



REGLEMENT INTERIEUR

SOMMAIRE

I.	L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE.....	6
	<i>TITRE 1 : INSTANCES DECISIONNELLES.....</i>	<i>6</i>
	Section 1 : Directeur	6
	Section 2 : Conseil de surveillance.....	8
	Section 3 : Directoire	10
	<i>TITRE 2 : INSTANCES CONSULTATIVES</i>	<i>12</i>
	Section 1 : Commission médicale d'établissement (CME)	12
	Section 2 : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT).....	13
	Section 3 : Comité technique d'établissement (CTE)	14
	<i>TITRE 3 : INSTANCES SPECIALISEES</i>	<i>16</i>
	Section 1 : Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).....	16
	Section 2 : Commissions administratives paritaires locales (CAPL)	17
	Section 3 : La Commission des Usagers (CDU)	18
	<i>TITRE 4 : ORGANISATION ET ATTRIBUTION DES POLES D'ACTIVITE</i>	<i>19</i>
	Section 1 : L'organisation polaire.....	19
II.	L'ORGANISATION DES SOINS	22
	Section 1 : L'organisation médicale.....	22
	Section 2 : L'organisation paramédicale	24
	Section 3 : Qualité et sécurité des soins	24
	Section 4 : Garde de direction	25
III.	LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	25
	<i>TITRE 1 : L'ADMISSION</i>	<i>25</i>
	Section 1 : Disposition générale.....	25
	Section 2 : L'Admission en soins psychiatriques libres.....	26
	Section 3 : L'Admission en soins psychiatriques sans consentement.....	26
	Sous-section 1 : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.....	26
	Sous-section 2 : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	27
	Sous-section 3 : Les modalités de la prise en charge en soins sans consentement.....	28
	Section 4 : Contrôle systématique du juge des libertés et de la détention	28
	Section 5 : Dispositions particulières relatives à certains patients.....	29
	Sous-section 1 : Majeurs sous protection.....	29
	Sous-section 2 : Militaires	29
	Sous-section 3 : Bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre	29
	Sous-section 4 : Personnes détenues ou soumises à injonction thérapeutique par l'autorité judiciaire ...	29
	Section 6 : Formalités administratives d'admission	30
	Section 7 : Effets personnels	31
	Sous-section 1 : Biens et valeurs	31
	Sous-section 2 : Armes blanches, armes à feu, cannabis ou autres drogues.....	32
	Section 8 : Admission des personnes âgées à l'EHPAD.....	33
	<i>TITRE 2 : RELATIONS AVEC LES USAGERS.....</i>	<i>33</i>
	Section 1 : Gestion des réclamations formulées par les patients, leurs familles ou les tiers	34
	<i>TITRE 3 : LE SEJOUR A L'HOPITAL.....</i>	<i>35</i>
	Section 1 : Information du malade et de ses proches	35
	Section 2 : Personnes de confiance et personnes à prévenir.....	36
	Section 3 : Consentement aux soins et refus de soins	37
	Section 4 : Conditions de séjour des personnes hospitalisées	37
	Sous-section 1 : Règles applicables aux personnes extérieures	38
	Sous-section 2 : Service des repas et horaires.....	39
	Sous-section 3 : Comportement des personnes hospitalisées	40
	Sous-section 4 : Courriers, téléphone, loisirs	40
	<i>TITRE 4 : PROCEDURE DE SORTIE.....</i>	<i>41</i>
	Section 1 : Les autorisations d'absence	41
	Sous-section 1 : En soins psychiatriques libres	41
	Sous-section 2 : En soins psychiatriques sans consentement	41
	Section 2 : La sortie en fin de séjour.....	42
	Sous-section 1 : Décision de sortie.....	42

<i>Sous-section 2 : Organisation</i>	42
<i>Section 3 : Sortie des personnes en soins psychiatriques sans consentement</i>	43
<i>Sous-section 1 : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers</i>	43
<i>Sous-section 2 : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat</i>	44
<i>Section 4 : Sortie après refus de soins</i>	44
<i>Section 5 : Sortie du patient en fin de vie</i>	44
<i>Section 6 : Dossier Patient</i>	44
TITRE 5 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES	46
TITRE 6 : DROIT AU RECOURS	47
<i>Section 1 : Recours contre les mesures de soins psychiatriques</i>	47
<i>Section 2 : Demande d'indemnisation</i>	47
IV. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	48
TITRE 1 : OBLIGATIONS DES AGENTS	48
<i>Section 1 : Devoirs et obligations du personnel</i>	49
<i>Section 2 : Obligations à l'égard du patient et de ses proches</i>	50
<i>Section 3 : Obligation d'un exercice professionnel conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier</i>	52
<i>Section 4 : Désintéressement</i>	54
TITRE 2 : DROITS DES AGENTS	55
<i>Section 1 : Les garanties en qualité de citoyens</i>	55
<i>Section 2 : Les garanties en qualité d'agents</i>	56
V. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE	60
TITRE 1 : NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE	60
TITRE 2 : SECURITE GENERALE	60
TITRE 3 : SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES	61
TITRE 2 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES AUTOMOBILES	63
TITRE 4 : RAPPORT AVEC LES AUTORITES	63
TITRE 5 : SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION	64
TITRE 6 : GESTION DES CRISES	64
VI. DISPOSITIONS DIVERSES	65
VII. ANNEXES	65

Préambule

Le présent règlement intérieur de l'Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSM-R) est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Il a été arrêté par le directeur de l'EPSM-R après concertation avec le directoire menée lors de sa séance du 26 juin 2017, avis de la commission médicale d'établissement en séance du lundi 26 juin 2017, avis du comité technique d'établissement en séance du mardi 27 juin 2017, avis du CHSCT dans sa séance du 24 novembre 2016, avis du conseil de surveillance en date du 27 juin 2017 et information de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques dans sa séance du 28 juin 2017.

Le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement de l'EPSM-R, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, de l'accueil et de la prise en charge des usagers au sein des pôles et structures internes de pôles ainsi que de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers.

Le règlement intérieur est, pour l'essentiel, un condensé des dispositions légales et réglementaires concernant les établissements publics de santé. Sous cet aspect, il est subordonné aux actes juridiques supérieurs et ne saurait faire obstacle, notamment :

- ✓ à l'application des lois et règlements
- ✓ aux consignes permanentes et mesures individuelles prises par le directeur pour garantir l'ordre, la sécurité des personnes et des biens ou la continuité du service public.

Certaines dispositions du règlement intérieur peuvent être précisées par des documents qualité, procédures, modes opératoires, instructions de travail, accessibles dans le système de gestion électronique documentaire de l'établissement.

Certains documents qualité, mettant en œuvre la politique d'amélioration continue de l'établissement, sont par ailleurs indépendants du règlement intérieur de l'établissement.

Conformément à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur de l'EPSM-R assure l'application et l'exécution des dispositions du présent règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement.

Présentation de l'EPSM-R

▪ Statuts

L'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR) est un établissement public de santé (art L.6112-3 du CSP), doté de la personnalité morale de droit public, de l'autonomie administrative et financière, et géré par un directeur, assisté d'un directoire.

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), il entre dans la catégorie des établissements publics d'état.

Le statut et les missions des EPS sont fixés par le livre IV de la sixième partie du code de la santé publique.

Ils sont soumis au contrôle de légalité assuré par le directeur général de l'agence régionale de santé.

▪ Sites et implantations géographiques

L'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion assure la couverture psychiatrique des territoires de santé Nord-Est et Ouest de la Réunion au travers de 3 secteurs de psychiatrie générale et de 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile auxquels s'ajoutent un service médico-psychologique régional (SMPR), une unité régionale d'hospitalisation infanto-juvénile (unité « Vanille »), un Centre de Ressources des Auteurs de Violences sexuelles (CRAVS), la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), l'Unité de Psycho-trauma et deux établissements médico-sociaux (1 SAMSAH, 1 EHPAD).

L'établissement a une **capacité de 447 lits et places de psychiatrie générale et infanto-juvénile, 28 places d'hébergements en EHPAD et 23 places de SAMSAH.**

▪ Missions

D'après les dispositions du Code de la Santé Publique relatives aux missions des établissements de santé (articles L.6111-1 et suivants), et au service public hospitalier (articles L.6112-1 et suivants), l'EPSM de la Réunion a notamment pour missions :

- D'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades souffrant de troubles de santé mentale et mener des actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- De dispenser des soins aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, et aux personnes détenues en milieu pénitentiaire ;
- De délivrer les soins, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ;
- De participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en secteur libéral et les établissements et services médico-sociaux ;
- De participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- De mener une réflexion sur l'éthique,
- D'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à ses activités.

Dans ce cadre, il est de sa responsabilité d'organiser la lutte contre les événements indésirables, les infections liées aux soins et la iatrogénie, de définir une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

L'EPSM de la Réunion se doit également de :

- développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, et de toute action concernant la prise en charge du patient pour en garantir l'efficacité et l'efficience,
- procéder à une analyse de son activité.

I. L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

Titre 1 : Instances décisionnelles

Section 1 : Directeur

Texte de référence

Code de la Santé Publique, notamment les articles L.1432-2, L.6143-7, L.6143-7-2 à L6143-7-5 et L.6146-1.

Article 1 : Nomination

- Nomination et retrait d'emploi : Cf. Article L.6143-7-2 du CSP
- Intérim du directeur : Cf. article L.1432-2 du CSP

Article 2 : Compétences

- **Le directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement**

À ce titre, le directeur règle les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent des compétences du conseil de surveillance et autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire, à savoir :

- ✓ il assure la conduite de la politique générale de l'établissement ;
- ✓ il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile ;
- ✓ il agit en justice au nom de l'établissement ;
- ✓ il 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 ;
- ✓ il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement ;
- ✓ il peut déléguer sa signature, dans les conditions déterminées par décret ;
- ✓ il possède le pouvoir de transiger ;
- ✓ il participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

- **Le directeur dispose de compétences de gestion après concertation du directoire**

Après concertation avec le directoire, le directeur, président du directoire, décide dans le domaine de :

- ✓ la stratégie d'établissement :
 - il conclut le CPOM avec le directeur général de l'ARS ;
 - il arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après l'avis du président de la CME ;
 - il signe les contrats de pôle d'activité avec le chef de pôle après l'avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet ;
 - il propose au directeur général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé la constitution et la participation à une action de coopération ;
 - il soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
 - il arrête le règlement intérieur.
- ✓ la qualité : il décide, conjointement avec le président de la CME, 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

- ✓ des finances :
 - il détermine le programme d'investissement après l'avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux ;
 - il fixe l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médicosociales ;
 - il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance;
 - il présente à l'ARS le plan de redressement.
- ✓ de la gestion du patrimoine :
 - il conclut les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans ;
 - il conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location et les délégations de service public.
- ✓ de la politique sociale :
 - il arrête le bilan social ;
 - il définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
 - il décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord avec les organisations syndicales ;
- **Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat des professionnels libéraux**
 - ✓ Il dispose d'un pouvoir de nomination en ce qui concerne :
 - les membres nommés du directoire ;
 - les chefs de pôle et leurs collaborateurs ;
 - les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles.
 - ✓ Il dispose d'un pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation :
 - Le directeur propose au directeur général du CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur proposition du chef de pôle, ou à défaut du responsable de la structure interne et après avis du président de la CME ;
 - Il propose également au directeur général du CNG la nomination ou la mise en recherche d'affectation des directeurs adjoints et des directeurs des soins.
 - ✓ Le directeur peut admettre par contrat des professionnels libéraux :
 - Le directeur peut, sur proposition du chef de pôle, 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 ;
 - 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.

Le directeur est assisté d'une équipe de direction.

L'organisation de la direction de l'EPSM-R est présentée dans un organigramme régulièrement tenu à jour, disponible sur le site internet de l'établissement.

Section 2 : Conseil de surveillance

Textes de référence

Code de la Santé Publique, notamment les articles L.6143-1 à L.6143-6, R.6143-1 à R.6143-16 et L.6132-2

Instruction n° DGOS/PF1/2010/112 du 7 avril 2010 relative à la mise en place des conseils de surveillance des établissements publics de santé

Instruction n° DGOS/PF1/2010/155 du 7 mai 2010 relative à la représentation du personnel au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce un contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Article 3 : Composition

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges dont le nombre de membres doit être identique. Chaque collège comprend au plus cinq personnes :

- **Le collège des « élus »** comprend les membres désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant, et le président du Conseil Départemental ou son représentant.
- **Le collège des « représentants des personnels médicaux et non médicaux »** comprend un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT). Les autres membres sont désignés à parité par la CME et les organisations syndicales les plus représentatives.
- **Le collège des « personnalités qualifiées »** comprend au plus cinq personnalités qualifiées parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'ARS et trois par le préfet de département, dont deux représentants des usagers.

Seule la désignation des membres du collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux incombe à l'établissement soit :

- Deux représentants élus parmi les membres de la CME au scrutin uninominal secret, à la majorité absolue au premier tour, puis à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité, le doyen d'âge est désigné.
- Un représentant de la CSIRMT, élu par celle-ci au scrutin uninominal secret, à la majorité absolue au premier tour, puis à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité, le doyen d'âge est désigné.
- Deux représentants du personnel non médical ; le premier siège 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.

La désignation des représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements revient aux collectivités territoriales concernées, hormis les membres de droit pour lesquels aucune désignation formelle n'est requise.

La composition nominative du conseil de surveillance est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé de l'Océan Indien, après vérification qu'il n'existe aucune incompatibilité.

Incompatibilités : nul ne peut être membre du conseil de surveillance

- à plus d'un titre
- s'il encourt une des incapacités prévues par les articles L.5 et L.6 du code électoral
- s'il est membre du directoire

- s'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses descendants ou ascendants 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, sauf exceptions prévues par le CSP
- s'il est agent salarié de l'établissement, sauf pour 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'ARS

Le mandat de membres est de 5 ans.

Membres avec voix consultatives :

- le vice-président du directoire
- le directeur de l'agence régionale de santé ou son représentant
- le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie
- le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique

Le président du directoire participe sans être membre aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations. La présence de membres de l'équipe de direction est possible, dans la mesure où le directeur peut se faire assister des personnes de son choix.

Le Président :

Le président du conseil de surveillance est élu pour cinq ans parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées.

Son mandat prend fin avant ce terme en cas de cessation de ses fonctions de membre du Conseil de Surveillance ou des fonctions au titre desquelles il aura été désigné.

Le président désigne, au sein des premiers et troisièmes collèges, un vice-président qui préside en son absence.

Article 4 : Compétences

- **La compétence d'attribution : se prononcer sur la stratégie et exercer le contrôle permanent de la gestion**

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

Dans le cadre du contrôle de la gestion, le conseil de surveillance communique au directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

À tout moment, il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

- **La compétence décisionnelle : à titre essentiel, délibérer sur le projet d'établissement ainsi que sur le compte financier et l'affectation des résultats**

- **La compétence consultative : à titre essentiel, la politique qualité de l'établissement**

Le conseil de surveillance émet un 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 ;
- ✓ le règlement intérieur de l'établissement ;

- **L'information du conseil de surveillance, principalement sur l'EPRD et le programme d'investissement**

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'EPRD ainsi que sur le programme d'investissements.

Il est également informé avant la nomination et la révocation des membres du directoire par le président du directoire.

- **Le rôle de nomination du commissaire aux comptes**

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16 du Code de la Santé Publique, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Article 5 : Fonctionnement

- Réunion : Cf. articles R.6143-8 et R.6143-11 du CSP
- Suspension et renvoi des séances : Cf. article R.6143-9 du CSP
- Quorum : Cf. article R.6143-10 du CSP
- Votes : Cf. article R.6143-10 du CSP
- Officialisation des débats :
 - ✓ Registre des délibérations : article R.6143-14 du CSP
 - ✓ Transmission au DG ARS : art R.6143-14 du CSP
 - ✓ Comptes rendus : article R.6143-15 du CSP
 - ✓ Moyens de fonctionnement : article R.6143-16 du CSP
 - ✓ Publicité des actes : article R.6143-38 du CSP

Section 3 : Directoire

Textes de référence

Code de la santé publique, notamment les articles L.6143-7, L. 6143-7-4 et L.6143-7-5, D. 6143-35-1 à D. 6143-35-5 et L.6146-1

Instruction n° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé

Article 6 : Composition

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement.

Il comporte sept membres :

- Membres de droits :
 - o Le directeur qui préside le directoire
 - o Le président de la commission médicale d'établissement qui est vice-président du directoire
 - o le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT),
- Membres nommés :

Quatre membres sont nommés par le directeur après information du conseil de surveillance.

Les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales sont nommés sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le directeur sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le directeur peut

demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

La durée du mandat des membres du directoire nommés par le président du directoire de l'établissement est de quatre ans.

Fin de fonction des membres du directoire :

Le mandat des membres prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas de départ de l'établissement ou cessation des fonctions au titre desquelles ils étaient membres du directoire.

Le directeur peut également mettre fin aux fonctions des membres nommés, après information du conseil de surveillance.

Article 7 : Compétences

- **Le directoire conseille le directeur :**

Le directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

- **Le directoire est obligatoirement concerté :**

Une concertation du directoire est organisée sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement. Cette concertation permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés.

- **Le directoire prépare le projet d'établissement**

- **Le directoire approuve le projet médical :**

Le projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM. Le président de CME, vice-président du directoire, élabore le projet médical avec le directeur et en conformité avec le CPOM. Puis, le directoire approuve le projet médical.

Article 8 : Fonctionnement

Le directeur organise les travaux du directoire. Le directoire se réunit au minimum huit fois par an sur un ordre du jour déterminé.

La concertation se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par le président du directoire.

La mise aux voix n'est pas prévue par les textes, car contraire à l'esprit du directoire fondé sur le dialogue et la recherche de consensus.

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

Les membres du directoire sont tenus à l'obligation d'impartialité. De même, ils sont tenus à l'obligation de confidentialité concernant la teneur des débats et informations échangés à l'occasion de l'examen des dossiers exposés en séance.

Titre 2 : Instances consultatives

Section 1 : Commission médicale d'établissement (CME)

Texte de référence

Code de la Santé, notamment les articles L.6144-5, R. 6144-3 à R. 6144-6 et R. 6144-1 à R. 6144-2-2

Article 9 : Composition

La composition de la CME de l'EPSM-R est fixée comme suit :

Membres avec voix délibérative

- 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement ;
- 2° Douze représentants élus des chefs de service, responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 3° Quatre représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- 4° Trois représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement ;
- 5° Deux représentants des internes dont un de médecine générale et un de spécialité désignés par et parmi l'ensemble des internes lors de leur prise de fonction.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le président du directoire ou son représentant,
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- Le praticien responsable de l'information médicale (au cas où il ne siégerait pas au titre de l'un ou l'autre collègue avec voix délibérative) ;
- Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (au cas où il ne siégerait pas au titre de l'un ou l'autre collègue avec voix délibérative) ;
- le pharmacien hospitalier (au cas où il ne siégerait pas au titre de l'un ou l'autre collègue avec voix délibérative).

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

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

Article 10 : Désignation des membres de la CME

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, sans qu'il y ait de candidatures distinctes. 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.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés

par le président du directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

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, dans les conditions prévues au premier paragraphe de cet article.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

Article 11 : Compétences

Les compétences de la CME sont détaillées dans son règlement intérieur annexé au présent document (**Cf. annexe 1**).

Article 12 : Sous-commission de CME

Des sous commissions spécialisées de la CME peuvent être créés, en vue de participer par leurs avis, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Leur présidence est assurée par un membre du corps médical désigné par le président de la CME, après avis de cette dernière.

Le RI de la CME fixe la liste et la composition de ces sous-commissions de la CME.

Article 13 : Fonctionnement

Pour l'accomplissement de ses missions, la CME établit son règlement intérieur (**Cf. annexe 1**) dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne.

Section 2 : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT)

Texte de référence

Code de la santé publique, notamment les articles L.6144-1 à L.6144-7 et R. 6146-10 à R. 6146-16 du CSP

Article 14 : Composition

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

Ils sont élus au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Les représentants élus constituent trois collèges (Cf. article R.6146-1 du CSP) :

- Collège des cadres de santé ;
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- Collège des aides-soignants ;

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 :

- Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- Un représentant de la commission médicale d'établissement ;

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

Le nombre de siège suppléant est égal, par collège, à celui des membres titulaires.

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui rend compte, chaque année de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au directoire.

Article 15 : compétences

- La CSIRMT : une instance consultative qui est à la fois consultée et informée

✓ La CSIRMT est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- la politique de développement professionnel continu.

✓ La CSIRMT est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (recrutement par contrat de médecins exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux).

Article 16 : fonctionnement

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle est convoquée par son président.

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

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

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.

Elle se dote d'un règlement intérieur (**Cf. annexe 2**).

Section 3 : Comité technique d'établissement (CTE)

Texte de référence

Code de la Santé Publique, notamment les articles L. 6143-1 et R. 6144-40

Article 17 : Composition

Le Comité Technique d'Etablissement est composé de membres élus, représentant le personnel non médical.

Il comprend 10 membres titulaires et 10 membres suppléants (la composition varie selon le nombre d'agents de l'établissement).

Le mandat des membres est de 4 ans.

Article 18 : Compétences

- Le CTE est une instance consultative qui est à la fois consultée et informée.

- ✓ Le CTE est consulté sur :
 - Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
 - Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
 - Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
 - L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
 - Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
 - La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
 - Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
 - La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
 - Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
 - La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
 - La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
 - Le règlement intérieur de l'établissement.
- ✓ Le CTE est informé sur :
 - la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement ;
 - le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
 - le budget prévu au L.6145.1 du CSP ;
 - les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

Article 19 : Fonctionnement

Le comité établit son règlement intérieur (**Cf. annexe 3**).

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre. Les réunions ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou à la demande écrite de la moitié au moins des représentants du personnel.

Le comité technique d'établissement est présidé par le directeur ou son représentant. Il ne peut se réunir valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Dans le cas contraire, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours.

L'ordre du jour est fixé par le président. Sont en outre inscrites à l'ordre du jour les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires.

Le secrétaire est élu parmi les représentants du personnel.

Titre 3 : Instances spécialisées

Section 1 : Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Textes de référence

Code du travail : Articles L.4612-1, L.4614-1 à L.4614-16 et R 4615-1 et suivants

Circulaire DH/SD n°311 du 8 décembre 1989 relative aux CHSCT des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Article 20 : Composition

Le CHSCT est présidé par le directeur ou son représentant et est composé de :

- représentants des personnels non-médicaux, désignés par les organisations syndicales, en fonction des résultats obtenus aux dernières élections aux Commissions Administratives Paritaires Départementales ;
- un représentant des personnels médicaux désigné par la Commission Médicale d'Etablissement.

Participent avec voix consultatives :

- le Médecin du travail ;
- les Directeurs Adjointes ;
- l'ingénieur chargé des services techniques ;
- le Directeur des soins infirmiers, de rééducation et médicotchnique;
- le psychologue du travail;
- l'inspecteur du travail et les agents du service de prévention de la CRAM doivent être informés des réunions et peuvent y assister.

Article 21 : Compétences

Le CHSCT est chargé d'étudier et de donner des avis sur des problèmes relatifs à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail des personnels. Il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des agents

Les compétences du comité sont fixées par le Code du travail.

Le CHSCT:

- Analyse les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents de l'établissement et propose des initiatives et des actions pour les prévenir ;
- S'assure du respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des consignes de sécurité et d'hygiène. Il est informé de toutes les actions ayant trait à la sécurité de l'établissement;
- Formule des propositions et des conseils auprès de la Direction de l'EPSM-R;
- Procède aux inspections et enquêtes nécessaires à l'exercice de ses missions et effectue des enquêtes en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- Peut exercer le droit d'alerte en cas de danger grave et imminent.

Article 22 : Fonctionnement

Les réunions du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ont lieu au moins quatre fois par an, sur convocation du Président.

Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident ou à la demande d'au moins deux membres représentants du personnel.

Le secrétaire est élu parmi les représentants du personnel. Il établit, conjointement avec le Président, l'ordre du jour de chaque réunion et rédige les procès-verbaux.

Il se dote d'un règlement intérieur (**Cf. annexe 4**)

Section 2 : Commissions administratives paritaires locales (CAPL)

Textes de référence

Loi-83-634 du 13 juillet 1983 – articles 9 et 9-bis – portant droits et obligations des fonctionnaires

Loi 86-33 du 9 janvier 1986 – articles 17 à 22 – portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2011-582 du 26 mai 2011 modifiant le décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 modifié relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière

Article 23 : Composition

Les commissions administratives paritaires locales sont instituées par l'assemblée délibérante de l'établissement.

Les commissions comprennent en nombre égal de représentants :

- de l'administration désignés par le conseil de surveillance
- élus par le personnel.

Chaque commission est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même constitué de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents.

Article 24 : Compétences

Les commissions sont compétentes sur toutes les questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation des fonctionnaires.

Les commissions peuvent également être appelées à siéger en formation disciplinaire.

Article 25 : Fonctionnement

Les commissions se réunissent au moins deux fois par an, sur convocation de leur Président (le président du conseil de surveillance ou son représentant).

Un membre de la commission ne peut se prononcer sur le cas d'un agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas. Les séances ne sont pas publiques.

Le fonctionnement de cette commission fait l'objet d'un règlement intérieur.

Le règlement intérieur de cette commission est en cours d'élaboration, il sera annexé au présent document dès finalisation (**Cf. annexe 5**).

Section 3 : La Commission des Usagers (CDU)

Textes de référence

Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge.

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Code de la Santé Publique, notamment les articles L.1112-3, L1413-14 et R.1112-79 à R.1112-94 du CSP

Article 26 : Composition

Elle est composée :

- Du directeur de l'établissement ou son représentant ;
- De deux médiateurs (un médiateur médical et un non-médical) et leurs suppléants, tous désignés par le directeur de l'établissement, après avis de la CME pour ce qui est du médiateur médical et de son suppléant ;
- De deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur de l'agence régionale de l'agence de santé de l'Océan Indien ;
- Du Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- D'un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques et son suppléant désignés par le directeur du service de soins infirmiers ;
- D'un représentant du personnel et son suppléant choisis par et parmi les membres du CTE ;
- D'un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

La commission des usagers élit son président et son vice-président, pour une durée de 3 ans parmi les membres suivants :

- le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- le médiateur médical ou non médical ;
- un des représentant des usagers.

Article 27 : Compétences

La CDU veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

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, selon des modalités définies par l'établissement. La commission examine celles qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La commission 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, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la CME, ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

- Une présentation, effectuée au moins une fois par an en garantissant l'anonymat des patients et des professionnels concernés, des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier ;

A partir notamment de ces informations, la commission :

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

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport. 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. Il est également transmis, avec les éléments d'information requis à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

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

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

Article 28 : Fonctionnement

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelables.

Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions aux titres desquels les intéressés ont été désignés.

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.

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.

Titre 4 : Organisation et attribution des pôles d'activité

Textes de référence

Code de la Santé Publique, notamment les articles L.6146-1 à 7, R.6146-4 à R.6146-9 et D.6146-1, D.6146-2, D.6146-4, D.6146-8 et 9.

Section 1 : L'organisation polaire

Article 29 : Dispositions générales

Les pôles d'activité cliniques et médicotechniques sont définis, par le directeur, après concertation avec le directoire et avis du président de la CME. Cette organisation doit être conforme au projet médical d'établissement.

Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille et de la composition des pôles appartient à l'établissement conformément au principe de la liberté d'organisation.

Article 30 : Organisation des pôles d'activité

L'EPSM-R s'organise comme suit :

4 pôles d'activités cliniques

- Pôle Est de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie
- Pôle Nord de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie
- Pôle Ouest de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie
- Pôle intersectoriel de psychiatrie adulte

1 pôle ressource (administratif, logistique et médicotechnique) :

- Pôle SAPAS (Stratégie et Appui aux Pôles d'Activités de Soins)

Article 31 : Les chefs de pôles

- Nomination :

Les chefs de pôle d'activités cliniques ou médicotechniques sont nommés par le directeur, sur proposition du président de la CME.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 6152-1.

Le directeur nomme les autres chefs de pôles d'activité, sans que cette nomination ne requière d'avis.

Les chefs de pôles sont nommés pour une durée de 4 ans, renouvelable par la même procédure.

A tout moment, il peut être mis fin à la fonction de chef de pôle, dans l'intérêt du service, par décision du directeur et après avis du président de la CME pour les chefs de pôles d'activités cliniques ou médicotechniques.

- Missions et fonctions :

Le praticien chef d'un pôle d'activités cliniques ou médicotechniques met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs assignés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction de l'activité. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle.

Au sein de son pôle, le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec toutes les catégories de personnel.

Le chef de pôle exerce un rôle, dont les modalités précises sont indiquées dans 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 et pharmaceutiques.

Le chef de pôle intervient également dans la nomination des personnels médicaux en proposant au directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, proposition qui donne lieu à un avis du président de la CME.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle d'activité clinique ou médicotechniques peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

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

Le chef de pôle n'est pas obligatoirement membre du directoire.

Article 32 : Le cadre paramédical de pôle

Le praticien responsable de pôle est assisté par un cadre de santé.

Le cadre paramédical de pôle est nommé par le directeur de l'hôpital sur avis du coordonnateur général des soins et du praticien responsable de pôle.

Le cadre paramédical de pôle participe à l'élaboration du projet de soins de l'hôpital coordonnée par la direction des soins. Il le décline et le met en œuvre au sein du pôle.

Il est garant de l'organisation de la continuité et de la sécurité des soins au sein du pôle.

Il assure le management de l'encadrement paramédical du pôle et est garant de la mise en œuvre de la politique des ressources humaines.

Article 33 : L'assistant de gestion de pôle

L'assistant de gestion de pôle, est nommé par le directeur de l'hôpital après avis du praticien responsable de pôle.

L'assistant de gestion de pôle assure la fonction de pilotage médico-économique et de suivi.

Il participe avec les directions fonctionnelles concernées à l'élaboration du projet d'EPRD de l'hôpital.

Il prépare avec le cadre paramédical de pôle et le praticien responsable de pôle le budget du pôle et est garant de sa bonne exécution.

Il analyse et traite les données médico-économiques issues du système d'information.

Il assure pour son suivi l'interface avec les directions fonctionnelles concernées.

Article 34 : Structure interne des pôles

Les pôles d'activité, à l'exception du pôle SAPAS, sont composés de structures internes - dénommées services ou unités fonctionnelles - de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médicotechniques.

Elles sont créées sur décision du Directeur après consultation du Directoire.

Les services sont placés sous la responsabilité d'un **chef de service** nommé, pour une période de quatre ans renouvelable, par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Article 35 : le contrat de pôle

Le directeur signe le contrat de pôle avec le chef de pôle après concertation avec le directoire. 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.

Le contrat de pôle est signé pour une période de quatre ans. Il peut faire l'objet d'avenants. Il peut également donner lieu à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion entre la direction et le pôle durant sa période d'exécution.

Conclu avec chaque pôle, le contrat en précise les objectifs et les moyens. Les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins sont obligatoirement définis. Le contrat fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Article 36 : le projet de pôle

Il revient au chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique d'élaborer un projet de pôle.

Ce projet définit :

- Les missions et responsabilités confiées aux structures internes
- L'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle

Le projet de pôle prévoit les évolutions du champ d'activité de ces structures ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le projet de pôle clinique ou médicotechnique détermine donc l'activité médicale ou médicotechnique du pôle, les objectifs de niveau d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires à venir, les évolutions souhaitables.

Lorsqu'il est nommé, le chef de pôle dispose d'un délai de trois mois pour élaborer le projet du pôle dont il a la responsabilité. Le projet de pôle doit être élaboré de manière participative avec les responsables des structures internes et les cadres du pôle.

Article 37 : Délégation de gestion et intéressement

Le directeur peut mettre en place une délégation de signature ou de gestion afin d'engager des dépenses dans des domaines expressément listés par les textes, soit :

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

De la même manière, une politique d'intéressement des pôles peut également être mise en place.

Les principes et modalités de mise en œuvre de ces dispositifs sont précisés dans les contrats de pôle.

Article 38 : Principes du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles et les chefs de service

La répartition des rôles, missions et les articulations entre le président de la CME, les chefs de pôle et les chefs de service, sont précisées dans le projet management disponible sous l'outil institutionnel de gestion documentaire.

II. L'ORGANISATION DES SOINS

Section 1 : L'organisation médicale

Article 39 : Le respect du code de déontologie

Les personnels médicaux sont assujettis à leur Code de déontologie qui leur garantit l'indépendance professionnelle, dans le respect des règles propres à chaque profession.

Article 40 : Statuts

Les praticiens hospitaliers à plein temps ou temps partiel sont des agents publics et disposent de règles professionnelles en matière de recrutement, avancement et gestion de corps fixées par les articles R. 6152-1 à R. 6152-327 du code de la santé publique (CSP).

Les autres statuts de médecins et de pharmaciens (contractuels, assistants et praticiens attachés) sont régis par les dispositions des articles R. 6152-401 à R. 6152-711 du même code.

Les internes et étudiants en médecine et pharmacie sont régis par les dispositions des articles R. 6153-1 à R. 6153-92 du même code.

Article 41 : Fonction des médecins/praticiens hospitaliers

Les médecins/praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par l'EPSM-R et participent aux missions définies aux articles L. 6112-1 et L. 6112-2 dans les conditions fixées à l'article L. 6112-3 du CSP.

Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les pharmaciens régis par le présent statut exercent soit les fonctions définies par l'article L. 5126-5, soit des fonctions liées à la spécialité dans laquelle ils ont été inscrits sur la liste d'aptitude nationale mentionnée à l'article R. 6152-301.

Article 42 : Fonction des internes

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation.

Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service.

Les internes participent à la permanence des soins.

Article 43 : Fonction des étudiants hospitaliers

Les étudiants en médecine et en pharmacie participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des praticiens et sous la surveillance des internes.

Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent dans le cadre de leur formation.

Article 44 : Continuité des soins, permanence des soins et permanence pharmaceutique

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence.

La permanence des soins en établissement de santé **se définit comme l'accueil et la prise en charge de patients nécessitant des soins non programmés** la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et jours fériés.

La permanence des soins, qui concerne "les nouveaux patients", est à distinguer de la continuité des soins pour les patients déjà hospitalisés.

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical :

- assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus : visite médicale quotidienne, examens et soins des malades hospitalisés, soins et consultations des malades externes, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens, etc.
- participent au service des samedis après-midi, dimanches et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service.

L'organisation générale de la permanence des soins et de la permanence pharmaceutique est arrêtée par le directeur après avis de la CME sur proposition de la Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins.

Elle précise notamment :

- La durée respective sur 24 heures des périodes de « jour » et de permanence des soins
- La liste des permanences sur place et des astreintes à domicile mise en place dans l'établissement durant les périodes de permanence des soins
- Les modalités de diffusion des tableaux mensuels nominatifs et d'appels des praticiens et internes assurant ces permanences

Article 45 : Le tableau de service

Dans chaque service de soins, un tableau de service qui décompte le temps de travail en demi-journées ou par dérogation en heures dans les structures à temps médical continu définit nominativement :

- les présences des praticiens dans le service du lundi au samedi matin
- Les astreintes et les gardes de nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés
- les activités hors clinique (congrès, colloques, formation, expertise etc.)
- les congés et absences de toute nature

Les modalités d'élaboration, de validation et de diffusion du tableau de service sont les suivantes :

- Le tableau de service prévisionnel permettant d'assurer le bon fonctionnement du service et continuité des soins est arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le Directeur, sur proposition du responsable de service ;
- Il est affiché dans les services ou les structures concernés ;

- Le tableau de service effectif, retraçant les temps de présence effectivement réalisés par les praticiens sur la période considérée, doit être transmis signé par le responsable de service au plus tard le 5 de chaque mois pour le mois écoulé à la direction en charge des affaires médicales.

Ces différentes modalités s'appliquent également aux internes

Article 46 : Activité libérale

L'activité libérale des praticiens hospitaliers est régie par les dispositions des articles L.6154-1 à L.6154-7 du CSP.

Section 2 : L'organisation paramédicale

Les valeurs qui sous-tendent le projet de soins ont été élaborées avec les acteurs de soins, conformément à la charte du patient et dans le respect des droits et de la dignité des personnes accueillies au sein de l'établissement

Article 47 : La coordination des soins dispensés aux malades

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients.

Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés le cas échéant à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

La coordination des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins est assurée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Article 48 : Organisation interne des services de soins

Le service de soins accueille les personnes soignées en hospitalisation ou en consultation.

Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins.

Les personnels soignants (infirmiers, puériculteurs, etc.) accomplissent les soins relationnels, techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins nécessaires à la prise en charge et au confort du malade.

Ils sont assistés, dans cette tâche, par des personnels auxiliaires qualifiés (aide-soignant, aide médico-psychologique, etc.) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée.

Les Agents des Services Hospitaliers (A.S.H.) accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux.

Section 3 : Qualité et sécurité des soins

Article 49 : Dispositifs vigilance

Le directeur nomme dans l'établissement des correspondants pour la gestion des vigilances sanitaires réglementaires :

- la pharmaco vigilance ;
- la pharmacodépendance ;
- la matériovigilance ;
- la réactovigilance ;
- la toxicovigilance ;
- l'identitovigilance.

Ils s'assurent du traitement 24h /24 des messages rapides d'alertes sanitaires (MARS)

Article 50 : La prise en charge médicamenteuse des patients

La dispensation des traitements des patients hospitalisés est assurée par la pharmacie à usage intérieur et ce pour les 4 sites d'hospitalisation (Bras Fusil, Cambaie, Cap Ouest et Cap Nord).

Afin de favoriser la continuité thérapeutique, il est recommandé aux patients d'apporter leur(s) traitement(s) habituel(s). Ces traitements sont remis à l'infirmier, tracés dans l'inventaire d'entrée et utilisés, le cas échéant, temporairement le temps que le service soit approvisionné par la pharmacie de l'établissement. L'utilisation des traitements personnels est possible s'ils figurent sur la prescription informatisée saisie par le médecin à l'entrée du patient.

Les traitements sont restitués lors de l'inventaire de sortie sauf mention contraire du prescripteur (en cas de changement de traitement par exemple).

La prescription est informatisée et chaque prescription est validée par un pharmacien.

La dispensation des médicaments inscrits sur la liste I, II ou sur la liste des stupéfiants à un patient anonyme n'est pas prévue par la loi.

Les structures extérieures disposent d'une dotation pour répondre aux besoins urgents (y compris les urgences vitales). Les patients pris en charge en hôpital de jour apportent leur traitement personnel pour les éventuelles prises médicamenteuses prévues à midi.

Article 51 : La prévention du risque infectieux

Une équipe opérationnelle en hygiène, constituée d'un praticien en hygiène et d'un infirmier hygiéniste, est en place afin de réduire les risques d'infections nosocomiales.

Elle valide annuellement avec la CSIRMT, la CME, le CHSCT et la CDU le bilan d'activité de l'année n-1 et le programme d'action de l'année n.

Elle met en place des actions de prévention, de formation et de surveillance.

Section 4 : Garde de direction

Le principe de continuité imposé aux établissements publics sanitaires ne se limite pas à la permanence des soins. En effet, la complexité et l'activité constante d'un hôpital nécessitent la présence continue de la direction. C'est pourquoi chaque établissement public sanitaire est tenu d'organiser une garde de direction.

Article 52 : Organisation de la garde de direction

Une garde administrative est organisée pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout événement qui pourrait entraver le fonctionnement normal de l'établissement, selon un calendrier établi par le directeur.

Le directeur de garde, représentant légal du directeur général, joignable téléphoniquement 24h sur 24 assure la continuité de la fonction de direction.

Il lui appartient d'avertir le directeur des événements qui en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité ou de dégrader l'image de l'établissement.

III. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Titre 1 : L'ADMISSION

Section 1 : Disposition générale

Article 53 : Décision d'admission

L'admission au sein de l'EPSM-R est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin de l'Etablissement.

Article 54 : Admission en urgence

Le Directeur prend les mesures nécessaires pour que les soins urgents soient assurés, même en l'absence de pièces d'identité et de renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront réglés à l'Etablissement.

Article 55 : Discrétion demandée par le patient (confidentialité du séjour, séjour sous secret)

Les patients peuvent demander à ce qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'Etablissement ou sur leur état de santé. Cette demande doit être formalisée.

Pour ces patients, un dossier d'admission est normalement constitué, toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés en sont avisés. Cette mesure n'est pas à confondre avec l'anonymat, qui ne peut avoir cours à l'EPSM-R.

Même si toutes mesures utiles sont prises pour que la famille ou les proches du patient reçoivent les informations nécessaires au bon déroulement de la prise en charge et du séjour hospitalier, le patient, peut demander le bénéfice de l'opposition du secret médical à ces personnes. Ceci vaut également pour un mineur se déclarant opposé à la communication d'informations relevant de sa prise en charge aux personnes ayant l'autorité parentale sur lui ou à son représentant légal.

Article 56 : Anonymat

Les demandes d'anonymat sont expressément prévus par le Code de la Santé Publique (accouchement sous X, don d'organe, cure volontaire de désintoxication) et ne concernent pas les patients de l'EPSM-R.

Il est en revanche possible de demander à ce que leur séjour relève de la plus stricte confidentialité (cf. Article 55).

Section 2 : L'Admission en soins psychiatriques libres

Article 57 : soins psychiatriques libres

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement est en soins libres.

Section 3 : L'Admission en soins psychiatriques sans consentement

Article 58 : les soins sans consentement

Les « soins sans consentement » concernent la personne souffrant de troubles psychiatriques qui ne lui permettent pas de prendre conscience de la nécessité des soins et de donner son consentement.

Les soins psychiatriques sans consentement restent un recours ultime. A ce titre, ils sont encadrés par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, modifiée par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013.

Sous-section 1 : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Article 59 : Conditions d'admission pour des soins à la demande d'un tiers

Une personne atteinte de troubles mentaux peut faire l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers lorsque :

- ses troubles rendent impossibles son consentement aux soins,
- son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme de soins ambulatoires.

Article 60 : Admission pour des soins à la demande d'un tiers

L'admission est prononcée par le Directeur après vérification de l'identité du patient, vérification de la conformité de la demande aux dispositions du CSP, et vérification de l'identité de la personne formulant la demande de soins.

La demande émane d'un membre de la famille du patient, de son entourage ou, d'une personne justifiant de l'existence de relations avec lui, antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant à l'EPSM-R.

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours, attestant que les conditions de soins psychiatriques sont réunies.

Toutefois en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, le directeur peut à titre exceptionnel prononcer l'admission en soins psychiatriques, **à la demande d'un tiers en urgence**, au vu d'un seul certificat médical.

Article 61 : Cas de Soins pour péril imminent

Lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers et qu'un péril imminent pour la santé du patient existe la date de l'admission, dûment constaté par un certificat médical d'un médecin n'exerçant pas au sein de l'EPSM-R, le directeur peut prononcer l'admission.

Le directeur de l'Etablissement, ou son représentant, informe alors dans un délai de 24 heures, sauf difficultés particulières, la famille du patient, et la personne chargée de sa protection juridique le cas échéant, ou à défaut toute personne justifiant de l'existence de relations avec le patient antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans son intérêt.

Article 62 : Information de la personne ayant demandé les soins (le tiers)

Lorsque la personne admise en soins psychiatriques à la demande d'un tiers fait l'objet d'une hospitalisation complète, le directeur informe la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge du patient.

Article 63 : Information de la personne faisant l'objet des soins sans consentement

La personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement doit être informée :

- Avant toute décision de maintien des soins ou de modification de la forme de la prise en charge, ainsi que des raisons qui motivent ce projet de décision, par tout moyen et de manière appropriée à son état, et être mise à même de faire valoir ses observations,.
- de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes, ce dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande, et après chaque décision de maintien ou de modification de la forme de la prise en charge, par le cadre de santé ou son représentant. La décision ainsi que les voies de recours sont obligatoirement notifiées au patient.

Sous-section 2 : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Article 64 : Conditions d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat est prononcée par arrêté du représentant de l'Etat dans le département pour les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Cet arrêté est pris au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre n'exerçant pas à l'EPSM-R .

Article 65 : Mode de prise en charge

Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet et un psychiatre établit un certificat médical constatant l'état mental du patient.

Dans un délai de 3 jours francs suivant la réception du certificat établi dans les 72 heures suivant l'admission, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge en tenant compte de la proposition établie par le psychiatre et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public.

Dans l'attente de cette décision, le patient est pris en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Article 66 : Mesure provisoire

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire ou son représentant arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 heures au représentant de l'Etat du département, qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Faute de décision au terme d'une durée de 48 heures, les mesures provisoires sont caduques.

Article 67 : Notification de l'arrêté

L'arrêté préfectoral ainsi que les voies de recours sont obligatoirement notifiés au patient.

Sous-section 3 : Les modalités de la prise en charge en soins sans consentement

Article 68 : Période initiale d'observation et de soins

Lors de l'admission pour des soins psychiatriques sans consentement, le patient fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète, d'une durée maximale de 72 heures.

Le fonctionnement et les documents à produire pendant cette période :

- dans les 24 heures suivant cette admission, un examen somatique complet est réalisé par un médecin, un certificat médical est établi par un psychiatre de l'EPSMR, constatant l'état mental du patient et confirmant ou non la nécessité du maintien de la mesure d'hospitalisation.
- Dans les 72 heures suivant cette admission, un nouveau certificat est établi, par un psychiatre de l'EPSM-R, dans les mêmes conditions.

Article 69 : Programme de soins

Le programme de soins est établi, lorsque le patient, tout en demeurant placé sous un régime de soins sans consentement, ne justifie pas d'une hospitalisation complète. Il est formalisé par écrit, après avis du patient, par un psychiatre qui participe à sa prise en charge. Il peut être modifié par un psychiatre qui répond au même critère.

Il indique les modalités de la prise en charge et les droits du patient : soins ambulatoires, soins à domicile, existence d'un traitement ambulatoire, assignation dans un lieu d'habitation protégée.

Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.

Dès lors qu'un patient bénéficie de sorties de longue durée de plus de 12 heures accompagnées, ou de sorties de moins de 48 heures non accompagnées, ces modalités s'inscrivent nécessairement dans le programme de soins.

En cas d'inobservance de ce programme de soins susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé, le psychiatre, qui participe à la prise en charge du patient, peut proposer une hospitalisation complète.

Article 70 : Hospitalisation complète

Les soins psychiatriques sans consentement peuvent prendre la forme d'une hospitalisation complète au sein d'un Etablissement Public en Santé Mentale autorisé en psychiatrie et chargé d'assurer la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

L'hospitalisation complète signifie que le patient est pris en charge à temps complet .

Néanmoins, il peut bénéficier de sorties accompagnées d'une durée de 12 heures, ou de sorties non accompagnées de 48 heures, après une évaluation médicale et selon les conditions fixées par la loi.

Section 4 : Contrôle systématique du juge des libertés et de la détention

Article 71 : Contrôle systématique du juge des libertés et de la détention

Toute mesure d'hospitalisation complète en ce qu'elle est privative de liberté doit faire l'objet d'un contrôle et d'une validation par le juge des libertés et de la détention, avant l'échéance des 12 jours à compter de son admission. Il en sera de même après réintégration en hospitalisation complète, en cas du retour prévu ou anticipé d'un programme de soins.

Si l'hospitalisation se prolonge de manière complète et continue, le juge des libertés et de la détention interviendra de la même manière tous les 6 mois.

Le juge est saisi par le Directeur ou son représentant pour les soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, et par le préfet ou son représentant pour les soins sur décision du représentant de l'état.

Cette requête est transmise, une fois enregistrée par le greffe du tribunal, au patient, à la personne ayant demandé l'hospitalisation, à son tuteur ou son curateur.

Le patient reçoit également un avis d'audience indiquant la date, le lieu et les modalités de tenue.

Le patient est assisté de son avocat ou d'un avocat commis d'office par le juge.

Article 72 : Audiences du juge des libertés et de la détention sur site

Les audiences ont lieu au sein de l'EPSM-R, sur le site de Bras Fusil à Saint Benoît et du Grand Pourpier à Saint Paul.

Ces audiences publiques ont lieu :

- Les lundis et jeudis à 14h00, sur le site de Grand Pourpier (Saint Paul)
- Les lundis et jeudis à 13h45, sur le site de Bras Fusil (Saint Benoît)

Les patients sont accompagnés par les personnels soignants.

Pour les audiences ayant lieu sur le site du Grand Pourpier, les patients devront se présenter à 13h30 à la salle d'audience pour leur entretien avec leur avocat.

Section 5 : Dispositions particulières relatives à certains patients

Sous-section 1 : Majeurs sous protection

Article 73 : Mise sous protection juridique

Sur décision de justice, toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts et obligations de la vie civile en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles peut bénéficier d'une mesure de protection juridique. Cette mesure peut être gérée par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Ce dernier peut être un agent titulaire de l'Établissement comme c'est le cas à l'EPSM-R.

Sous-section 2 : Militaires

Article 74 : Conditions d'admission

Les militaires de carrière ne peuvent pas en principe être hospitalisés au sein de l'hôpital, sauf en cas d'urgence et pour une durée limitée à 48 heures, ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

Les frais de séjour sont pris en charge par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale.

Sous-section 3 : Bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

Article 75 : Modalités d'admission

Les bénéficiaires de l'article L.115 précité sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition du bureau des admissions pendant la durée de leur hospitalisation.

Lorsque les soins sont en rapport avec le motif de la réforme, les frais de séjour sont pris en charge par le Ministère chargé des Anciens Combattants, dans le cas contraire, ils sont pris en charge par la sécurité sociale.

Sous-section 4 : Personnes détenues ou soumises à injonction thérapeutique par l'autorité judiciaire

Article 76 : Modalités d'admission des personnes détenues

L'hospitalisation d'un détenu est prononcée par le représentant de l'Etat dans le département en référence à l'article D. 398 du Code de Procédure Pénale (au vu d'un certificat médical circonstancié).

Article 77 : Modalités d'admission des personnes soumises à injonction thérapeutique

Les conditions de prise en charge des personnes soumises à injonction thérapeutique par l'autorité judiciaire sont définies par les articles L.3413-1 à L. 3413-3 du Code de la Santé Publique.

Section 6 : Formalités administratives d'admission

Article 78 : formalités d'admission

Les formalités administratives sont réalisées :

- Au sein des Centres d'Accueil Psychiatrique (24h /24) situés au CHU Félix Guyon de Saint-Denis et au Centre Hospitalier Gabriel Martin à Saint-Paul,
- Au bureau des admissions des sites d'hospitalisation de l'EPSM-R :
 - Site de Saint-Paul : du lundi au vendredi de 8h à 18h sans interruption/ le samedi de 8h à 12h
 - Site de Saint-Benoît : du lundi au vendredi de 8h à 16h sans interruption

Documents à fournir :

Pour accomplir les formalités d'admission, il convient d'être muni des documents suivants :

- . Carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité,
- . Justificatif de domicile (facture EDF...),
- . Carte Vitale ou attestation papier,
- . Carte de mutuelle,
- . Attestation CMUC,
- . Livret de famille,
- . Carte Européenne de santé.

Selon la situation du patient, il faut prévoir de joindre :

- . Le volet 2 de la déclaration d'accident du travail,
- . L'attestation de versement d'allocation spécifique (Allocation Adulte Handicapé),
- . L'attestation d'Aide Médicale d'Etat (AME)
- . Livret jaune pour les anciens combattants

Le Bureau des admissions a pour mission la gestion effective des dossiers de prise en charge aux fins de facturation, compte tenu des informations qui lui auront été communiquées.

En l'absence des documents qui constituent la preuve de l'ouverture des droits, l'EPSMR devra facturer la totalité ou une partie des frais de séjour.

Si le patient ne peut justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance-maladie dont il relève.

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur ou prise en charge particulière, le forfait journalier ainsi qu'éventuellement le ticket modérateur restent à la charge de l'hospitalisé.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire disposent du droit de la dispense d'avance des frais, si leur dossier est à jour auprès de leur organisme de sécurité sociale.

Le supplément pour régime particulier :

Afin d'améliorer le confort des personnes au cours de leur hospitalisation, l'établissement met à leur disposition des chambres individuelles/particulières, moyennant la facturation d'un supplément dont le tarif est affiché dans les services.

Ce régime particulier s'applique aux journées d'hospitalisation effectuées dans les chambres individuelles.

Si le patient est hospitalisé dans une chambre double, dans une chambre de soins intensifs ou dans une chambre ne répondant pas aux exigences du régime particulier d'hospitalisation, le supplément ne lui sera pas facturé.

Au cours de son séjour, le patient devra se rapprocher des personnels d'accueil du bureau des admissions, pour toutes informations sur la facturation de ce régime.

La mutuelle peut prendre en charge totalement, ou partiellement, le supplément pour chambre individuelle/particulière.

Section 7 : Effets personnels

Sous-section 1 : Biens et valeurs

Article 79 : Dépôts d'objets de valeur par le patient

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

A cette occasion, ou dès que possible, une information orale est donnée à la personne, ou à son représentant légal, concernant les règles relatives aux biens détenus par la personne dans l'établissement. Elle précise également la responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés (cf .article 80), ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés.

La personne, ou son représentant légal, certifie avoir reçu l'information. Mention de cette déclaration est conservée par l'établissement.

- Nature des objets admis en dépôt

Le dernier alinéa de l'article L.1113-1 du code de la santé précise que tout « 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 ».

Aussi, les dépôts de sommes d'argent, de titres et valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'autres objets de valeur, notamment les bijoux (bagues, colliers, boucles d'oreilles, etc.), des objets précieux de petites dimensions dont la nature justifie la détention par la personne (briquets de valeur, boutons de manchettes, etc.) et dont la conservation et la surveillance peuvent être assurées dans des conditions appropriées, s'effectuent auprès du Régisseur ou des mandataires sur les sites :

- De Saint-Paul, au bureau des Recettes du lundi au vendredi de 8h30 à 15h45
- De Saint-Benoît au bureau des admissions du lundi au vendredi de 9h30 à 12h00

En dehors des heures d'ouverture des bureaux, des coffres sont mis à la disposition du personnel aux fins d'assurer la mise en sécurité de tout objet de valeur, bijoux, sommes d'argent...

Les autres objets de taille réduite, et strictement nécessaires à l'hospitalisation du patient pourront à titre exceptionnel, être déposés dans les unités de soins et pour une durée au plus équivalente à la durée de séjour du patient si celui-ci est inférieur ou égal à 30 jours.

Le patient sera invité à se rapprocher de sa famille, du service des majeurs protégés et/ou du service social dès son admission, afin de trouver une solution alternative au dépôt de ses objets dont la nature ne justifie pas la détention durant son hospitalisation.

L'Etablissement 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, et à la charge de celle-ci, lorsqu'elle-même ne peut s'en charger personnellement ou par un tiers.

- Inventaire des objets déposés

Un inventaire contradictoire-de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé par les personnels soignants du service d'hospitalisation, éventuellement en présence de l'accompagnant.

Les objets et l'inventaire sont remis au dépositaire, qui procède à l'inscription du dépôt sur un registre spécial .

Le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés.

Le reçu ou un exemplaire du reçu est versé au dossier administratif de l'intéressé.

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

Lorsque le patient se trouve dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, qu'il soit hors d'état d'exprimer sa volonté ou qu'il doive recevoir des soins urgents, un inventaire contradictoire des objets qu'il détient est immédiatement dressé par les personnels soignants du service d'hospitalisation, éventuellement en présence de l'accompagnant.

Dès que son état le permet, la personne admise est tenue informée et reçoit le reçu établissant 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.

Article 80 : Responsabilité de l'EPSM-R à l'égard des objets des patients

L'EPSM-R est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets dès lors qu'ils ont été déposés par les patients ou leur représentant aux préposés commis à cet effet.

Lorsque le patient décide de conserver auprès de lui durant son séjour, un ou plusieurs objets susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'EPSM-R ne pourra être engagée en cas de perte, vol ou détérioration, que si :

- Il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur
- Les formalités de dépôts ont été accomplies
- Le Directeur de l'Etablissement ou une personne habilitée, suivant l'avis de l'équipe soignante, a donné son accord à la conservation du ou des objets par cette personne.

L'EPSMR ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la détérioration d'un bien résultant de la nature ou d'un vice de la chose déposée.

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.

Article 81 : Retrait des dépôts faits par les patients

Les patients ont la liberté de retirer comme ils l'entendent, tout ou partie des dépôts qu'ils ont faits auprès de la régie de recettes de l'EPSMR à leur entrée, aux horaires d'ouverture.

En cas de décès ou si le patient n'a pas récupéré ses valeurs à la fin du séjour, ces dépôts sont transmis au comptable de l'établissement.

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade par le régisseur de l'établissement ou par la trésorerie principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité ou par un mandataire muni du reçu ainsi que d'une procuration sous seing privé et d'une pièce d'identité.

En cas de décès, le dépôt ne peut être restitué que par l'agent comptable de l'établissement.

Sous-section 2 : Armes blanches, armes à feu, cannabis ou autres drogues

Article 82 : Dépôt d'objets dangereux

Les armes à feu font l'objet d'un dépôt auprès de l'administration qui les remet ensuite aux forces de l'ordre. Un procès-verbal est dressé à cet effet.

Les armes blanches font l'objet d'un dépôt auprès de l'administration, le patient pourra ensuite les récupérer lors de sa sortie, après accord de son médecin référent et s'il ne s'agit pas d'armes dont le port est réglementé.

Article 83 : Dépôt de cannabis ou autres drogues, substances inconnues et autres produits stupéfiants

Lors de la découverte ou de la remise volontaire de substances inconnues ou de produits stupéfiants, le patient est informé de l'interdiction formelle de la détention et de la consommation de tels produits dans l'établissement. Il est également informé que ces produits seront remis dans les plus brefs délais,

sans mention de leur provenance, par le directeur aux autorités compétentes (Instruction du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé)

Ces produits ne doivent en aucun cas être stockés dans les pharmacies à usage intérieur. Un inventaire des produits est dressé avec le patient et signé par aux moins 2 agents. Le directeur ou son représentant informe les autorités compétentes qui récupèrent les produits directement dans l'établissement, dans les plus brefs délais.

Le transport de produits stupéfiants illégaux en dehors de l'établissement est interdit, sauf exceptionnellement par le directeur ou son représentant, après information du procureur et des autorités compétentes.

En cas de non-respect de cette interdiction par le patient, si le mode d'hospitalisation et la situation médicale du patient le permettent, il pourra être mis un terme à l'hospitalisation sur décision du directeur après avis médical du médecin référent.

Section 8 : Admission des personnes âgées à l'EHPAD

Article 84 : La prise en charge au sein de l'EHPAD

Cette structure est un lieu de vie. L'établissement s'efforce d'assurer à chaque résident ou usager :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes sauf dispositions législatives ou acte judiciaire ou administratif contraires ;
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité adapté à ses besoins et attentes en tenant compte de son consentement éclairé lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal sera recherché ;
- La confidentialité des informations le concernant ;
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.

Article 85 : L'admission des résidents

(Article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles)

L'admission est subordonnée à la constitution d'un dossier administratif et d'un dossier médical.

Un contrat de séjour doit être signé par le résident ou le tiers garant dès son admission en EHPAD. La visite de l'établissement est effectuée par le futur résident avec sa famille, dans la mesure du possible, lui permettant de prendre connaissance des lieux et des règles de vie.

Article 86 : Livret d'accueil et règlement de fonctionnement

Un livret d'accueil est remis à l'admission au résident ou à son tiers garant. Il comprend toutes les informations susceptibles d'intéresser le séjour du résident.

En outre, un règlement de fonctionnement est établi par l'établissement et remis à chaque résident ou à son tiers garant, exposant :

- Les garanties des droits des usagers
- Le fonctionnement de l'établissement
- Les règles de vie collective

Titre 2 : Relations avec les usagers

Article 87 : Accueil du patient

Le personnel est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants.

Il leur donne, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Article 88 : Livret d'accueil

Dès son admission, le patient reçoit un livret d'accueil, commenté par le personnel soignant, contenant toutes les informations pratiques utiles sur ses droits, ses conditions de séjour et l'organisation de l'établissement.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des associations d'usagers au sein de l'hôpital, des GEM, etc.

Article 89 : Satisfaction des usagers

Un questionnaire destiné à recueillir les appréciations et les observations du patient lui est remis lors de son séjour. Il peut être rempli sous une forme anonyme si le patient le désire.

Il constitue pour l'Etablissement un outil d'amélioration de la prise en charge du patient

Article 90 : Démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins

Ainsi que les articles L. 6113-1 et L. 6113-2 du code de la santé publique en disposent, l'EPSM-R a mis en place une démarche visant l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins au sein de ses services. Cette politique fait l'objet d'une présentation régulière des objectifs poursuivis et des résultats obtenus à la Commission des Usagers.

Par ailleurs, l'EPSM-R répond à l'obligation qui est faite à tout établissement de santé de s'engager dans des démarches de certification, d'évaluation externe et d'évaluation des pratiques professionnelles, selon les procédures fixées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

L'EPSM-R dispose d'un système de signalement interne des événements indésirables.

Section 1 : Gestion des réclamations formulées par les patients, leurs familles ou les tiers

Article 91 : Expression de la plainte d'un usager auprès de tout professionnel de l'EPSMR

Tout professionnel de l'EPSMR confronté à un usager exprimant un mécontentement doit en première intention proposer un entretien avec le cadre de santé, le chef de service ou le responsable du service concerné.

Si l'usager accepte, le professionnel prend contact avec le secrétariat de ce service afin de s'enquérir des modalités de prise de rendez-vous.

Si l'usager refuse, le professionnel doit lui proposer d'adresser un courrier à l'attention du Directeur de l'EPSMR.

Dans l'éventualité où l'usager n'est pas à même de rédiger lui-même ce courrier, le professionnel doit consigner par écrit les griefs évoqués, en faire une copie pour l'usager et adresser ce courrier au représentant légal de l'EPSMR.

Article 92 : Gestion des réclamations et des plaintes

Le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au personnel des services et / ou au Directeur de l'Etablissement de leurs observations, et s'il y a lieu, de leur réclamations ou plaintes.

Dans ce cas, ils peuvent s'adresser, par écrit, à la direction; le Directeur en charge des relations avec les usagers accuse réception de leur courrier.

L'agent chargé des relations avec les usagers recueille les réclamations orales et écrites, par délégation du Directeur, et les traite avec son responsable hiérarchique. Il sollicite le responsable du pôle de soins concerné, en premier lieu, pour avoir son éclairage et des éléments de réponse.

Tenu de fournir des explications et de répondre aux demandes formulées, le directeur en charge des relations avec les usagers peut informer l'usager de la possibilité, en second lieu, de saisir les médiateurs médecin et non médecin, de la Commission des Usagers.

Le directeur peut également saisir les médiateurs lui-même avec information de l'usager.

Les médiateurs saisis rencontrent l'usager dans les huit jours et adressent le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants, au Président de la Commission des Usagers.

Ce dernier transmet sans délai le compte-rendu des médiateurs aux membres et au plaignant. La Commission formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement. Dans les huit jours suivants la séance, le directeur répond au plaignant en y joignant l'avis de la Commission.

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

Le patient peut également saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques laquelle est chargée d'examiner la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (suite à un arrêt ou jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mentaux); et, obligatoirement, celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 (soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) ainsi que celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an.

Article 93 : La Commission des Usagers (CDU)

La CDU a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches pour les litiges ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel, et c'est pour cela qu'elle peut intervenir dans la gestion des réclamations et des plaintes.

La saisine de la CDU ne constitue en rien un préalable à une demande d'indemnisation devant la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation ou à une requête devant les Tribunaux.

La liste nominative des membres de la CDU, arrêtée par le Directeur est mise à jour en cas de besoin et donne lieu à un affichage dans l'Etablissement.

Titre 3 : Le Séjour à l'Hôpital

Article 94 : Principe du libre choix du praticien par le patient

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

Le malade peut formuler sa demande auprès d'un praticien ou d'un responsable de service compte tenu des règles de bonnes pratiques de la déontologie médicale. Ainsi, toute personne hospitalisée, 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 comme à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence, dans les limites des possibilités d'organisation du service ou des soins. Cette liberté est toutefois limitée par les conditions de prise en charge tenant aux admissions de patients en soins sans consentement.

Les patients ne peuvent, en raison de leurs convictions, récuser un agent ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'hôpital ou du service.

Section 1 : Information du malade et de ses proches

Article 95 : Information du patient sur son état de santé et ses soins

Toute personne admise à l'EPSMR a le droit d'être informée sur son état de santé.

Le patient est informé du nom des praticiens et des personnes appelées à lui donner des soins. Il est associé au choix thérapeutique le concernant. Ainsi, sauf urgence, impossibilité d'y procéder ou volonté expresse de la personne d'être tenue dans l'ignorance (sauf si cela engendre un risque pour des tiers), une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le patient a la faculté de désigner un tiers digne de confiance auquel ces informations seront délivrées tout au long de son hospitalisation, s'il ne souhaite pas être informé en personne.

Les professionnels adaptent leur mode d'explication au degré de compréhension du patient, reformulant autant que nécessaire et possible les informations à transmettre.

Lorsque, postérieurement à l'exécution d'investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée ou le tiers digne de confiance qu'il aura désigné doit en être informé, sauf en cas d'impossibilité de les retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre et dans la limite de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée dans ce cadre 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, hormis lorsque des tiers sont exposés à un risque de contamination ou de transmission. Cette situation doit être consignée dans le dossier médical.

Article 96 : Information du mineur et du majeur protégé

Pour le patient mineur, l'information est donnée aux titulaires de l'autorité parentale, et pour le patient majeur protégé elle est donnée au tuteur.

Cependant, 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 leur faculté de discernement, s'agissant des majeurs protégés.

Article 97 : Information de la famille ou des proches

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille ou les proches du patient reçoivent les informations nécessaires au bon déroulement de la prise en charge et du séjour hospitalier.

Néanmoins le patient se déclarant opposé à la consultation de ses père et mère ou représentant légal et confirmant cette opposition, peut demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation.

Ceci sera mentionné dans le dossier médical du patient. S'agissant d'un mineur cette possibilité est encadrée par les dispositions prévues à l'article L1111-5 du CSP.

Article 98 : Information du médecin traitant

Le refus du patient, qu'un médecin qu'il désigne soit informé, doit être respecté.

Si le patient demande que des informations concernant sa santé en rapport avec les soins dispensés à l'EPSMR soient transmises à son médecin traitant (un médecin de son choix), le médecin désigné par le patient ou par sa famille est tenu au courant de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. En même temps, il est invité à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le patient et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le médecin visé ci-dessus qui en fait la demande est informé sur l'état du malade.

A l'issue de l'hospitalisation, il reçoit une lettre de liaison.

Section 2 : Personnes de confiance et personnes à prévenir

Article 99 : Personne de confiance

Lors de toute hospitalisation à l'EPSMR, il est proposé à chaque patient majeur de désigner « une personne de confiance ». Celle-ci peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, elle est désignée pas la personne hospitalisée lors de chaque entrée et pour la durée de l'hospitalisation.

Cette désignation est faite par écrit. La personne de confiance peut être consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire. A la demande du patient, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance doit être impérativement informée de sa désignation et l'avoir acceptée de façon expresse. Elle ne dispose pas d'un droit d'accès direct au dossier du patient. Le patient peut à tout moment de son hospitalisation ou des soins changer de personne de confiance. Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée, mais le juge des tutelles peut confirmer ou révoquer la personne de confiance déjà désignée.

Article 100 : Personne à prévenir - Information de la famille

Lors de son hospitalisation le patient désigne la ou les personnes à prévenir en cas d'accident. Leur identification doit figurer au dossier du patient. La personne à prévenir n'est pas forcément la personne de confiance.

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des personnes hospitalisées soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles. 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 destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

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

Par ailleurs, les familles sont systématiquement informées, lorsque l'état de santé du malade justifie le déclenchement de l'instruction d'une mesure de protection juridique.

Section 3 : Consentement aux soins et refus de soins

Article 101 : Recherche du consentement du patient

Le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant légal doit être recueilli avant tout acte de soins, hors les cas où son état rend nécessaire une intervention à laquelle il ne peut consentir. Une information est alors donnée à la personne de confiance, la famille ou à défaut un de ses proches.

Le consentement de la personne hospitalisée sous contrainte, du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la prise de décision.

En cas de refus des soins par les parents ou le tuteur d'un mineur, le médecin doit tout mettre en œuvre pour obtenir leur consentement. Il doit clairement et précisément les informer de l'état de santé de l'enfant et des risques qu'il encourt. Le consentement doit être noté dans le dossier médical du patient.

Article 102 : Refus de soins

Le médecin est tenu de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

La sortie du patient est prononcée après l'avoir informé des dangers que cette sortie présente pour lui et lui avoir fait signer un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par un témoin, qui peut être un agent de l'EPSMR.

Tout refus de soins doit être noté dans le dossier médical du patient.

Article 103 : Directives anticipées

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ». Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne, sous réserve que ces directives aient été établies moins de trois ans avant son état d'inconscience. Elles n'ont pas force obligatoire pour le médecin et n'ont qu'une valeur consultative. Elles ont primauté sur les autres avis non médicaux (personne de confiance, familles, proches).

Section 4 : Conditions de séjour des personnes hospitalisées

Article 104 : Respect des droits des patients

Conformément aux dispositions légales et réglementairement prévues au code de santé

publique, l'EPSMR s'engage à respecter l'ensemble des droits des personnes hospitalisées au sein des services de soins qui le composent.

Précisément, et conformément au code de la santé publique dont les dispositions garantissent le respect de la charte de la personne hospitalisée telle que définie par la circulaire n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, l'EPSMR garantit notamment aux patients le respect des droits suivants lors du déroulement de leur séjour au sein de ses services de soins :

- droit au soulagement de la douleur et à l'accompagnement de fin de vie, respect de la dignité des personnes hospitalisées,
- liberté générale d'aller et venir pendant l'hospitalisation, dans le respect des règles de sécurité et le respect de la prise en charge médicale dédiée,
- droit à l'intimité de la vie privée à l'hôpital, liberté de religion et de pensée,
- garantie de non divulgation de la présence à l'hôpital si le patient le souhaite,
- droit de visite et de rencontre des représentants des usagers ou des associations d'usagers pendant le séjour,
- droit au repos,
- garantie de plein exercice des droits civiques et politiques.

Article 105 : Respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité de la personne malade doit être garanti à tout moment de son séjour.

Dans ce cadre, les professionnels hospitaliers comme les visiteurs extérieurs doivent prendre en compte la nature privée de la chambre dans laquelle séjourne le patient.

Par ailleurs, la personne hospitalisée ne peut être sollicitée pour participer à l'enseignement destiné aux étudiants ou stagiaires qu'à la condition d'y avoir préalablement et librement consenti.

Article 106 : Exercice des droits civiques

Mariage : Le Code civil dispose par exception à l'obligation de célébrer un mariage en mairie « qu'en cas d'empêchement grave, le Procureur de la République du lieu de mariage pourra requérir l'officier d'état civil de se transporter au domicile ou à la résidence de l'une des parties pour célébrer le mariage ». Ces dispositions ont vocation à s'appliquer, par exemple, en cas d'hospitalisation de longue durée. La remise à la personne hospitalisée d'un certificat médical attestant qu'elle ne peut se rendre à la mairie lui permettra en pratique de formuler une demande auprès de l'officier d'état civil qui sollicitera l'autorisation du Parquet. Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du centre hospitalier, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

Vote : Le Code électoral autorise le vote par procuration pour « les patients, les femmes en couches, les infirmes ou incurables qui en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, seront dans l'impossibilité de se déplacer le jour du scrutin ». Une procuration peut être établie jusqu'à la veille du scrutin à 12h. Lorsque l'état de santé d'une personne l'empêche de se déplacer, la procuration peut être établie à l'hôpital par un officier de police judiciaire. Le patient doit présenter une pièce d'identité à l'officier de police judiciaire.

Article 107 : Exercice du culte pendant le séjour

Les patients sont libres de recevoir à l'intérieur de l'EPSMR, sur demande formulée auprès du personnel de santé, le ministre du culte de leur choix.

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

En outre, conformément à la circulaire N°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé, le libre choix exercé par le malade ne doit pas perturber la dispensation des soins, ni l'organisation du service. De même, tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur ou d'un bénévole.

Sous-section 1 : Règles applicables aux personnes extérieures

Article 108 : Visites et accès

L'EPSMR est un établissement public de santé : il est ouvert à toute personne qui a une raison valable d'y accéder.

Les conditions d'accès aux sites sont réglementées:

- Les journalistes, photographes, démarcheurs ou représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf avec leur accord et celui des chefs de pôle et après autorisation écrite du Directeur.
- Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent, préalablement, obtenir l'agrément de l'administration et respecter les dispositions d'accès aux services.
- Les patients peuvent demander au personnel du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent de leur rendre visite.

Hormis les chiens-guides, les animaux domestiques ou de compagnie ne peuvent pas être introduits au sein de l'EPSMR.

Article 109 : Horaires des visites – visite en chambre

Les visites ont lieu pendant les horaires définis. Ces horaires sont portés à la connaissance des patients et de leur famille par tout moyen approprié. A titre exceptionnel, des dérogations peuvent être accordées aux patients par le chef de pôle.

Lorsque l'état du patient le justifie, la présence d'un accompagnant (parent, proche, éducateur, curateur ou tuteur) peut être autorisée en dehors des heures de visite.

Sur décision du responsable médical les visites peuvent être suspendues et/ou limitées dans la durée pendant une période déterminée. La personne hospitalisée est informée de cette décision, de ses motifs et de sa durée. La famille est prévenue. Cette décision est consignée dans le dossier patient.

Une salle permet alors d'accueillir les visites de façon substitutive. Il convient de rappeler que la chambre, bien qu'étant un espace privatif, reste avant tout un lieu de soins.

Article 110 : Comportement des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients (conversation, appareils sonores...), ni gêner le fonctionnement des services ou mettre en péril les projets de soins.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées ou lorsque le comportement d'un visiteur n'est pas respectueux envers la personne hospitalisée ou un membre du personnel (insultes, menaces...), son expulsion et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur ou son représentant.

Les visiteurs peuvent être invités par les professionnels à se retirer pendant l'exécution des soins.

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire de quelque façon que ce soit au sein de l'EPSMR ni boissons alcoolisées, ni substances illicites; tout comportement inadapté de visiteur peut être sanctionné par une exclusion immédiate de l'établissement prononcée par le directeur ou son représentant.

Le personnel soignant, doit s'opposer, dans l'intérêt du malade, au stockage dans les services d'aliments ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire et/ou les règles d'hygiène et de diététique.

Les produits frais seront consommés immédiatement et individuellement par le patient, le cas échéant avec sa famille. Ils ne seront ni conservés dans le réfrigérateur de l'unité, ni partagés avec les autres patients.

Le nombre de visiteurs pour un patient donné pourra être limité sur décision médicale.

Article 111 : Associations de bénévoles (GEM – association de représentants d'usagers)

Des associations de bénévoles interviennent au sein de l'EPSMR (à la Maison des Usagers) afin d'apporter un soutien aux patients et à leur famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, dans le respect des règles de fonctionnement de l'EPSMR et des activités médicales et paramédicales.

Sous-section 2 : Service des repas et horaires

Article 112 : Menu des repas

Les menus sont établis par le service de restauration en relation avec la diététicienne. Une commission de restauration permet d'évaluer et d'améliorer la qualité des prestations de repas.

Article 113 : Horaires des repas

Les repas sont servis collectivement dans la salle à manger ou, en fonction de votre état de santé du patient, dans votre chambre.

- Pour le petit déjeuner : à partir de 8h00
- Pour le déjeuner : à partir de 12h00
- Pour le dîner : à partir de 19h00

Sous-section 3 : Comportement des personnes hospitalisées

Article 114 : Respect des personnes

Le comportement ou les propos des patients ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service. Toute menace, toute agression verbale ou physique envers le personnel hospitalier sont proscrites, comme toute tentative de contrainte quelle qu'en soit le but, tant sur le personnel que sur les autres patients. Elles sont passibles de poursuites judiciaires. Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant, éventuellement, aller jusqu'à la sortie de l'intéressé.

Article 115 : Respect des biens

Les patients veillent à respecter le bon état des locaux et des objets mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises donneront lieu à indemnisation de leur part.

Article 116 : Linge et nécessaire de toilette

Les patients sont tenus d'apporter ou de faire apporter leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, shampoing...), leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, pantoufles...)

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

Des biens appartenant au patient peuvent lui être retirés, s'ils présentent un danger pour lui-même ou pour autrui. Ils sont inventoriés et consignés selon leur nature.

Sous-section 4 : Courriers, téléphone, loisirs

Article 117 : Vaguemestre

Le vaguemestre est à la disposition des patients pour toutes les opérations postales (mandat, colis, lettres recommandées).

Cependant la possibilité de recevoir ou d'envoyer du courrier peut être temporairement limitée sur décision médicale tracée au dossier patient. Néanmoins, cette limitation ne peut concerner les correspondances avec le préfet ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le Président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire ou son représentant, le procureur de la République et la Commission Départementale des Soins Psychiatriques.

Article 118 : Usage du téléphone

Les patients ont la possibilité d'utiliser le téléphone des unités de soins, conformément aux règles établies par la direction.

Les patients peuvent recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement du service.

Cette liberté peut néanmoins être restreinte, sur décision médicale, pendant une durée limitée. Le patient en est informé. Cette décision est consignée au dossier du patient.

L'utilisation des téléphones portables est autorisée, sauf interdiction (totale ou partielle) posée dans un cadre thérapeutique expliqué et réévalué.

En cas de vol ou de perte, l'établissement décline toute responsabilité.

Il est formellement interdit de filmer, photographier ou enregistrer toutes personnes au sein de l'établissement. Il est également formellement interdit de photographier ou filmer les locaux, sans autorisation expresse de la Direction.

Article 119 : Télévision, radio

Tous les services sont équipés de salles de télévision et de détente.

En aucun cas les récepteurs radio, de télévision ou autres appareils sonores personnels ne doivent gêner le repos du patient ou de ses voisins, sous peine d'être retirés pendant l'hospitalisation.

Article 120 : Cafétéria boutique

Une espace détente (cafétéria-boutique) est accessible aux patients dans l'enceinte de l'EPSMR (sites de Cambaie à Saint Paul et de Bras Fusil à Saint Benoît), selon les horaires convenus dans le cadre du contrat établi entre l'établissement et le gestionnaire, et affichés au sein de la cafétéria, par le gestionnaire.

L'accès à cet espace peut selon les modalités de l'hospitalisation, donner lieu à encadrement de la part du personnel soignant de l'unité dont relève le patient.

Titre 4 : Procédure de sortie

Section 1 : Les autorisations d'absence

Sous-section 1 : En soins psychiatriques libres

Article 121 : Déplacement des personnes hospitalisées

Les patients en soins psychiatriques libres disposent de la liberté d'aller et venir, sauf contre-indication dans le cadre de la démarche thérapeutique.

Les personnes hospitalisées qui souhaitent se déplacer au cours de la journée dans l'enceinte de l'EPSMR doivent informer un membre du personnel soignant et être vêtues décemment. La nuit, les personnes hospitalisées doivent s'abstenir de tout déplacement hors des services.

Article 122 : Autorisation de sortie

Les autorisations de sortie sont accordées par le directeur ou son représentant, sur avis médical.

Le patient doit remettre son bon d'autorisation au service d'accueil / admission. Lorsqu'un patient en sortie autorisée ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Sous-section 2 : En soins psychiatriques sans consentement

Article 123 : Modalité d'autorisation de sortie

Pour motif thérapeutique (favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale) ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de l'Etablissement de courte durée :

- Sous la forme d'une sortie accompagnée de moins de 12h : Le patient est alors accompagné pendant toute la durée de la sortie d'un ou plusieurs membres du personnel, ou d'un membre de la famille ou de la personne de confiance.
- Sous la forme d'une sortie non accompagnée de 48H (dans le cas d'un SDT, le tiers est informé).

Cette autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'EPSMR sur avis favorable du psychiatre traitant.

Si la personne fait l'objet d'une hospitalisation complète dans le cadre de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, le directeur de l'EPSMR transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment

l'avis du psychiatre quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du préfet, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

Section 2 : La sortie en fin de séjour

Sous-section 1 : Décision de sortie

Article 124 : Modalités

Lorsque l'état de santé du patient ne requiert plus son maintien en hospitalisation au sein de l'EPSMR, le directeur ou son représentant, prononce sa sortie.

Article 125 : Information avant sortie de l'Etablissement

Tout patient sortant se voit informé par le service des contre-indications à la conduite d'un véhicule ou de tout engin motorisé et à 2 roues, du fait de son traitement de sortie et de ses effets.

Sous-section 2 : Organisation

Article 126 : Information du médecin traitant

Le médecin traitant et/ou le psychiatre en charge de la continuité des soins est informé de la prise en charge et du traitement durant son hospitalisation.

Le patient a la possibilité de s'opposer à ce qu'un compte-rendu soit adressé à son médecin traitant ou tout autre médecin extérieur.

Article 127 : Formalités administratives et continuité des soins

Le patient sortant reçoit les documents nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Article 128 : Transport

Si lors de sa sortie, le patient nécessite un transport, en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le patient a le libre choix de l'entreprise de transport.

Article 129 : Retrait définitif des biens à la sortie

Lors de sa sortie définitive de l'Etablissement, le patient se voit remettre, à l'occasion de l'accomplissement des formalités de sortie :

- l'ordonnance de sortie
- ses effets personnels (voir inventaire)
- les objets et sommes d'argent qui ont fait l'objet d'un dépôt auprès du régisseur ou du mandataire.

Le patient signe une décharge. Mention du retrait est faite sur un registre spécial, en marge de l'inscription du dépôt.

Les sorties de patients les jours et aux heures de fermeture des services administratifs doivent être exceptionnelles. Il est recommandé aux patients et aux équipes de s'organiser en vue de récupérer leurs biens en dépôts auprès des Régisseurs ou des mandataires, avant leur sortie.

En dehors des jours ouvrables, en cas de sortie non programmée, il ne sera pas possible de récupérer les biens et valeurs déposés auprès de l'établissement ou de la Trésorerie.

En cas de décès du patient, un document est remis à ses héritiers les invitant à procéder au retrait des objets déposés auprès du comptable public exclusivement avec les justificatifs de leurs droits et leur rappelant les dispositions régissant les objets non réclamés.

Article 130 : Objets non-réclamés par le patient

Les objets abandonnés à la sortie ou au décès des patients sont déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou le régisseur par le personnel de l'EPSMR. Le patient, son représentant légal, sa famille ou ses proches en sont avisés et sont invités à récupérer les objets dans les plus brefs délais.

Les objets précités non réclamés sont remis exclusivement par le comptable public 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.

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'Etablissement 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 à l'État 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.

Une mention de la remise, ou du refus de la remise des biens à la caisse des dépôts et consignations ou à l'administration chargée de domaines, est faite au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale. L'avis de remise est adressé au patient, à son représentant légal, à sa famille ou à ses proches, ou ses héritiers.

Les dispositions du présent article 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'Etablissement 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'Etablissement à l'administration chargée des domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

Section 3 : Sortie des personnes en soins psychiatriques sans consentement

Sous-section 1 : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Article 131 : Sortie pendant la période d'observation

Lorsqu'un des deux certificats produits pendant la période d'observation établit que l'état du patient ne justifie plus la mesure de soins sans consentement, le directeur prononce immédiatement la levée de la mesure, pour une sortie définitive. La poursuite des soins peut se faire en soins libres.

Article 132 : Sortie après la période d'observation

Lorsqu'un psychiatre de l'EPSMR certifie que les conditions ayant motivé la mesure de soins sans consentement ne sont plus réunies, il est mis fin à cette mesure selon les mêmes modalités qu'au précédent article.

Le Directeur prononce également la levée de la mesure lorsqu'elle est demandée par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques.

Article 133 : Sortie sans autorisation

Les professionnels doivent, en cas de sortie sans autorisation, rechercher le patient dans l'enceinte et l'environnement proche de l'Etablissement, la procédure spécifique pour les patients en soins sans consentement s'applique.

Article 134 : sortie requise par le tiers

Lorsqu'une personne autorisée demande la sortie d'un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, elle signe un imprimé précisant qu'elle reconnaît avoir été informée de la persistance des troubles du patient et de la nécessité de poursuivre les soins. La sortie est prononcée sauf en cas de

péril imminent ou de situation de nature à compromettre la sûreté des personnes ou à porter atteinte de façon grave à l'ordre public.

Le tiers ne peut pas obtenir une sortie contre avis médical.

Le tiers ou toute personne de l'entourage doit saisir le JLD en cas de désaccord avec le médecin confirmé par le directeur de l'EPSM-R pour demander la levée de la mesure.

Sous-section 2 : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Article 135 : Sortie

Lorsque qu'un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié l'admission ne sont plus remplies et que la levée peut être ordonnée, le Directeur de l'EPSM-R en réfère dans les 24 heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical, sur la levée ou non de la mesure.

Article 136 : Sortie sans autorisation

Les professionnels doivent, en cas de sortie sans autorisation, rechercher le patient dans l'enceinte de l'Etablissement. La procédure spécifique pour les patients en soins sans consentement s'applique.

Section 4 : Sortie après refus de soins

Article 137 : Sortie après refus de soins

Les patients en soins psychiatriques libres peuvent quitter l'EPSMR à tout moment sur leur demande.

Le patient en soins psychiatriques libres qui désire sortir est informé par le médecin des risques qu'il encourt et signe une déclaration stipulant le maintien de sa demande malgré l'information dûment reçue.

Dans ce cas, il convient de l'informer des possibilités de poursuivre ses soins dans un autre cadre. Aucun acte médical n'est plus obligatoire, en particulier la délivrance de toute prescription. Les alternatives aux soins proposées au patient, si elles existent, doivent être consignées au dossier.

Si le patient refuse de signer une telle attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé et tracé au dossier patient.

Si un médecin estime que cette sortie est prématurée, et que l'état clinique ne permet pas la sortie, une mesure de soins sans consentement est initiée immédiatement :

- soit par le médecin de l'Etablissement qui peut demander l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence avec le concours d'un tiers ;
- soit par un médecin extérieur à l'Etablissement en cas de péril imminent pour la santé du patient et en l'absence de tiers, ou en cas de troubles mentaux de nature à compromettre la sûreté des personnes ou à porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Section 5 : Sortie du patient en fin de vie

Article 138 : Sortie du patient en fin de vie

Un patient en fin de vie peut à sa demande, celle de sa famille, sa personne de confiance ou ses proches, être transférée à son domicile si rien ne le contre-indique.

Section 6 : Dossier Patient

Article 139 : Dossier du patient

Ainsi qu'en dispose l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, l'EPSM-R constitue, pour tout personne hospitalisée ou consultant qu'il prend en charge, un dossier comprenant toutes ces informations soumises au **principe du secret professionnel**.

Le dossier médical –DPI, est un véritable dossier unique, rendu obligatoire par la loi du 30 mars 1992 et la loi du 4 mars 2002, qui doit regrouper les informations « administratives », médicales et paramédicales de tout patient pris en charge dans une institution.

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 contribuant à la sécurité et à la continuité des prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires.

Article 140 : Informatisation du dossier du patient - CNIL

La gestion du dossier administratif et médical du patient est assurée par des traitements automatisés dans les conditions fixées par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Les données médicales sont transmises au médecin responsable de l'information médicale et sont protégées par le secret médical.

Ces données et traitements font l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

En application de la loi du 6 janvier 1978, tout patient dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives le concernant. Toute personne a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes (prévus par la loi), à ce que ces données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement.

Ce droit d'opposition ne peut s'exercer que pour autant que le traitement de données mis en cause ne réponde pas à une obligation légale. Dans ce cadre, toute demande devra être adressée au directeur, qui statuera.

Il est également rappelé que tout patient peut solliciter la plus stricte confidentialité (confer infra « possibilité de secret de l'hospitalisation »)

Le patient est informé, par voie d'affichage dans les services, des dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978.

Article 141 : Le rôle et la responsabilité des différents acteurs pour sa tenue

Le dossier médical doit être le reflet fidèle de l'état du patient comme de l'ensemble des soins qui lui sont prodigués et de tout événement le concernant. À ce titre, il constitue un aide-mémoire essentiel à la prestation de soins de qualité.

Les professionnels de santé prenant en charge les patients, ont l'obligation de la traçabilité de la prise en charge du patient et doivent s'astreindre à une excellente tenue des dossiers en les complétant avec des informations les plus fiables possibles, puisque ce document vise des objectifs multiples et témoigne de leur conduite professionnelle :

- Un **outil de communication** : Le dossier médical est une source importante de renseignements concernant un patient. Il permet, le cas échéant, de transmettre les renseignements appropriés aux divers professionnels et instances concernés par le patient.
- Un **outil d'évaluation** : La tenue du dossier médical témoigne généralement de la qualité des services que le médecin fournit à ses patients et, conséquemment, de sa compétence.
- Un **élément de protection juridique** : Le dossier constitue, tant pour le médecin que pour le patient, un élément de protection juridique. En effet, plus le dossier sera complet, plus il sera utile pour attester les événements survenus.
- Utile à **l'enseignement et à la recherche** : Le dossier représente également un document précieux pour l'enseignement, la recherche et la compilation de statistiques ainsi que pour la mise en place et le suivi d'indicateurs cliniques de qualité.

Dans ce contexte, il est **impératif pour les professionnels de compléter le dossier patient informatisé dès lors qu'il est déployé dans leur service**. L'utilisation du dossier papier n'est requise qu'en cas de panne entraînant une impossibilité d'utilisation du dossier patient informatisé, afin d'assurer la traçabilité des données.

Article 142 : Conservation du dossier patient

Les dossiers sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières. Le Directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés au sein de l'EPSM-R, et que toutes mesures soient prises pour

permettre la communication des informations du dossier médical, selon les conditions légales et réglementaires en la matière.

Article 143 : Modalités de communication des informations médicales issues du dossier du patient

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

Le patient peut accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, à son dossier médical et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement.

L'identité du demandeur doit être contrôlée et le patient doit accéder aux informations au plus tard dans les 8 jours suivant la réception de sa demande (délai porté à deux mois pour les informations médicales de plus de cinq ans).

La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement. Le médecin concerné peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut la refuser.

En cas de demande de remise ou d'envoi de copie, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition s'il y a lieu.

En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA).

Dans le cas des hospitalisations sous contraintes, le praticien traitant ou son remplaçant peut juger nécessaire la médiation d'un autre médecin : en cas de désaccord, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques doit être saisie et son avis s'impose.

En cas de transfert du patient dans un autre site hospitalier, une copie du dossier patient est transmise sur demande à l'établissement concerné pour assurer la continuité de la prise en charge.

Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être également saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure judiciaire.

Article 144 : Information du médecin traitant

- Information en cours d'hospitalisation

Sous réserve de l'acceptation du malade ou de son représentant légal, le médecin hospitalier responsable du malade communique au médecin traitant toute information relative à l'état du patient.

- Information à la sortie du malade

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre de liaison résumant les observations faites, les traitements effectués ainsi que la thérapeutique à poursuivre est dans la mesure du possible remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné.

L'EPSMR facilite, autant que possible, et sous réserve de l'accord des patients, les liens et la communication avec les médecins traitants et les professionnels de santé libéraux qui les prennent en charge.

Article 145 : Modalités de communication d'informations médicales du dossier patient aux ayants droits, en cas de décès du patient

Certaines informations issues du dossier médical peuvent également être transmises sur demande écrite, aux ayants droits d'un patient décédé dans les mêmes conditions que pour l'intéressé. Cette possibilité est offerte de façon limitative pour obtenir les informations qui seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leur droit, sauf opposition exprimée par la personne avant le décès.

Titre 5 : Dispositions relatives aux décès

Article 146 : Information

La famille, la personne de confiance et les proches doivent être prévenus dès que possible et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de l'état de santé du patient et de son décès.

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

Article 147 : Formalités administratives

Le certificat médical de décès est rempli par un médecin, de même que le formulaire de déclaration de décès. Ces documents sont transmis soit au service des admissions aux heures ouvrables, soit à l'administrateur de garde aux heures non ouvrables. Ils sont transmis dans les vingt-quatre heures au service de l'état civil de la mairie dont relève le lieu de survenue du décès.

Article 148 : Réclamation du corps

La famille, la personne de confiance ou à défaut les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée à l'EPSMR-R. Si le corps n'est pas réclamé dans ce délai, l'EPSMR-R dispose de deux jours pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans les conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci (si les ressources ne sont pas suffisantes il est fait application de l'article L 2223-27 du Code Général des Collectivités Territoriales - CGCT).

Article 149 : Cas de mort suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort subite, violente ou suspecte d'un patient, le Directeur de l'EPSMR-R, sur avis médical, en informe l'autorité judiciaire.

Titre 6 : Droit au recours

Section 1 : Recours contre les mesures de soins psychiatriques

Article 150 : Procédure devant le juge des libertés et de la détention

Le patient, le représentant légal (parent, tuteur, curateur), le conjoint, concubin ou la personne avec qui le patient est lié par un pacte civil de solidarité (PACS), la personne qui a initialement sollicité les soins, toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient et le procureur de la République, peuvent à tout moment saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) dans le ressort duquel l'Etablissement est situé pour demander la mainlevée immédiate de la mesure de soins psychiatriques, quelle qu'en soit la forme.

La saisine du juge s'effectue alors par une requête datée et signée comportant :

- les noms, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur
- les noms, prénoms du patient, son domicile, l'adresse de l'Etablissement où il séjourne, et s'il y a lieu les coordonnées de son tuteur, curateur, ou de ses représentants légaux, l'exposé des faits et son objet.

Le patient peut déposer sa requête auprès de la Responsable des admissions de l'EPSMR-R.

Article 151 : Contestation de la légalité de la procédure

Toute personne hospitalisée pour des troubles mentaux, sans son consentement, peut contester la légalité de sa procédure d'hospitalisation en saisissant, directement ou par l'intermédiaire de son conseil, le tribunal administratif dans le ressort duquel est situé l'EPSMR-R.

Section 2 : Demande d'indemnisation

Article 152 : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)

Toute personne ou le cas échéant son représentant légal s'estimant victime d'un dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, et le ou les ayants droit de la victime décédée peuvent saisir la CRCI, créée pour faciliter à titre principal le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux infections iatrogènes et aux infections nosocomiales.

Cette commission doit être saisie directement avec, parmi les pièces à joindre à la demande établie sur un formulaire type, un certificat médical décrivant le dommage subi.

Cette procédure peut, après expertise médicale et avis de la CRCI, conduire à une indemnisation accélérée par l'assureur ou à une indemnisation par l'office nationale d'indemnisation (ONIAM) au titre de la solidarité nationale, sous réserve dans ce cas, que le dommage soit directement imputable à une activité soignante ayant eu des conséquences anormales, et qu'il présente un degré minimum de gravité défini suivant les modalités réglementairement arrêtées.

La CRCI est aussi chargée de faciliter le règlement amiable de tous autres litiges entre usagers et professionnels ou établissements de santé. Dans ce cadre, elle peut être saisie par toute personne, de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé.

En accord avec l'intéressé, le Président de la Commission peut se dessaisir de la demande et la transmettre à la CDU ou une instance professionnelle si cela est de nature à favoriser la solution du litige.

IV. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Article 153 : dispositions générales

De manière générale et globale, le personnel employé par l'EPSMR est soumis aux règles établies par le statut général de la fonction publique (loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires) et par le statut particulier de la fonction publique hospitalière (loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière).

Le décret n°91-155 du 6 février 1991 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels, s'applique plus spécifiquement aux agents publics non titulaires des établissements publics de santé.

L'action des agents de l'Etablissement doit par ailleurs s'inscrire dans le respect des principes directeurs du service public, à savoir :

- La continuité : qui implique que le service doit être assuré régulièrement, sans retard dans le temps, sans discontinuité gênante ou pénalisante pour l'utilisateur. Ce principe s'articule avec l'exercice du droit de grève.
- La mutabilité ou adaptation constante : qui désigne la nécessaire adaptation des services publics à l'évolution des besoins collectifs et aux exigences de l'intérêt général.
- L'égalité de traitement : qui interdit la discrimination entre les usagers du service.
- La neutralité et la laïcité : que doivent observer toutes les personnes qui collaborent à un service public
- Le devoir de réserve : dont les collaborateurs de service public ne doivent pas se départir dans l'expression de leurs opinions.
- La primauté : Les intérêts privés ou personnels doivent s'incliner devant l'intérêt général ou collectif.

Article 154 : Le personnel

Le personnel comprend :

- des agents permanents, stagiaires ou titulaires, relevant du statut général des fonctionnaires, titres 1er et IV des statuts de la fonction publique hospitalière. Ces personnels sont appelés fonctionnaires.
- des personnels médicaux soumis à un code de déontologie ou à des règles professionnelles fixées par voie réglementaire. Ils sont astreints au respect de ses principes, sans que l'administration ou un tiers puisse les y faire déroger.
- des agents contractuels, à titre permanent ou temporaire.

Titre 1 : Obligations des agents

L'ensemble du personnel médical et non médical est soumis à un ensemble d'obligations et de devoirs dont le non-respect est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires, voire judiciaires.

Section 1 : Devoirs et obligations du personnel

Article 155 : Secret professionnel

L'ensemble du personnel de l'EPSMR est tenu au secret professionnel dans le cadre de règles instituées dans le code pénal.

Les agents ne doivent en aucun cas divulguer les renseignements confidentiels concernant les patients ou toute autre personne dont ils ont connaissance de par leurs fonctions, sous peine de sanctions administratives et pénales.

Le secret médical couvre tout ce qui est venu à la connaissance de l'agent dans l'exercice de sa profession, donc ce qui lui a été confié mais également, ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Les informations concernant un patient pris en charge par une équipe de soins de l'EPSMR sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

Les dérogations au secret professionnel ne peuvent s'effectuer que dans les cas de révélations obligatoires strictement prévues par la loi ou le règlement.

En outre, les sanctions relatives au non-respect du secret professionnel ne sont pas applicables:

- aux personnels qui sont témoins de situations de maltraitance dans le cadre de l'obligation de signalement auprès du Procureur de la République ;
- à celui qui informe les autorités judiciaires de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, infligés 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 qui porte à la connaissance du Procureur de la République, avec l'accord de la victime, les sévices 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 ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire.
- au professionnel de la santé ou de l'action sociale qui informe le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes et pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin prend toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

La violation du secret professionnel est passible de sanctions disciplinaires, voire pénales.

L'article 226-13 du code pénal énonce que « 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.

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital et les chefs de service ou de pôle en leur qualité d'autorité constituée sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informés le directeur de l'EPSMR ou son représentant.

Article 156: Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés 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.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation

de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

Article 157 : Témoignage en justice ou auprès des autorités de police sur des faits intéressant le fonctionnement de l'EPSMR

Tout agent de l'EPSMR lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir son supérieur hiérarchique et le directeur avant et après avoir été auditionné.

Section 2 : Obligations à l'égard du patient et de ses proches

Article 158 : Obligation de discrétion

Conformément aux dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique :

« 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 de sa vie privée et du secret des informations la concernant... ».

Le respect de la vie privée recouvre les domaines suivants :

- les visites
- le courrier
- les communications téléphoniques
- les entretiens privés
- le droit à l'image
- l'intimité

Article 159 : Respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et des visiteurs

Tout patient doit être respecté comme personne libre de ses opinions et de ses choix personnels.

Le personnel est tenu, à un strict devoir de neutralité et au respect du principe de laïcité : dans l'exercice de ses fonctions, il lui est notamment interdit de manifester ses croyances religieuses et de porter un signe distinctif destiné à marquer son appartenance à une religion.

Dans le respect de la réglementation et dans la limite des possibilités de l'EPSMR, l'ensemble des personnels se mobilise pour que les demandes exprimées par les patients, la personne de confiance dans certains cas ou à défaut par les proches du patient soient entendues.

En matière mortuaire les familles des patients 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.

Dans le domaine religieux, les patients doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration, la visite du ministre du culte de leur choix.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet ne doit être exercée auprès des patients ou des visiteurs.

Tout prosélytisme concernant la religion 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 affichages, les mouvements et les réunions à caractère politique ou syndical sont proscrits dans les locaux utilisés par les usagers de l'Etablissement (perron, hall, couloirs, etc.).

Article 160 : Obligation de réserve et principe de neutralité

Pendant le service, tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions.

Les agents s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'EPSMR.

L'agent est tenu, dans l'exercice de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public.

Article 161 : Devoir d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du patient et des visiteurs dans le respect des obligations de secret et de discrétion professionnel et dans la limite de leurs attributions professionnelles. Ils participent ainsi à la transparence des décisions.

Les familles seront accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Dans chaque service, les médecins et les soignants reçoivent les familles des personnes hospitalisées dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

En l'absence d'opposition de la personne hospitalisée, 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 médicale. De même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille sauf avis contraire de la personne hospitalisée.

Les personnels doivent aviser les familles ou les proches en temps utile des décisions importantes concernant le malade avant que la décision ait reçu exécution, sauf urgences médicales.

Article 162 : Préservation du confort moral et physique du patient

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort moral et physique des patients dont ils ont la charge.

Ils prennent toutes dispositions, pour contribuer personnellement, dans l'exercice de leurs fonctions, au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers. Le bien-être des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels de l'EPSMR.

Article 163 : Respect de la dignité et de l'intimité du patient

Le personnel de l'EPSMR doit respecter la dignité du patient.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique exerce également sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Article 164 : Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Article 165 : Consommation de boissons alcoolisées et/ou substances illicites sur le lieu de travail

Il est interdit d'introduire et de consommer au sein EPSMR des boissons alcoolisées et/ ou substances illicites.

Dans le cas où un agent ayant consommé de l'alcool ou une drogue est manifestement hors d'état de travailler, le Directeur peut le relever de ses fonctions, et l'adresser au médecin du travail pour apprécier son aptitude au travail.

Article 166 : Conduite à tenir face à un agent en état d'ivresse ou d'ébriété

Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse. (R.4228-21 du code du travail)

Tout agent confronté à une situation de crise ou de mise en danger en lien avec un état d'ivresse ou d'ébriété d'un agent incapable de tenir son poste de travail dans les conditions de sécurité pour lui et/ou ses collègues et/ou les patients est tenu d'en aviser sa hiérarchie dans les plus brefs délais.

Article 167 : Identification des personnels

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le directeur, les personnels de l'EPSMR en contact avec les patients ou les visiteurs, portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification lisible précisant leur nom, leur prénom et leur qualité.

Ceci s'applique également aux personnels des associations intervenant au sein de l'EPSMR.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification mis en place dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier et de meilleure sécurité de tous.

L'identification de la qualité de chaque professionnel s'effectue aussi par le port des tenues fournies par l'EPSMR. Elles sont adaptées aux emplois et secteurs d'activité.

Article 168 : Tenue vestimentaire et comportement

Tout nouveau professionnel de l'EPSMR doit être informé de la tenue de travail requise.

Le personnel de l'EPSMR doit présenter une tenue adaptée et correcte.

Les chaussures sont adaptées aux conditions de travail : chaussures fermées en unité d'hospitalisation

Le langage et vocabulaire doivent être respectueux, professionnels et adaptés à la compréhension des patients.

Pour des raisons d'hygiène, le port de bijoux est interdit dans les unités de soins.

Section 3 : Obligation d'un exercice professionnel conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier

Article 169 : Durée du travail

La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. Un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois (Cf. article 184 relatif à l'organisation du temps de travail).

Par ailleurs l'établissement a informatisé sa gestion du temps de travail (logiciel « clepsydre »).

Article 170: Continuité du service

L'EPSMR assure une mission de service public hospitalier et il doit, à ce titre, organiser la permanence et la continuité des soins.

L'ensemble des activités nécessaires à son fonctionnement et à l'accueil des patients dans les conditions de sécurité requises doit être assuré sans discontinuité.

Chaque agent hospitalier participe à cette continuité de service.

Les agents de l'EPSMR ne peuvent se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaires si les nécessités de service et le principe de continuité du service public l'imposent.

Article 171 : Ponctualité et assiduité

Tout agent quel que soit son statut est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'EPSMR avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application.

Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information

immédiate des agents concernés par cette modification.

Sauf cas de force majeure, l'agent dans l'impossibilité de prendre son service doit dans les meilleurs délais en informer son cadre ou au défaut son service.

En l'absence de relève, le personnel en place est tenu d'assurer la continuité des soins jusqu'à ce que le remplacement ait pu être organisé

Article 172 : Devoir d'obéissance

Tout agent de l'EPSMR, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de 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. Ces deux conditions sont cumulatives.

Un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable la consigne de réaliser ce travail ne peut s'y dérober au motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives. Le travail demandé ne peut induire une infraction aux règles qui déterminent les champs de compétences des professionnels de la santé.

Article 173 : Service minimum et assignation

Le caractère du service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum.

Le service minimum est destiné à assurer le fonctionnement des services ne pouvant être interrompus, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux patients et la conservation des installations et du matériel.

Pour satisfaire à cette obligation de service minimum, le directeur a le droit d'assigner des agents, jusqu'à atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement du service en sécurité.

L'effectif minimum est arrêté par le directeur après avis du CTE. Les modalités d'application sont précisées dans le protocole en cas de grève.

Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation, sous peine de sanction.

Article 174 : Signalement des événements indésirables graves

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant la prise en charge d'un patient ou tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler au moyen de la fiche de signalement des événements indésirables. Ce signalement est transmis à la direction de la qualité, gestion des risques et sécurité. Cette obligation n'absout pas l'agent de signaler sans délai son cadre et l'administrateur de garde les événements graves pouvant ou risquant de porter atteinte à l'intégrité ou à la sécurité des biens et des personnes.

La direction s'engage à ne pas entamer de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément et sans délai révélé un manquement aux règles de sécurité.

En revanche, la non déclaration d'un événement indésirable grave pourrait entraîner une procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent.

Article 175 : Exercice professionnel consacré au service public et dérogation

Sauf cas prévus par la loi, les agents de l'EPSMR, qu'ils soient titulaires ou stagiaires ou contractuels, à temps plein ou à temps partiel, ne sont pas autorisés à exercer, concomitamment à leur activité publique au sein de l'établissement, une activité professionnelle lucrative.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives aux cumuls ou l'exercice d'une activité libérale.

Article 176 : Détérioration des locaux et du matériel et vols perpétrés par le personnel

Il est du devoir des agents de l'EPSMR de préserver le bon état des locaux et matériels qui sont mis à la disposition de leur exercice professionnel.

Des dégradations sciemment commises entraînent pour leurs auteurs, quelles que soit leur qualité ou leurs fonctions, l'obligation d'indemniser les dégâts causés, sans préjudice d'éventuelles poursuites devant les tribunaux compétents.

En cas de vols perpétrés par le personnel, l'agent concerné peut se voir réclamer par la direction le remboursement des frais de remplacement ou la restitution de l'objet dérobé, sans préjudice d'éventuelles sanctions disciplinaires ou pénales.

Le constat de la détérioration ou du vol est établi par le responsable du service (importance des dégâts, heure de survenue, éventuels témoins) et est transmis à la direction.

Article 177 : Effets et biens personnels – responsabilité

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, toute perte d'argent, de valeurs ou objets divers dont les agents seraient victimes dans le cadre de leur exercice professionnel ne pourra être imputé à la responsabilité de l'EPSMR.

Un vestiaire est mis à la disposition du personnel portant un vêtement de travail. Il en est responsable.

Article 178 : Contribution à l'hygiène dans l'exercice professionnel

Les agents de l'EPSMR observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. A cet effet, ils doivent notamment porter en présence des patients les tenues fournies par l'EPSMR.

Dans le cadre de la prévention des infections associées aux soins, le personnel participant aux soins doit respecter la charte d'engagement « zéro bijou » de l'établissement (ongles courts sans vernis, mains et poignets sans bijoux ni alliance).

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'EPSMR et de ses usagers. Ils se soumettent également aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois : visite médicale périodique ; examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier ; mesures spécifiques à certains postes de travail.

Article 179 : Interdiction de réunions publiques

Les activités politiques, philosophiques et religieuses du personnel ne doivent pas avoir cours à l'intérieur de l'hôpital.

Article 180 : Accès réglementé des journalistes, démarcheurs, agents d'affaires

Les professionnels informent immédiatement le directeur de la présence de journalistes, photographes, démarcheurs, agents d'affaires ou visiteurs médicaux qui pénètrent sans autorisation dans les services et chambres d'hospitalisation de l'EPSMR dans l'intention d'y exercer leur activité.

Section 4 : Désintéressement

Article 181 : Indépendance des agents

Aucun membre du personnel de l'EPSMR ne peut avoir des intérêts de nature à compromettre son indépendance dans une entreprise en relation avec son service ou avec l'EPSMR.

Il est interdit à l'ensemble du personnel de l'EPSMR de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Article 182 : Interdiction de comportements vénaux dans le cadre de l'exercice professionnel

Le service rendu au malade et à ses proches relèvent de la mission du service public hospitalier. L'agent de l'EPSMR ne saurait avoir ni l'intention, ni entreprendre aucune manœuvre auprès du patient et de sa famille qui aboutirait à lui procurer un gain ou un quelconque avantage. En cas contraire, il serait passible de sanction disciplinaire et /ou pénale.

Le personnel de l'EPSMR n'est pas davantage autorisé à accepter des gratifications en nature ou en espèce en échange des services qu'il a rendus au patient.

Article 183 : Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés au sein de l'EPSMR

Aucun agent de l'EPSMR ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des patients ou trouvés au sein de l'EPSMR. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur de l'EPSMR.

Les professionnels sont tenus d'informer les patients de cette procédure de façon à anticiper les besoins de retrait au coffre dans les heures d'ouverture de bureau et de façon exceptionnelle le samedi et dimanche lors de sortie définitive du patient.

Titre 2 : Droits des agents

Section 1 : Les garanties en qualité de citoyens

Article 184 : Liberté d'opinion et d'expression – principe de non-discrimination

Les agents de l'EPSM-R sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses.

Celles-ci ne font l'objet d'aucune mention aux dossiers des agents et ne doivent avoir aucune influence sur leur carrière.

La liberté de conscience et d'opinion est garantie aux agents de l'Etablissement mais la liberté d'expression n'est pas absolue et les agents publics sont tenus à une obligation de réserve, d'obéissance et devoir de neutralité.

Aucune distinction, directe ou indirecte ne peut être faite entre les agents en raison de leur opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse, de leur origine, de leur sexe ou de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leur apparence physique, ou de leur appartenance.

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

De même, le dossier individuel de tout fonctionnaire ne doit comporter aucune mention faisant état des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophiques de l'intéressé.

Article 185 : Égalité de traitement

Aucune discrimination ne peut être faite entre les agents en raison de leurs sexes, opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur état de santé, de leur handicap ou de leur appartenance ou non appartenance à une ethnie ou une race.

Article 186 : Protection contre le harcèlement sexuel et moral

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 agent en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés dans les articles 6 et suivants de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant titre 1er du statut général des fonctionnaires.
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes.

- Le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral ou sexuel 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.

Section 2 : Les garanties en qualité d'agents

Article 187 : Accueil et intégration des nouveaux agents à l'EPSMR

Un livret d'accueil du personnel est remis à tout agent lors de sa prise de fonction initiale à l'EPSMR.

Tout agent nouvellement nommé dans l'établissement doit recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux modes de fonctionnement, aux instances représentatives et spécialisées, à l'organigramme de direction de l'EPSMR. Il est informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement.

A cet effet, la prise de connaissance du présent règlement intérieur doit lui être proposée et facilitée.

Par ailleurs, une journée d'information est organisée à l'initiative de la Direction des Ressources Humaines au moins une fois par an. Tout agent arrivant est en droit d'attendre de la part du cadre et de ses nouveaux collègues un accueil ouvert et informatif. Le service s'organise de manière à lui garantir les conditions d'une intégration effective et réussie.

Article 188 : Droit à rémunération

Les agents de l'EPSMR ont droit après « service fait » à une rémunération comprenant le traitement, le supplément familial de traitement, ainsi que les indemnités et/ ou les primes instituées par un texte législatif ou réglementaire. Les agents titulaires sont affiliés à des régimes spéciaux de retraite et de sécurité sociale. Les agents non titulaires sont affiliés à un régime de protection sociale spéciale relevant du régime général et de l'IRCANTEC.

Le maintien du traitement, notamment en cas de maladie, congé maternité, accident du travail ou maladie professionnelle est déterminé par la loi et les textes d'application subséquents.

Article 189 : Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail

Les diverses dispositions prises relatives à l'organisation du temps de travail sont rassemblées dans le guide du temps de travail disponible dans tous les services et à la direction des ressources humaines, ainsi que sur l'intranet de l'Etablissement.

Article 190 : Droit à congés

Les agents de l'EPSMR ont droit à des congés annuels, des congés maladie, des congés maternité, des congés liés aux charges parentales, des congés de formation professionnelle, des congés de formation syndicale.

Au préalable, les agents devront s'assurer de l'accord de leur cadre ou responsable.

Article 191 : Autorisations d'absence

Des autorisations spéciales d'absence, n'entrant pas en compte dans le calcul des congés annuels, sont accordées, sous réserve des nécessités de service, notamment pour raisons syndicales, électorales ou familiale. Ces autorisations sont généralement rémunérées.

Article 192 : Droit à la formation

Le droit à la formation permanente est reconnu aux agents. Ils peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans des conditions fixées par des statuts particuliers et selon la politique de formation en vigueur dans l'établissement.

Leur devoir consiste à assister à la totalité de l'enseignement dispensé, toutes absences doivent être justifiées par écrit.

Article 193 : Droit à des conditions d'hygiène et de sécurité

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique et psychiques doivent être assurées aux fonctionnaires et aux agents publics durant leur travail.

Article 194 : Conditions d'exercice du droit de retrait

Tout agent a la possibilité de se retirer d'une situation de travail, dès lors qu'il existe un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger, grave et imminent, pour sa vie ou sa santé. Le droit de retrait permet alors à l'agent concerné de n'encourir aucune sanction, ni aucune retenue de traitement.

Le travail peut être pénible ou comporter certains risques sans pour autant présenter une situation de danger susceptible de provoquer immédiatement un arrêt long et justifier la mise en œuvre du droit de retrait.

Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent.

L'agent signale immédiatement au directeur ou à son représentant 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 toute déféctuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

Le directeur ou son représentant informe le Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.). Le directeur ou son représentant ne peut demander à l'agent de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent.

Le directeur prend les mesures et donne les instructions nécessaires pour permettre aux travailleurs, en cas de danger grave, imminent et inévitable, d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement le lieu de travail.

Si un représentant du personnel au C.H.S.C.T. constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un agent qui s'est retiré de la situation de travail défini ci-dessus, il en avise immédiatement le directeur ou son représentant et il consigne cet avis par écrit sur le registre réglementaire prévu à l'article 190 ci-dessous. Le directeur ou son représentant est tenu de procéder sans délai à une enquête avec le membre du C.H.S.C.T. ayant signalé le danger et de prendre les dispositions nécessaires pour y remédier.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, le C.H.S.C.T. est réuni d'urgence et, en tout état de cause, dans un délai n'excédant pas 24 heures. En outre, le directeur est tenu d'informer immédiatement l'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention de la C.R.A.M. qui peuvent assister à la réunion du C.H.S.C.T. A défaut d'accord entre le directeur 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 directeur ou son représentant. Il met en œuvre, le cas échéant, les procédures prévues à cet effet dans le code du travail.

Article 195 : Déclaration d'un danger grave et imminent

Un registre spécial destiné au signalement d'un Danger Grave et Imminent (DGI) par un membre du C.H.S.C.T. est mis à disposition des représentants du personnel au secrétariat de la direction générale.

Article 196 : Maladie professionnelle et accident du travail

La déclaration d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle doit être faite dans les 48 heures suivant les faits ou la connaissance des faits, pour assurer à l'agent une prise en charge par l'employeur des frais et des traitements liés aux éventuelles absences, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Article 197 : Droit à la protection fonctionnelle par l'EPSMR

Les agents publics de l'EPSMR bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection fonctionnelle organisée par celui-ci dans le respect de la réglementation en vigueur (article 11 de la loi

n°83-634 du 13 juillet 1983).

Lorsqu'un agent a été poursuivi en justice par un tiers pour faute de service, l'établissement couvre et prend en charge les condamnations civiles prononcées contre lui. Cette protection n'est pas due en cas de faute personnelle détachable de l'exercice des fonctions.

L'EPSMR accorde sa protection à l'agent qui fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

L'établissement protège l'agent public contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, violences, injures, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime à l'occasion de ses fonctions sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputé. L'EPSMR répare, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. L'EPSMR prend en charge les frais d'avocats et de justice, à la condition que l'agent ait lui-même porté plainte au préalable.

Article 198 : Droit d'accès au dossier individuel

Tout agent de l'EPSMR a droit à l'accès à son dossier individuel, sur rendez-vous auprès de la direction des ressources humaines. A l'occasion de cette consultation, il peut solliciter des copies et vérifier la cotation des pièces.

Article 199 : Droit à la mobilité

L'accès aux différentes fonctions publiques et leur mobilité au sein de chacune d'elles sont une garantie du fonctionnaire.

L'obligation de déclarer les postes vacants pour les offrir à la mutation ou au détachement permet de garantir ce droit à la mobilité.

Article 200 : Droit à l'évaluation et notation

Chaque agent a droit à une évaluation annuelle.

Le pouvoir de fixer les notes et appréciations générales exprimant la valeur professionnelle des fonctionnaires est exercé par le directeur de l'EPSMR ou son représentant, après avis du ou des supérieurs hiérarchiques directs.

Les commissions administratives paritaires ont connaissance des notes et appréciations. A la demande de l'intéressé elles peuvent en proposer la révision.

Article 201 : Droit à l'avancement

Les agents titulaires de l'EPSMR ont droit à un déroulement de carrière au sein de leurs corps, à l'avancement d'échelon, à l'avancement de grade, voire au changement de corps conformément à la réglementation.

Article 202 : Droit de recours des décisions

Les agents de l'EPSMR peuvent contester les décisions de l'administration par un recours gracieux auprès du directeur et/ou par recours contentieux devant le tribunal administratif de St-Denis, dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision.

Article 203 : Exercice du droit syndical

L'exercice du droit syndical est garanti aux agents de l'EPSMR. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Des locaux leur sont dédiés au sein de l'établissement.

Chaque agent a le droit de s'adresser à l'organisation syndicale de son choix et l'appartenance ou non à un syndicat ne peut avoir aucunes conséquences sur la carrière d'un agent.

Les syndicats peuvent se pourvoir devant les juridictions compétentes contre les actes réglementaires portant atteintes aux intérêts collectifs des fonctionnaires et agents publics.

Le directeur ou son représentant garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités du service et dans la mesure où le principe de neutralité du service public et le droit des personnes sont respectés.

Les activités syndicales du personnel doivent se dérouler hors de la présence des patients et dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.

Article 204 : Affichage des documents d'origine syndicale

L'EPSMR réserve des emplacements spéciaux pour l'affichage des informations de nature syndicale. L'affichage est interdit en dehors de ces emplacements spécifiques.

Un exemplaire des documents affichés est transmis à la direction de l'EPSMR préalablement à cet affichage.

Article 205 : Distribution des documents d'origine syndicale

La distribution de documents d'origine syndicale peut être assurée dans l'enceinte de l'établissement, hors des locaux réservés aux usagers, et sans constituer de gêne pour les patients, leurs familles ou les visiteurs y compris durant les heures de service. Dans ce cas les agents distribuant les documents ne peuvent eux-mêmes être en service ou doivent bénéficier d'une décharge.

Les publications ainsi diffusées doivent être préalablement communiquées au directeur de l'EPSMR pour information.

Les patients et visiteurs de l'EPSMR doivent être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical du personnel hospitalier susceptibles d'apparaître à l'EPSMR.

Article 206 : Collecte des cotisations syndicales

Les cotisations syndicales peuvent être collectées à condition que cette collecte soit organisée en dehors des locaux publics destinés à l'accueil des usagers et qu'elle ne porte pas atteinte au bon fonctionnement des services.

Article 207 : Réunions statutaires ou d'information

Les organisations syndicales sont autorisées à tenir des réunions d'information à l'intérieur de l'EPSMR à condition que ces réunions soient organisées en dehors des locaux publics destinés à l'accueil des usagers et qu'elles ne portent pas atteinte au bon fonctionnement des services hospitaliers. Ces réunions peuvent se tenir mensuellement, à raison d'une heure par mois ou trimestrielle, à raison de 3 heures pour le trimestre.

Dans tous les cas, une information préalable est transmise au directeur de l'EPSMR.

Les personnels qui y assistent ne sont pas en service ou disposent d'une décharge.

Article 208 : Droit de grève

Les agents de l'EPSMR bénéficient du droit de grève dans les conditions prévues par la loi, dans la mesure où cet exercice ne compromet pas la continuité du service public hospitalier.

Les personnels sont tenus de se conformer, comme indiqué dans le présent règlement, à l'assignation éventuellement prononcée par le directeur de l'EPSMR pour assurer un service minimum. A défaut, ils s'exposent à une sanction disciplinaire.

Article 209 : Droit à la participation indirecte

Les agents de l'EPSMR sont représentés par des élus du personnel aux organismes consultatifs.

Article 210 : Services à la disposition des personnels

- Restauration sur place

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas de midi sur place dans un lieu spécialement réservé à cet effet.

- Vestiaires Blanchisserie

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

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent des services de soins, médicotechnique et d'hébergement qui peut y déposer ses effets et objets personnels.

En cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets, la responsabilité de l'établissement ne saurait être mise en cause.

Article 211 : Amicale du personnel hospitalier

Au sein de l'établissement, l'association « Amicale du Personnel hospitalier EPSM-R », subventionnée par le COGOHR (Comité de gestion des Œuvres Sociales Hospitalières de la Réunion) propose aux agents différents services et activités sportives et culturelles.

Article 212 : Comité de gestion des Œuvres Sociales

Les agents de l'EPSMR disposent au sein de l'établissement d'un référent du COGOHR.

Article 213 : Service de santé au travail

Un service de Santé au Travail dirigé, par un Médecin du travail, est chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail).

Les agents ont la possibilité de rencontrer un psychologue du travail.

V. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

Titre 1 : Nature et opposabilité des règles de sécurité

Article 214 : Nature des règles de sécurité

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

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

Le Directeur de l'EPSMR veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de l'hôpital, au respect des règles de sécurité et coordonne leur mise en œuvre.

Article 215 : Opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'EPSMR assure à ses usagers.

Elles visent également à protéger les personnes et leur outil de Travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Elles sont opposables à toute personne se trouvant sur le site hospitalier à quelque titre que ce soit.

Titre 2 : Sécurité générale

Article 216 : Accès à l'EPSMR

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

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre, dans l'intérêt général, les mesures restrictives.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur.

Sauf besoin de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire au sein de l'EPSMR des animaux, armes, explosifs, alcool, et produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'équipe

soignante qui les remettront au Directeur ou l'administrateur de garde.

Les autorités de police sont informées par le Directeur ou son représentant de ce dépôt et sont invitées à en prendre possession. L'identité des détenteurs desdits objets n'est pas précisée, sauf réquisition judiciaire et application de l'article 40 du Code de procédure pénale.

Article 217 : Calme et tranquillité au sein de l'hôpital

Toute personne, et particulièrement tout accompagnant ou visiteur, qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement, crée un trouble au sein de l'EPSMR est invité à mettre un terme à ce trouble.

S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'Etablissement.

Le personnel de l'EPSMR contribue à faire respecter le silence, en particulier pendant la nuit (port de chaussures non bruyantes, ton des échanges, fermeture silencieuse des portes...).

Article 218 : Exclusion des personnes se comportant de façon importune

Les personnels EPSMR protègent les patients de tout comportement importun. De ce fait, tout visiteur troublant le repos des malades ou gênant le fonctionnement du service, pourra être congédié et interdit de visite sur décision du directeur.

De même, les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux unités d'hospitalisation, sauf autorisation écrite du Directeur de l'EPSMR. S'ils passent outre cette autorisation, ils doivent être immédiatement exclus par le cadre de santé ou le responsable du service.

Article 219 : Personnel de sécurité

En cas de problème de sécurité, tous les personnels assurant la sécurité interviennent et exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect du statut de la fonction publique hospitalière et des textes pris pour son application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées au cas prévu par les articles 223-6 du Code Pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 122-5, 122-6 et 122-7 du même code (légitime défense ou état de nécessité) et 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant).

Les agents de sécurité interviennent dans les services de soins à la demande des personnels en situation de danger ou à la demande du Directeur ou de son représentant. Ils ne peuvent effectuer aucune fouille, ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent ou de mesures exceptionnelles (état d'urgence...), ils ne peuvent sans l'accord de l'intéressé, procéder à l'ouverture d'une armoire ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu de sacs et du véhicule particulier.

L'ouverture d'un vestiaire est soumise à une décision du Directeur en cas de circonstances exceptionnelles et à la présence et à l'accord des intéressés.

Article 220 : Matériels de sécurité générale

Du matériel de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique est en place au sein de l'établissement.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Le visionnage des bandes enregistrées par le système de vidéosurveillance *a posteriori* ne se fait que sur décision du Directeur après demande écrite.

Titre 3 : Sécurité des biens et des personnes

Les agents témoins ou pris à partie, lors d'intrusion ou de comportement violent et non maîtrisable, doivent alerter le cadre ou le responsable du service ; l'information est faite auprès du directeur ou administrateur de garde si besoin pour décision utile.

Article 221 : Sécurité et protection des personnels

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'institution, de ses personnels et usagers.

L'EPSMR assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamations ou d'outrages la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leur fonction.

Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires.

Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par l'Etablissement.

Article 222 : Règles de responsabilité

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

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

Les agents, victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel avant toute action de l'établissement ; le directeur dépose plainte pour les dommages subis par l'hôpital, et peut se porter partie civile en cas d'affaire pénale concernant les faits de violence perpétrés à l'encontre du personnel.

Sous réserve des dispositions du 4ème alinéa de l'article 121-3 du code pénal, les agents ne peuvent être condamnés sur le fondement du 3ème alinéa de ce même article pour des faits non intentionnels commis dans l'exercice de leurs fonctions que s'il est établi qu'ils n'ont pas accompli les diligences normales compte tenu de leurs compétences, du pouvoir et des moyens dont ils disposaient ainsi que des difficultés propres aux missions que la loi leur confie.

Article 223 : Circonstances exceptionnelles

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

Le C.H.S.C.T. en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

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

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

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

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

L'accueil d'un nombre élevé de malades ou blessés fait l'objet d'un document séparé intitulé « plan blanc ».

Article 224 : Sécurité incendie

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie

Tout le personnel de l'établissement doit être mis en garde contre les dangers que présente un incendie

dans un hôpital et par extension à l'ensemble des bâtiments de l'EPSMR.

Il doit être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer l'évacuation des usagers.

Le règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public stipule que du personnel doit être spécialement désigné et entraîné à la mise en œuvre des moyens de secours dans un établissement de 2ème catégorie comme l'EPSMR.

L'interdiction de fumer dans l'ensemble des locaux de l'EPSMR est générale.

Article 225 : Devoir de formation continue à la sécurité incendie et aux gestes d'urgence vitales

L'ensemble des personnels de l'EPSMR, de service de jour comme de service de nuit, a l'obligation de suivre les formations à la sécurité incendie, aux gestes d'urgences vitales qui lui sont attribuées et organisées par l'établissement.

Titre 2 : Circulation et stationnement des automobiles

Article 226 : Application du Code de la route

Les dispositions du Code de la route s'appliquent au sein de l'EPSMR. La vitesse y est limitée à 30 km/heure.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruit. L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance à EPSMR. Elle ne saurait engager la responsabilité de l'établissement en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou de dégradation. La Direction se réserve le droit d'immobiliser ou de faire évacuer tout véhicule en stationnement gênant dans l'enceinte de l'établissement.

Article 227 : Accès et stationnement

Les voies de desserte établies dans l'enceinte de l'EPSMR constituent des dépendances du domaine public. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public.

Les emplacements zébrés sont réservés aux véhicules de secours, l'arrêt et le stationnement y sont interdits pour tout autre véhicule.

Article 228 : Poursuites

La direction se réserve le droit de faire appel aux forces de police, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier. Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec accusé réception.

Le refus opposé par tout agent aux injonctions de la Direction visant au respect des règles de stationnement est susceptible d'entraîner des poursuites disciplinaires.

Titre 4 : Rapport avec les autorités

Article 229 : Rapports avec l'autorité judiciaire

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

Tout agent public doit coopérer avec le directeur dans l'exercice de ces responsabilités, sous réserve du respect du secret médical.

Article 230 : Rapports avec les autorités de police et gendarmerie

La Directeur, en sa qualité de représentant légal de l'EPSMR, a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police et de gendarmerie. En principe, le Directeur ou son représentant, administrateur de garde, décide notamment s'il y a ou pas lieu de demander une intervention de la

police au sein de l' EPSMR, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas de danger avéré et imminent, le personnel de l'EPSMR doit appeler le service de sécurité qui préviendra les forces de police et sans délai le Directeur ou l'administrateur de garde.

En cas d'enquête d'intervention des autorités de police ou d'enquête de police judiciaire, le Directeur ou son représentant doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette intervention ou cette enquête interviennent. Il 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, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits des citoyens.

Titre 5 : Sécurité du système d'information

Chaque membre du personnel et tout intervenant extérieur doit prendre connaissance et appliquer la charte d'accès et d'utilisation des Systèmes d'Information de l'EPSMR qui décrit les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet de l'EPSMR et rappelle aux utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information. (Confer la charte d'accès et d'utilisation des systèmes d'information en **annexe 6**)

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du Système d'Information (SI), de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du SI définie par l'établissement.

Cette charte est validée par la Direction générale de l'établissement après avis du CTE, de la CME et du CHSCT.

Article 231 : Utilisation de l'outil informatique

En situation de travail, chaque agent doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication, en particulier les dispositions de la loi informatique et libertés.

Il doit en particulier prendre connaissance et respecter la charte d'utilisation du système d'information informatisé et de bon usage de l'outil informatique de l'Etablissement.

Cette charte, annexée au présent règlement intérieur, décrit les droits et les devoirs de chaque agent dans l'utilisation de l'outil informatique. Elle prévoit des dispositions permettant de s'assurer que les règles de bon usage de l'outil informatique sont respectées. Elle énumère également les actions susceptibles d'être menées sur les postes de travail informatiques des agents en cas de suspicion d'un usage illicite de l'outil informatique au regard des dispositions contenues dans la charte d'utilisation du système d'information informatisé.

La direction se réserve le droit de suspendre l'accès du système d'information en cas de non-respect de la charte informatique.

Titre 6 : Gestion des crises

Article 232 : Plan blanc

En cas de crise pouvant générer un afflux important de blessés sur une durée plus ou moins longue, l'EPSMR met en place un dispositif d'urgence, dit « plan blanc ».

Il s'agit d'un dispositif d'accueil et de gestion d'une arrivée massive et/ou progressive de victimes à la suite d'un évènement interne ou externe à l'hôpital qui permette en même temps de maintenir la continuité des soins et urgences ordinaires.

L'activation du plan est décidée par le directeur de l'hôpital, ou son représentant.

La procédure détaillée est définie dans le plan blanc.

Article 233 : Alerte cyclonique

Dans le cadre du dispositif visant à protéger les personnes et les biens menacés par un cyclone tropical, et afin de maintenir la continuité du service public, les personnels ont l'obligation d'appliquer strictement la procédure s'y rapportant.

Article 234 : Plan Vigipirate

Dans le cadre du plan Vigipirate, applicable dans les établissements de santé, il y a lieu d'exercer une vigilance accrue dans l'application des mesures de sécurité à mettre en œuvre dans tous les lieux appelés à recevoir du public.

VI. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 235 : Approbation du règlement intérieur

Le directeur, président du directoire, arrête le règlement intérieur, après concertation du Directoire.

Il est soumis pour avis au Conseil de surveillance, ainsi qu'à la Commission Médicale d'Etablissement, au Comité Technique d'Etablissement, et au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

Il est présenté à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques pour information.

Le présent règlement a été arrêté par le Directeur **le 30 Juin 2017**

Article 236 : Mise à disposition du règlement intérieur

Un exemplaire du présent règlement intérieur est à la disposition de toute personne qui souhaite le consulter à la Direction de l'EPSMR, à la Direction de la Qualité, au sein de chaque service de soins, ainsi qu'à l'Accueil. Il est également disponible sur le site intranet de l'EPSMR.

Article 237 : Mise à jour du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour régulière, avec toute la célérité possible, dès lors que des textes législatifs ou réglementaires, ou des événements conduisant à le modifier seront publiés ou surviendront.

VII. Annexes

Annexe 1 : Règlement intérieur de la CME

Annexe 2 : Règlement intérieur de la CSIRMT

Annexe 3 : Règlement intérieur du CTE

Annexe 4 : Règlement intérieur du CHSCT

Annexe 5 : Règlement intérieur de la CAPL

Annexe 6 : Charte d'accès et d'utilisation des systèmes d'information

Fait à Saint-Paul, le 30 juin 2017

**Le Directeur,
Laurent BIEN**

