulation.

7. L'interdiction du prosélytisme

La liberté de manifester sa religion ne peut permettre aux personnes accueillies dans l'établissement, aux personnes bénévoles y intervenant ou aux visiteurs d'avoir un comportement prosélyte.

Cas concret :

- **Un bénévole intervenant auprès des patients de l'hôpital dans le cadre de visite des personnes âgées en profite pour exercer des activités prosélytes.**

Il faut lui rappeler que son intervention doit exclure toute forme de prosélytisme.

En parallèle, il faut informer l'association dont il est membre et rappeler à cette dernière les règles qui s'appliquent au sein de l'hôpital public.

Il conviendra, par la suite d'autoriser ou non l'intervenant à revenir, en fonction de son acceptation des règles en vigueur au sein de l'hôpital public.

Pour aller plus loin :

*Pour mieux appréhender les spécificités liées à la culture et à la religion des patients et pour une meilleure prise en compte individuelle des besoins de santé, l'Observatoire de la laïcité signale le **guide « Soins et laïcité au quotidien »** réalisé par le Conseil de l'Ordre des médecins de Haute-Garonne et accessible sur son site Internet : www.ordmed31.org.*



Guide "Soins et Laïcité au quotidien"

Liste des fiches

1. Concilier soins et laïcité au quotidien : pourquoi ces fiches ?
2. Le principe de laïcité en droit français
3. Charte de la laïcité dans les services publics
4. Charte de la laïcité en clinique et hôpitaux privés
5. Clause de conscience des médecins
6. Aumôniers en établissements de soins
7. Certificat de virginité ou de « défloration »
8. Demande de circoncision pour motif non médical
9. Excision et obligation de signalement
10. Hyméneoplastie
11. IVG
12. Diagnostic prénatal
13. Contraceptions médicalisées
14. Procréation médicalement assistée
15. Interruption Médicale de Grossesse, Soins palliatifs prénataux et Deuil périnatal
16. Stérilisation masculine ou féminine
17. Don d'organe entre vivants
18. Don d'organes post-mortem et convictions religieuses
19. Demande d'autopsie
20. Suppléances vitales et accompagnement de fin de vie
21. Soins post-mortem et toilettes mortuaires
22. Pratique religieuse dans les lieux de soins
23. Jeûne religieux et alimentation en milieu hospitalier
24. Médicaments (conditionnement)
25. Port de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins
26. Refus de soignant pour motif religieux (patient majeur)
27. Refus de soignant pour motif religieux par les parents (patient mineur)
28. Refus de transfusion ou de produits d'origine sanguine
29. Vaccinations et recommandations de santé avant pèlerinages ou voyages à l'étranger
30. Pratique religieuse ou sectaire ?
31. Traçabilité des refus de soins (pour tout motif)
32. Liste des participants au groupe de travail et des relecteurs
33. Bibliographie et liens utiles

Fiches rédigées sous la direction du Dr Jean Thévenot, Président du conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne

Pour toutes questions ou suggestions, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante :

haute-garonne@31.medecin.fr

Retrouvez toutes les fiches réactualisées sur le site du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne :

<http://www.ordmed31.org>