

Centre Hospitalier
du Rouvray

4, Rue Paul Éluard
76301 Sotteville-lès-Rouen
02 32 95 12 34
www.ch-lerouvray.fr
Métropole Rouen Normandie

Règlement intérieur du Centre Hospitalier du Rouvray



Table des matières

1.	DISPOSITIONS GENERALES	7
1.1	LE CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE.....	7
1.1.1	<i>Présentation et missions du Centre Hospitalier de Rouvray.....</i>	7
1.1.2	<i>Opposabilité du règlement intérieur</i>	7
1.1.3	<i>Obligation de respect de l'identité visuelle du CHR</i>	8
1.2	L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE GENERALE	8
1.2.1	<i>Le Directeur Général, Le Conseil de Surveillance et le Directoire</i>	8
1.2.1.1	Le Directeur Général	8
1.2.1.2	Le Conseil de Surveillance	8
1.2.1.3	Le Directoire	9
1.2.2	<i>Les instances consultatives.....</i>	9
1.2.2.1	La Commission Médicale d'Etablissement	9
1.2.2.2	Le Comité Social d'Etablissement	11
1.2.2.3	La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques (CSIRMT)	11
1.2.2.4	La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.....	12
1.2.2.5	La Commission des Usagers.....	12
1.2.3	<i>Les autres instances</i>	12
1.2.3.1	Le COVIRIS COMITE DE PILOTAGE – PREVENTION DES RISQUES – RELATIONS USAGERS (COFIL)	12
1.2.3.2	La Commission Opérationnelle (COOP)	14
1.2.3.3	Le Comité « Evaluation des pratiques professionnelles »	14
1.2.3.4	Le Comité de Retour d'Expérience (CREX).....	14
1.2.3.5	Le CARE.....	15
1.2.3.6	COFIL DPI.....	15
1.3	LES GARDES DE DIRECTION	15
1.4	L'ORGANISATION POLAIRE	16
1.4.1	<i>Organisation des structures médicales</i>	16
1.4.2	<i>Chef de pôle et de fédération, Charte de la gouvernance</i>	16
1.4.3	<i>Cadre supérieur de santé de pôle.....</i>	17
1.4.4	<i>Directeur référent de pôle (à supprimer et remplacé par) La conférence de pôle.....</i>	17
1.5	L'ORGANISATION DES SOINS.....	17
1.5.1	<i>La permanence des soins.....</i>	17
1.5.2	<i>Les Psychologues : missions cliniques, institutionnelles et temps Formation, Information, Recherche (FIR).....</i>	18
1.5.3	<i>Les fonctions des internes</i>	18
1.5.4	<i>Les fonctions des externes.....</i>	18
1.5.5	<i>La coordination des soins dispensés</i>	19
1.5.6	<i>Service de soins</i>	19
1.6	SECURITE ET HYGIENE	19
1.6.1	<i>Finalités et portée des règles.....</i>	19
1.6.2	<i>Sécurité générale.....</i>	19
1.6.2.1	Accès au CHR	19
1.6.2.2	Calme au sein de l'hôpital	20
1.6.2.3	Personnel de sécurité général	20
1.6.2.4	Règles de responsabilité.....	20
1.6.2.5	Rapports avec l'autorité judiciaire.....	20
1.6.2.6	Rapports avec les autorités de police.....	21
1.6.2.7	Circonstances exceptionnelles	21
1.6.3	<i>Sécurité de fonctionnement</i>	21
1.6.3.1	Gestion des risques	21

1.6.3.2	Personnel technique et continuité de service	21
1.6.3.3	Sécurité incendie	22
1.6.3.4	Interdiction de fumer	22
1.6.4	<i>Circulation et stationnement au sein du parc</i>	22
1.6.4.1	Nature de la voirie hospitalière	22
1.6.4.2	Règles applicables	23
1.6.5	<i>Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital</i>	23
1.7	AMELIORATION DE LA QUALITE	23
1.7.1	<i>Mise en œuvre de la politique qualité</i>	24
1.7.2	<i>La gestion des risques : signalement des événements indésirables et charte de confiance</i>	24
1.7.3	<i>Organisation de la démarche de certification par la HAS</i>	25
1.7.4	<i>Evaluation externe des structures sociales et médico-sociales (CRANSE et CSAPA)</i>	25
1.7.5	<i>Gestion des plaintes et des réclamations</i>	25
2.	ACCUEIL, CONSULTATIONS ET HOSPITALISATION	26
2.1	PRINCIPE REGISSANT L'ACCES AUX SOINS	26
2.1.1	<i>Droit à la prévention et aux soins</i>	26
2.1.2	<i>Libre choix du patient</i>	26
2.2	L'ACCUEIL ET L'ADMISSION DES PATIENTS	27
2.2.1	<i>Les dispositions générales</i>	27
2.2.2	<i>Les formalités administratives</i>	27
2.2.3	<i>Dépôt et restitution de bien et de valeurs</i>	28
2.2.4	<i>Information aux familles, personne à prévenir et secret de l'admission</i>	28
2.2.5	<i>Désignation de la personne de confiance</i>	29
2.2.6	<i>Le livret d'accueil</i>	29
2.3	LES MODALITES D'ADMISSION	30
2.3.1	<i>Consultations d'urgence</i>	30
2.3.2	<i>L'admission programmée</i>	30
2.3.3	<i>L'admission par transfert</i>	30
2.3.4	<i>L'admission en hôpital de jour</i>	30
2.4	LES MODES D'HOSPITALISATION	31
2.4.1	<i>Les soins libres</i>	31
2.4.1.1	Le consentement aux soins	31
2.4.1.2	Les formalités de l'admission	31
2.4.2	<i>Les soins sans consentement</i>	32
2.4.2.1	Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent	32
2.4.2.2	Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	33
2.4.2.3	Les modalités de suivi des patients en soins sous contrainte.....	34
2.4.2.4	Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de prolongation de l'hospitalisation complète.....	34
2.4.2.5	Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement	35
2.5	DISPOSITIONS PARTICULIERES	36
2.5.1	<i>Les mineurs</i>	36
2.5.1.1	Garde et protection	36
2.5.1.2	Consultation et admission	36
2.5.1.3	Informations concernant les mineurs.....	38
2.5.2	<i>Les patients étrangers</i>	38
2.5.3	<i>Les militaires et victimes de guerre</i>	38
2.5.4	<i>Les patients en garde à vue</i>	39
2.5.5	<i>Les toxicomanes</i>	39

2.5.6	Les détenus : unité BADINTER	39
2.5.7	Les patients relevant d'une décision de placement en UMD.....	40
3.	INFORMATION ET SOINS	40
3.1	INFORMATION DES MALADES	40
3.1.1	Le droit à l'information.....	40
3.1.2	Modalités d'exercice du droit d'information	40
3.1.2.1	Entretien individuel	40
3.1.2.2	Communication du dossier médical	40
3.1.3	Relation avec les proches et ayants droit.....	41
3.1.4	Dispositions spécifiques pour les malades en fin de vie	41
3.1.4.1	Directives anticipées.....	41
3.1.4.2	Prise en charge de la douleur	42
3.1.4.3	Refus de soins.....	42
3.1.5	Traitement des données à caractère personnel	43
3.2	DISPOSITIONS APPLICABLES CONCERNANT LES MAJEURS PROTEGES	43
3.2.1	Les majeurs sous sauvegarde de justice	44
3.2.2	Les majeurs sous curatelle.....	44
3.2.3	Les majeurs sous tutelle	44
3.2.4	La banque des patients	44
3.3	PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMEDICALES	45
4.	SEJOUR DU PATIENT	45
4.1	PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR.....	45
4.1.1	Règles générales.....	45
4.1.2	Dépôt des objets appartenant au patient, responsabilité en cas de perte, vol ou détérioration	46
4.1.3	Gestion des biens et protection des majeurs protégés.....	46
4.1.4	Horaires quotidiens du séjour hospitalier.....	47
4.1.5	Service des repas	47
4.1.6	Poursuite de la scolarité	47
4.1.7	Autorisations de sorties ponctuelles.....	47
4.1.7.1	Soins libres.....	47
4.1.7.2	Soins sans consentement	48
4.1.7.3	Patients mineurs.....	48
4.1.8	Exercice des cultes.....	48
4.1.9	Intervention du service social	49
4.2	ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL.....	49
4.2.1	Les visites.....	49
4.2.1.1	Recommandations générales	49
4.2.1.2	Recommandations spécifique pour BADINTER.....	50
4.2.1.3	Recommandations spécifiques pour l'UMD	50
4.2.1.4	Recommandations spécifiques pour les mineurs	50
4.2.2	Les stagiaires	51
4.2.3	Accès des prestataires de services au sein du CHR.....	51
4.2.4	Les associations et bénévoles	51
4.2.5	Accès des professionnels de la presse	51
4.2.6	Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs	52
4.2.7	Règles d'intervention des délégués médicaux au sein du CHR	52
4.2.8	Intervention des notaires	52
4.3	REGLES DIVERSES.....	53
4.3.1	Respect de la dignité et de l'intimité du patient.....	53

4.3.2	<i>Droits civiques</i>	53
4.3.3	<i>Neutralité du service public</i>	53
4.3.4	<i>Interdiction de pourboires et manipulation des sommes d'argent</i>	54
4.3.5	<i>Effets personnels</i>	54
4.3.6	<i>Courrier</i>	54
4.3.7	<i>Téléphone</i>	54
4.3.8	<i>Protection des lanceurs d'alerte</i>	54
5.	SORTIE DES PATIENTS	55
5.1	SORTIE EN FIN DE SEJOUR	55
5.1.1	<i>Décision</i>	55
5.1.1.1	Patient en soins libre	55
5.1.1.2	La sortie définitive des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sans tiers	55
5.1.1.3	La sortie définitive des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.....	55
5.1.2	<i>Organisation de la sortie par le service</i>	56
5.1.2.1	Pour un patient adulte	56
5.1.2.2	Pour un patient mineur	57
5.1.3	<i>Cas particuliers</i>	57
5.1.3.1	Sortie contre avis médical	57
5.1.3.2	Sortie sans avis médical (à l'insu du service)	57
5.1.3.3	La sortie disciplinaire	58
6.	DISPOSITIONS RELATIVES AU DECES D'UN PATIENT	58
6.1	ATTITUDE A L'APPROCHE DU DECES	58
6.2	INFORMATION SUR LE DECES	58
6.3	FORMALITES ENTOURANT LE DECES	59
6.4	GESTION DES OBJETS DU DEFUNT	59
6.5	DON DU CORPS A LA SCIENCE	59
6.6	LIBERTE DES FUNERAILLES ET DISPOSITIONS TESTAMENTAIRES	59
6.7	PREPARATION DU CORPS DANS L'UNITE	60
6.8	DANS LE CADRE D'UN OBSTACLE MEDICOLEGAL.....	60
6.9	ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES ET TRANSPORT DU CORPS.....	60
7.	DISPOSITIONS FINANCIERES	62
7.1	FRAIS DE SEJOURS HOSPITALIER	62
7.1.1	<i>Régime d'hospitalisation</i>	62
7.1.2	<i>Tarif des prestations</i>	62
7.1.3	<i>Forfait journalier</i>	63
7.1.4	<i>Paiement des frais de séjours</i>	63
7.1.5	<i>Dispositions particulières et intervention du service social</i>	63
7.1.6	<i>Prestation fournies aux accompagnants</i>	64
8.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	64
8.1	REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU MALADE	64
8.1.1	<i>Devoir d'information du public</i>	64
8.1.2	<i>Secret professionnel</i>	64
8.1.3	<i>Obligation de discrétion professionnelle</i>	65
8.1.4	<i>Devoir général de réserve : respect de la liberté de conscience et d'opinion</i>	65
8.1.5	<i>Respect du confort des malades</i>	66
8.1.6	<i>Posture professionnelle</i>	66

8.1.7	<i>Caractère obligatoire du port de la tenue des professionnels</i>	66
8.1.8	<i>Identification vis-à-vis des interlocuteurs</i>	66
8.1.9	<i>Accueil et respect du libre choix des familles</i>	67
8.2	AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL	67
8.2.1	<i>Obligation de désintéressement, obligation de déclaration d'intérêts</i>	67
8.2.2	<i>Interdiction d'exercer en parallèle une activité privée lucrative (Principe d'interdiction de cumul d'emploi)</i>	67
8.2.3	<i>Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou espèces</i>	67
8.2.4	<i>Interdiction de consommer ou d'introduire de l'alcool et tous produits de la famille des cannabinoïdes sur le lieu de travail</i>	68
8.2.5	<i>Exécutions des instructions reçues</i>	68
8.2.6	<i>Assiduité et ponctualité</i>	68
8.2.7	<i>Information du supérieur hiérarchique</i>	68
8.2.8	<i>Obligation de signalement des incidents ou risques</i>	69
8.2.9	<i>Témoignages en justice ou auprès de la police</i>	69
8.2.10	<i>Bon usage des biens de l'hôpital</i>	69
8.2.11	<i>Obligation de déposer les biens confiés par un patient ou trouvés au sein du site</i>	69
8.2.12	<i>Respect des règles d'hygiène et de sécurité</i>	69
8.2.13	<i>Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux</i>	70
8.2.14	<i>Obligation de répondre aux convocations des autorités de police et de justice</i>	70
8.3	UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIQUES	70
8.3.1	<i>Définitions</i>	70
8.3.2	<i>Périmètre d'application</i>	71
8.3.3	<i>Sanctions</i>	71
8.3.4	<i>Règles générales</i>	71
8.3.5	<i>Conditions d'accès de l'utilisateur</i>	71
8.3.6	<i>Règles de sécurité et de bon usage</i>	72
8.4	DROITS DU PERSONNEL	72
8.4.1	<i>Liberté d'opinion, de non-discrimination</i>	72
8.4.2	<i>Protection contre le harcèlement</i>	73
8.4.3	<i>Liberté d'expression</i>	73
8.4.4	<i>Liberté syndicales et droit de grève</i>	73
8.4.5	<i>Protection organisée des agents</i>	73
8.4.6	<i>Droit d'accès à son dossier administratif et traitement des données à caractère personnel</i>	73
8.4.7	<i>Disposition relatives à l'organisation du temps de travail</i>	74
8.4.8	<i>Hygiène et sécurité des conditions de travail</i>	74
8.4.9	<i>Droit à la formation</i>	74
8.4.10	<i>Protection des lanceurs d'alerte</i>	75
9.	INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS	75
9.1	PRESENTATION	75
9.2	CENTRE DE DOCUMENTATION, D'INFORMATION ET BIBLIOTHEQUE PROFESSIONNELLE DU ROUVRAY : DES RESSOURCES DOCUMENTAIRES ET SCIENTIFIQUES EN SANTE ET SANTE MENTALE	77
10.	REFERENCES LEGISLATIVES	78
11.	GLOSSAIRE	80

1. Dispositions générales

1.1 Le Centre Hospitalier du Rouvray établissement public de santé

1.1.1 Présentation et missions du Centre Hospitalier de Rouvray

Le Centre Hospitalier du Rouvray est un établissement public de santé spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales sur le territoire de la Métropole Rouen Normandie, Elbeuf, Pays de Caux et Pays de Bray.

Il vise à proposer aux personnes en souffrance psychique une offre de soins adaptée et coordonnée par la prévention, le diagnostic et le soin, la réadaptation et la réinsertion sociale. Il accueille des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées en leur proposant une prise en charge complète :

- Hospitalisation temps plein.
- Hospitalisation de jour.
- Accueil à temps partiel.
- Consultation.

Les prises en charge s'organisent en fonction de l'origine géographique du patient. Des filières spécialisées sont également mises en place pour s'adapter aux besoins de chacun : addictologie, personnes âgées, malades difficiles, urgences, adolescents, psychose résistante, troubles de l'humeur, personnes en détention, etc.

En outre, le Centre Hospitalier du Rouvray met à disposition des centres d'information et propose des formations sur des thématiques relatives à la santé mentale comme par exemple l'autisme, la prise en charge des détenus et la bientraitance¹ en psychiatrie.

Le Centre Hospitalier du Rouvray est également un lieu de formation universitaire par la présence d'un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et de 2 services hospitalo-universitaires.

Le Centre Hospitalier du Rouvray participe également à des travaux de recherche dans le but de faire évoluer la science et les pratiques en santé mentale.

Informations : www.ch-lerouvray.fr

1.1.2 Opposabilité du règlement intérieur

Ce règlement intérieur s'impose à l'ensemble des personnels participant à l'organisation du service public et aux usagers du service public. Ce règlement intérieur est disponible sur l'intranet de l'établissement. La méconnaissance de ce règlement intérieur ou la conduite volontaire d'acte délictueux dans son domaine peut être constitutive d'une faute et motiver une sanction.

¹ Charte de la promotion de la bientraitance en annexe 1

1.1.3 Obligation de respect de l'identité visuelle du CHR

Le CH du Rouvray possède une identité visuelle qui lui est propre : un logo et une charte graphique². Tous les supports de communication à vocation interne et externe - entête de courrier, triptyque, affiche, badge, enseigne, etc. – doivent obligatoirement respecter cette charte. Pour les supports non prévus dans la charte graphique, il est demandé au personnel de se rapprocher du service communication de l'établissement. Le logo et la charte graphique sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire de l'établissement.

1.2 L'organisation institutionnelle générale

1.2.1 Le Directeur Général, Le Conseil de Surveillance et le Directoire

1.2.1.1 Le Directeur Général

Le Directeur Général conduit la politique de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement à l'exclusion de celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance. Dans les domaines déterminés par la loi, les décisions sont prises par le Directeur Général après concertation avec le Directoire. Il participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations. Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professionnels de santé. Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Le Directeur Général est assisté par une équipe de Directeurs responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel ou géographique, déterminé en application de l'organigramme de Direction. Des délégations de signatures sont mises en œuvre.

1.2.1.2 Le Conseil de Surveillance

Le CH du Rouvray est doté d'un Conseil de Surveillance. Le Directeur Général en assure le secrétariat. Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère sur les matières définies par le code de la santé publique :

- le projet d'établissement mentionné à l'article L.6143-2 ;
- les conventions passées en application de l'article L.6142-5 ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L.6145-7.

Il donne son avis sur :

² Charte graphique en annexe 2

- 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 18 ans, les baux emphythéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L.6148-2
- la participation de l'établissement à un groupe hospitalier territorial
- le règlement intérieur de l'établissement

Le Directeur peut se faire assister pendant les séances de toute personne de son choix, notamment les membres de l'équipe de direction. En cas de vote, le résultat de celui-ci s'opère par référence à la majorité des suffrages exprimés.

1.2.1.3 Le Directoire

Le directoire, présidé par le directeur, et dont le vice-président est le président de la commission médicale d'établissement, est un organe collégial de 7 membres qui :

- approuve le projet médical ;
- prépare le projet d'établissement ;
- conseille le directeur général dans la gestion et la conduite de l'établissement

Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT) est membre de droit du directoire. La composition du directoire est complétée par des membres invités. Le directoire se réunit au moins huit fois par an.

La durée du mandat des membres nommés par le directeur est de quatre ans. Ce mandat prend fin lorsque le directeur quitte ses fonctions ou lorsqu'un nouveau directeur est nommé.

1.2.2 Les instances consultatives

1.2.2.1 La Commission Médicale d'Etablissement

La CME se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent. Dans ces conditions, la CME définit librement son organisation interne ainsi que sa composition dans son règlement intérieur.

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

La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes:

1. Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
2. Les orientations stratégiques de l'établissement, l'établissement prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;
3. Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

4. L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
5. Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
6. La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
7. La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire

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

1. La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
2. La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
3. La politique d'accueil et de formation des étudiants et internes ;
4. La politique de recrutement des emplois médicaux ;
5. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
6. Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
7. Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales et pharmaceutiques ;
8. Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
9. Le règlement intérieur de l'établissement ;
10. L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière ;
11. Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en oeuvre
12. Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La CME élabore et propose au directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Le président de la CME coordonne son élaboration avec le directeur.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins.

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La CME se compose de :

1. L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement
2. Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
3. Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
4. Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
5. Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

II. - Assistent en outre avec voix consultative :

1. Le président du directoire ou son représentant ;

2. Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
3. Le praticien responsable de l'information médicale ;
4. Le représentant du comité social d'établissement, élu en son sein
5. Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
6. Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.
7. Le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins

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

1.2.2.2 Le Comité Social d'Etablissement

Le Comité Social d'Etablissement assure la représentation des personnels non médicaux de l'établissement. Il est présidé par le Directeur, ou son représentant membre du corps des personnels de direction.

Il est composé de représentants du personnel, élus sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement. Il compte 15 membres titulaires et un nombre égal de membres suppléant.

Il est consulté ou informé sur les matières relatives au fonctionnement de l'établissement, définies par décret. Il dispose d'un règlement intérieur.

1.2.2.3 La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques (CSIRMT)

La CSIRMT est consultée ou informée sur les questions liées à l'organisation des soins dans les conditions fixées par décret. Elle est présidée par la Directrice des Soins. Cette commission comprend 30 membres titulaires et un nombre égal de suppléants élus au sein de 3 collèges (cadres de santé, personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et aides-soignants). Des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, peuvent être associés aux travaux de la commission à l'initiative du président.

En complément des désignations opérées pour la CME et le Conseil de Surveillance, la Commission désigne des représentants dans les instances suivantes :

- CARE
- Commission des Usagers
- CSIRMT GHT

Un membre de chaque collège est désigné pour être membre du bureau. Le bureau se réunit autant que besoin sur sollicitation du Président de la Commission ou de l'un de ses membres.

Le bureau :

- Gère les affaires courantes (suivi de dossier, projet d'organisation de soins ...)
- Prépare les réunions de la commission et assure son secrétariat
- Aide à la rédaction du rapport annuel

1.2.2.4 La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail

Cette commission définit les orientations générales en vue de la protection sanitaire et de la sécurité des personnes travaillant dans l'établissement. Elle est chargée de procéder à l'analyse des risques professionnels, d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liés exclusivement à la protection de la santé et de la sécurité des salariés du CHR et à l'amélioration des conditions de travail.

Elle est composée de quinze représentants du personnel titulaires et de quinze suppléants désignés par chaque organisation syndicale siégeant au CSE. Elle comprend également un représentant des personnels médecins et pharmaciens (un titulaire et un suppléant).

Elle est présidée par le Directeur, ou son représentant membre du corps des personnels de direction.

Outre le(s) médecin(s) du travail, assistent à ses réunions, à titre consultatif, les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés et le représentant du service compétent en matière d'hygiène. Les agents de contrôle de l'inspection du travail sont informés de toutes les réunions. L'ordre du jour leur sont communiqués à l'avance afin qu'ils puissent y participer.

Elle dispose d'un règlement intérieur.

1.2.2.5 La Commission des Usagers

Cette commission a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. Elle peut être présidée par un représentant des usagers. Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formulées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données. Elle se compose ainsi (titulaires et suppléants) :

- un représentant légal de l'établissement
- un médiateur médecin
- un médiateur non médecin
- des représentants des usagers
- le Président de la CME ou son représentant
- un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico technique
- un représentant du personnel
- un représentant du Conseil de Surveillance

1.2.3 Les autres instances

1.2.3.1 Le **COVIRIS** COMITE DE PILOTAGE – **PREVENTION DES RISQUES – RELATIONS USAGERS** (COPIL)

Le Comité de Pilotage – Prévention des Risques – Relations Usagers se compose ainsi :

- Le directeur général

- Le président et vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS),
- La directrice des soins adjointe et de la qualité
- L'équipe qualité et gestion des risques
- Un représentant de la CSIRMT,
- La directrice des relations avec les usagers
- L'adjointe à la directrice des relations avec les usagers
- La directrice des achats et de la logistique
- La directrice de la transition écologique
- Le directeur des finances
- Le directeur des services techniques
- La directrice des ressources humaines
- La directrice du système d'information
- La responsable du service pharmacie
- La conseillère en prévention des risques professionnels,
- Des cadres supérieurs de santé référents qualité,
- Les vigilants (pharmacovigilance, réactovigilance, matériovigilance, identitovigilance)
- Les référents qualité médicaux et paramédicaux
- un représentant des usagers

Le COPIL se réunit au maximum 3 fois par an, sur convocation. Il peut également se réunir à la demande formelle et motivée :

- des deux tiers de ses membres,
- du président de la CME,
- du directeur de l'établissement

Le COPIL participe :

- au management de la qualité et des risques au sein de l'établissement,
- à la définition de la politique qualité et gestion des risques à l'intérieur de l'établissement,
- à la coordination des travaux des différentes instances et comités (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, CREX, CIV, CARE, Groupe de travail Référents Qualité, Comité Droits des patients, Groupe de travail Isolement-Contention, ...).

Le COPIL est notamment amené à exercer les missions suivantes :

- Suivi de la mise en œuvre des axes de travail définis dans la politique institutionnelle qualité/gestion des risques et son programme d'actions (PAQGR)
- Assurer le pilotage des démarches entrant dans le cadre de la gestion globale et coordonnées des risques
- Veiller au bon déroulement des démarches de certification sanitaires et médico-sociales (CRANSE et CSAPA) et du recueil annuel des IQSS (indicateurs qualité et sécurité des soins)
- Assure le suivi et le déploiement de la culture qualité/gestion des risques dans l'établissement
- Analyse des risques a priori

Son secrétariat est assuré par la Cellule Qualité.

1.2.3.2 La Commission Opérationnelle (COOP)

Les objectifs de cette Commission Opérationnelle sont d'améliorer la politique qualité et gestion des risques au sein de l'établissement et de développer la culture qualité auprès des acteurs de terrain.

Elle se compose de la Directrice des Soins Adjointe et de la Qualité, les membres de la Cellule Qualité et des cadres supérieurs de santé.

Une réunion tous les deux mois avec les membres de la COOP est organisée afin de:

- Présenter le suivi des FEI afin de repérer les éventuels points de blocage, identifier les problématiques nécessitant des analyses approfondies
- Réfléchir autour des actions d'amélioration à initier : présence éventuelle de gestionnaires de risques spécifiques pour la pertinence des actions proposées.
- Mettre en place des groupes de travail sur des thèmes identifiés en vue de la rédaction de documents (protocoles, procédures, CAT...) afin d'améliorer les pratiques.
- Veiller au niveau opérationnel, à la coordination des différents groupes de travail liés à la qualité, à la sécurité des soins et à la gestion des risques (audits, sensibilisations, patients-traceurs, etc.), et à la cohérence de leurs travaux

1.2.3.3 Le Comité « Evaluation des pratiques professionnelles »

En lien avec les exigences de la HAS, les missions du Comité EPP sont les suivantes :

- Il organise le déploiement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité cliniques ou médico-techniques et particulièrement de la mise en œuvre des EPP identifiés dans le cadre des travaux du PE ;
- Il assure l'accompagnement méthodologique des équipes ;
- Il valorise les démarches et en gère la traçabilité (documents requis ou labellisés par la HAS, communication interne, informatisation) ;
- Il suit l'avancement et l'impact des démarches, y compris le bilan annuel et l'ajustement de la stratégie ;

Les modalités de fonctionnement du Comité EPP sont définies dans un Règlement intérieur. Son secrétariat est assuré par la Cellule Qualité.

Le Comité EPP se réunit au moins 3 fois par an et tant que de besoin. Il peut être saisi par la CME ou la Direction Générale de toute question relevant de ses missions.

1.2.3.4 Le Comité de Retour d'Expérience (CREX)

Le Comité de Retour d'Expérience a pour mission :

- Faire un retour sur les événements indésirables ayant fait l'objet d'une analyse approfondie (RETEX : Retour d'Expérience)
- La mise en œuvre et le suivi des actions issues des RETEX

Les modalités de fonctionnement du CREX sont définies dans un Règlement intérieur. Son secrétariat est assuré par la Cellule Qualité.

Le CREX se réunit trimestriellement selon un planning élaboré en début d'année communiqué aux membres du CREX par la Cellule Qualité.

1.2.3.5 Le CARE

Est constitué au CH du Rouvray, un Comité d'Aide à la Réflexion Ethique qui a vocation à développer une réflexion sur l'éthique, liée notamment à l'accueil et la prise en charge des patients. Ce comité a en outre des missions de formation et d'information en matière éthique. La composition de ce comité répond à des critères de pluridisciplinarité et pluri professionnalité. Un règlement intérieur définit les modalités de fonctionnement du CARE.

1.2.3.6 COPIL DPI

Le COPIL DPI a pour missions principales :

- De mettre en œuvre la politique de gestion du dossier patient
- D'organiser le passage progressif du dossier papier au dossier informatisé
- De prendre toute mesure utile à la bonne utilisation de CORTEXTE
- De prendre toute mesure utile au bon fonctionnement conjoint CPAGE-CORTEXTE
- De prendre toute mesure concernant l'identito-vigilance, en liens étroits avec la Cellule d'identito-vigilance.

Le COPIL DPI est une instance décisionnelle dont la composition pluriprofessionnelle permet de prendre en compte les points de vue des acteurs concernés.

Un règlement intérieur définit les modalités de fonctionnement du Copil DPI.

1.3 Les gardes de direction

Afin d'assurer la présence permanente d'une autorité administrative au sein de l'établissement, de veiller à la bonne marche du service public hospitalier et de prendre les mesures nécessaires pour parer à tout événement susceptible d'entraver son fonctionnement normal, le Directeur Général, habilite plusieurs agents, membres de l'équipe de direction, attachés administratifs ou ingénieurs au sein du Rouvray, à exercer des gardes de direction, durant lesquelles ils sont investis par délégation de domaines relevant de sa compétence et de sa responsabilité.

Un tableau de garde est établi mensuellement, faisant apparaître nominativement la liste des administrateurs de garde.

Une décision écrite du Directeur Général nomme officiellement les administrateurs de garde et leur confère une délégation de signature pour plusieurs mesures qu'ils sont susceptibles de prendre au cours de leur garde de direction.

Un dossier de garde informatisé est mis à disposition des administrateurs de garde sur le réseau. Il récapitule les conduites à tenir pour des situations et des problématiques listées.

1.4 L'organisation polaire

1.4.1 Organisation des structures médicales

Le CHR est un lieu de prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques par la mise en place d'actions : de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Centre d'information et de recherche, dans le but de faire évoluer la science et les pratiques en psychiatrie.

Centre de formation médicale par la présence de 2 services hospitalo-universitaires.

Lieu de formation par la présence d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Lieu de formation pour professionnels et usagers.

Le centre du Rouvray est organisé en deux pôles d'activité et une fédération :

- Pôle de Psychiatrie de l'Adulte
- Pôle Enfants & Adolescents
- Fédération de Psychiatrie Médico-Légale

La psychiatrie fait l'objet d'une organisation particulière sous la forme de secteurs. Ils se définissent comme une aire géographique de prise en charge en fonction du lieu de résidence du patient. Cette organisation permet une prise en charge continue entre l'unité de soins et les structures extrahospitalière.

Chaque pôle comprend plusieurs services, sectorisés ou non. Chacune de ces structures est placée sous la responsabilité d'un psychiatre hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire.

Les services constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail. Ils sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

Le chef de service est nommé par décision conjointe du Directeur et du Président de la CME, après avis du chef de pôle.

Au centre hospitalier du Rouvray, l'organisation des soins se compose :

- D'unités de psychiatrie générale pour adultes ;
- D'équipes mobiles ;
- D'unités de psychiatrie pour enfants et adolescents ;
- D'unités de psychiatrie pour les détenus incarcérés à la maison d'arrêt de Rouen et au centre de détention du Val de Reuil (SMPR).

1.4.2 Chef de pôle et de fédération, Charte de la gouvernance

Le Chef de pôle ou de fédération est chargé de la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.

Il organise, en concertation avec l'encadrement supérieur, les équipes soignantes, médicales, administratives du pôle, le bon fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et des objectifs prévisionnels du

pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion, après avis des instances représentatives compétentes.

Il exerce aussi un rôle de concertation avec l'encadrement supérieur dans les domaines du soin, des ressources humaines, des affaires médicales et des affaires juridiques, pour lesquels il s'appuie sur l'organisation institutionnelle.

Le chef de pôle ou de fédération est nommé par décision conjointe du Directeur et du Président de la CME. Le Directeur peut mettre fin à ses fonctions dans l'intérêt du service après avis du Président de la CME. Une formation aux fonctions de chef de pôle lui est proposée par le Directeur.

La charte de la gouvernance définit les principes d'organisation interne des pôles et de la fédération ainsi que les modalités de concertation, de coopération et de délégation de gestion éventuelle avec les différentes directions pour les accompagner dans la réalisation de leurs objectifs et leur fournir des indicateurs de résultat.

1.4.3 Cadre supérieur de santé de pôle

Le cadre supérieur assiste le chef de pôle ou de fédération dans l'application de la politique et de leurs objectifs. Il participe à la mise en œuvre des projets de pôle ou de la fédération. Il assure le management de l'ensemble de cadres du pôle ou de la fédération dans le respect des règles statutaires. Il décline les objectifs de management participatif en respectant le champ de l'autonomie des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé en position opérationnelle dans la gestion des services ou des missions transversales qui leur sont confiées et en relation avec la Direction des Soins.

1.4.4 Directeur référent de pôle (à supprimer et remplacé par) La conférence de pôle

La conférence de pôle rassemble sous la direction du chef de pôle l'ensemble des chefs de service, des cadres supérieurs, des cadres de proximité, des contrôleurs de gestion ainsi que des membres de l'équipe de direction ou leurs représentants. Elle se réunit 2 fois par an afin de traiter de l'état d'avancement des actions incluses dans le projet de pôle et faire le point sur l'évolution des différents indicateurs de gestion

1.5 L'organisation des soins

1.5.1 La permanence des soins

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins. 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. Ils participent au service des samedi après-midi, dimanche 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 en cas de déclenchement de plan d'urgence.

1.5.2 Les Psychologues : missions cliniques, institutionnelles et temps Formation, Information, Recherche (FIR)

Ces trois domaines d'activités sont indissociables pour mener à bien leurs missions. Les psychologues concourent ainsi au diagnostic, à l'élaboration d'un projet de soin pour un patient et à son évaluation au fil du temps, aux prises en charge individuelles, groupales, familiales. Ils mettent ainsi en œuvre des actions préventives et thérapeutiques. D'autre part, ils maintiennent ouverte une réflexion dynamique sur la place de la psychiatrie auprès des partenaires.

Ces activités sont réalisées dans le respect du code de déontologie des psychologues (disponible sous YES) et de leur mission fondamentale : faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique, que ce soit au niveau individuel, d'un groupe social ou familial, d'une équipe engagée dans les soins ou d'une institution.

Par ailleurs, ils sont parties prenantes de l'élaboration de nouvelles modalités de soin au sein des équipes pluridisciplinaires auxquelles ils appartiennent, qu'ils peuvent aussi coordonner, superviser ou soutenir cliniquement.

Ils participent également à la transmission de savoirs théorico-cliniques aux stagiaires de notre établissement. Ils rendent compte de leur activité annuellement à l'occasion de leur bilan individuel.

Il existe au sein du Rouvray un Collège des psychologues qui constitue un espace de partage et de réflexion pour l'ensemble des psychologues de l'établissement et de leurs stagiaires. Il se réunit mensuellement. Son Conseil est constitué des 12 membres élus par les psychologues pour deux ans. Le Collège est coordonné par 3 co-coordonateurs nommés, pour deux ans également, par les membres du Conseil.

Le Collège a déployé différentes commissions : Supervision, Evaluation, Accueil et Communication, Fac et stages, Accueil de la demande et du patient et propose également des groupes ressources comme le Groupe de partage et de réflexion Petite Enfance, le Groupe de réflexion sur la supervision parmi d'autres groupes-ressources déjà implantés au sein du CHR (ARIPCHR, ARTAAS...). Le Collège est représenté, d'une part dans différentes instances de l'établissement : CME, CSMIRT, CARE, Comité du Centre de documentation et d'autre part au Conseil de gestion de l'Université des Sciences de l'Homme et de la Société de Rouen.

Il organise annuellement une journée de formation ouverte à tous les agents du CHR et à leurs stagiaires.

1.5.3 Les fonctions des internes

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service. Ils sont soumis au service de garde.

1.5.4 Les fonctions des externes

Les externes en médecine participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens et sous la surveillance des chefs de clinique - assistants des hôpitaux. 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. Ils sont associés au service de garde. Ils suivent les enseignements dispensés au sein du CHR et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

1.5.5 La coordination des soins dispensés

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 à dispenser et d'une manière générale du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles. L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

1.5.6 Service 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 qualifiés accomplissent les soins relationnels, techniques, ainsi que tous les soins nécessaires au confort du malade. Ils sont assistés dans cette tâche par d'autres professionnels qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée. Les agents de bio-nettoyage accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux (organigramme disponible sur la page d'accueil de l'intranet et sur le logiciel gestion documentaire YES)

1.6 Sécurité et hygiène

1.6.1 Finalités et portée des règles

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. De plus elles visent à assurer le calme, la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle.

Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les membres du personnel et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Toute personne se trouvant au sein du CHR, quelle qu'en soit la raison, doit se conformer aux règles de sécurité, afin de préserver l'intérêt général et la sécurité de tous. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

1.6.2 Sécurité générale

1.6.2.1 Accès au CHR

Les conditions d'accès au site sont régies par le Directeur Général. Il peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles. Sauf besoins ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire dans les locaux de l'hôpital : alcool, armes, explosifs,

produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé. Les animaux doivent être tenus en laisse dans l'enceinte du parc.

1.6.2.2 Calme au sein de l'hôpital

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site par le service de sécurité du Rouvray, avec en cas de besoin appel aux autorités de police.

1.6.2.3 Personnel de sécurité général

Tous les membres du personnel assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application.

Ses possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le Code Pénal et par le Code de Procédure Pénale :

- obligation d'assistance aux personnes en péril ;
- légitime défense ou état de nécessité ;
- crime ou délit flagrant.

Les membres du personnel de sécurité générale ne peuvent intervenir dans les services de soins qu'à la demande d'un directeur ou des personnes responsables de ces services. Ils peuvent retenir aux sorties du site hospitalier, durant le temps nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit afin de la remettre aux autorités de police. Ils peuvent également retenir tout patient désorienté ou susceptible visiblement de courir un danger à l'extérieur du site, en attendant sa prise en charge par un service de soins.

En dehors de l'hypothèse des « circonstances exceptionnelles », ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder à aucune fouille tactile, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule personnel. Ils ne peuvent non plus effectuer une vérification d'identité, ni être porteurs d'aucune arme, même défensive.

1.6.2.4 Règles de responsabilité

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non. Le CHR assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital. Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur en application du code de Procédure Pénale peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime).

1.6.2.5 Rapports avec l'autorité judiciaire

Le Directeur informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte

1.6.2.6 Rapports avec les autorités de police

Seul le Directeur a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, sauf situation d'urgence absolue. L'autorité de police apprécie si cette intervention est possible ou nécessaire. En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirés de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des malades et d'une manière générale des droits du citoyen.

1.6.2.7 Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Il en informe notamment le secrétaire de la Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail et le Président de CME.

En cas de péril grave et imminent pour le site, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur peut, sans 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, d'une évacuation et d'une réduction ou d'un arrêt des activités dans un service.

En situation sanitaire exceptionnelle ou toute autre situation de crise le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

1.6.3 Sécurité de fonctionnement

1.6.3.1 Gestion des risques

Le Directeur Général et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et des autres personnes fréquentant chaque site. A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Ils organisent la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

1.6.3.2 Personnel technique et continuité de service

Suivant les instructions du Directeur Général, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les Directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'institution puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement. Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

1.6.3.3 Sécurité incendie

L'ensemble du site est assujéti au règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux Etablissements Recevant du Public.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les formations obligatoires relatives à la sécurité incendie. Il doit être mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital, être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal ou l'évacuation et doit être entraîné à la manœuvre des moyens d'extinction.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc...) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction du Projet Immobilier et des Services Techniques et doit être validé par le service de sécurité incendie.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :

- la conduite à tenir en cas d'incendie ;
- les modalités d'évacuation et notamment le transfert horizontal dans les services d'hospitalisation ;
- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et de liquides inflammables ;
- la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation, des dégagements et des portes issues de secours.
- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

1.6.3.4 Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer et de vapoter (usage de la cigarette électronique) à l'intérieur des locaux du CHR. La création ou l'aménagement d'emplacements mis à disposition des fumeurs au sein du Rouvray sont strictement interdits. Il est interdit de fumer dans les chambres. Une signalisation apparente à l'entrée et dans les locaux rappelle cette interdiction.

Afin de faire respecter et accepter cette interdiction de fumer, il appartient aux équipes médicales et soignantes d'accompagner les patients en leur proposant des formules de sevrage et de substitution au tabac.

1.6.4 Circulation et stationnement au sein du parc

1.6.4.1 Nature de la voirie hospitalière

Les voies de circulation des sites hospitaliers appartiennent au domaine public du CH du Rouvray. Elles sont des voies "manifestement ouvertes à la circulation du public" au terme de la jurisprudence de la Cour de Cassation et, à ce titre, accessibles à tout usager du service public. Pour des motifs d'intérêt général, le directeur peut être amené à décider de réserver l'accès de tout ou partie du site à certaines catégories d'usagers, de façon temporaire ou permanente ainsi que de contrôler les entrées.

1.6.4.2 Règles applicables

Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, le CH du Rouvray arrêtera des modalités quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de régulation des accès aux sites hospitaliers.

Le Code de la Route est applicable sur tous les sites hospitaliers. La signalisation est adaptée au Code de la Route, en particulier à celle concernant l'interdiction de s'arrêter, l'interdiction de stationner, l'information d'enlèvement de véhicule en cas d'infraction. La police nationale et la police municipale sont chargées de faire respecter le Code de Route notamment en matière d'accès des véhicules d'incendie et de secours.

Ces classements sont périodiquement actualisés après avis des Commissions de Sécurité Incendie.

Le CH du Rouvray se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à son site aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux alinéas précédents, entraveraient gravement la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Le CH du Rouvray se réserve le droit de demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier. L'Etablissement en avisera le propriétaire autant que possible par tout moyen approprié.

L'accessibilité de tout usager aux sites hospitaliers dans le respect des dispositions des alinéas précédents n'ouvre en aucune manière droit à stationnement. Cette accessibilité n'engage en rien la responsabilité du CH du Rouvray en matière d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

Le CH du Rouvray arrête des zones de stationnement réservées à certaines catégories de personnels appréciées par le Directeur Général. Des places sont également réservées aux personnes handicapées.

L'ensemble des voies de circulation est classé en "zone de rencontre" où le piéton est toujours prioritaire.

En cas de déclenchement d'un plan d'alerte ou d'urgence, la Direction Générale assure l'organisation des accès en liaison avec l'ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de ces plans.

1.6.5 Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital

En cas d'urgence vitale ou d'accident signalé à proximité immédiate du CHR, les personnels, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux patients ou aux blessés en péril sur la voie en mettant en œuvre les mesures adéquates.

1.7 Amélioration de la qualité

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé définissent et mettent en œuvre une politique adéquate, évaluent leur activité et font l'objet, périodiquement d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.

1.7.1 Mise en œuvre de la politique qualité

Elle est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle. L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes. La Direction des Soins, de la Qualité et de l'IFSI en lien étroit avec la CME et la Direction des relations avec les Usagers, recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution. Elle impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires réglementairement ou nécessaires. Elle sélectionne des thèmes prioritaires déterminés dans le PAQGR (Plan d'Amélioration de la Qualité et la Gestion des Risques) qui regroupe l'ensemble des actions d'amélioration préconisées. Ces actions sont issues des démarches d'évaluation interne (auto-évaluations) et externes (visites de certification), de l'analyse des événements indésirables et de la prise en compte de l'expérience patient développée au sein de l'établissement. Elle intègre les avis et propositions émis par la Commission des Usagers. Elle suit l'avancée des actions et les fédère. Les décisions concernant la politique qualité sont prises par le Directeur Général après avis de la CME et concertation en Directoire.

1.7.2 La gestion des risques : signalement des événements indésirables et charte de confiance³

Un événement indésirable est tout accident, incident ou dysfonctionnement survenant au sein de l'établissement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèle un état de risque, d'insécurité ou de non-qualité pour les patients, les professionnels, les visiteurs ou les biens.

Les professionnels du Rouvray satisfont à cette obligation lorsqu'ils transmettent, selon le circuit institutionnel, une feuille de déclaration d'événement indésirable accessible depuis l'intranet via le logiciel Apta-YES. Par ailleurs, les professionnels doivent directement prévenir le responsable du service ou le directeur de garde de la survenue d'un événement indésirable grave tel que défini ci-dessous.

Un événement indésirable grave se définit comme tout événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

La Direction des Soins, de la Qualité et de l'IFSI assure, en lien étroit avec le Directeur Général, la déclaration obligatoire des événements indésirables graves auprès du Directeur Général de l'ARS.

³ Charte de soutien à la déclaration des événements indésirables en annexe 3

Plus largement, afin de poursuivre le développement de la culture sécurité au sein du CH du Rouvray une charte de confiance relative au signalement des événements indésirables a été signée par le Directeur Général et le Président de la CME. Cette charte a pour objectif d'inciter les professionnels à signaler l'ensemble des événements indésirables. Elle instaure une clause d'anonymisation du déclarant et de « non punitivité » qui prévoit que l'agent qui aura spontanément et sans délai signalé un événement dans lequel il est impliqué ne fera l'objet d'aucune mesure disciplinaire. Ainsi, l'incident, s'il est isolé et non intentionnel, ne défavorisera pas l'évaluation annuelle de l'agent.

1.7.3 Organisation de la démarche de certification par la HAS

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS), instance consultative à caractère scientifique et indépendante. Elle s'inscrit dans un double courant international qui prône d'une part : une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs et, d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus. S'appuyant entre autres sur l'évaluation des pratiques professionnelles, la procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble de leur fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des malades et les résultats obtenus à cet égard. Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale et sur un groupe de pilotage et de suivi.

1.7.4 Evaluation externe des structures sociales et médico-sociales (CRANSE et CSAPA)

Depuis la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ont l'obligation de procéder à une évaluation régulière de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Le nouveau dispositif d'évaluation construit par la HAS s'appuie désormais sur un référentiel national commun à tous les ESSMS centré sur la personne accompagnée. Le référentiel s'appuie sur un manuel qui définit trois méthodes pour évaluer les pratiques et les organisations au plus proche du terrain qui se traduisent par des entretiens avec les personnes accompagnées, les professionnels et la gouvernance des ESSMS.

Cette évaluation a lieu tous les 5 ans pour le CRANSE et pour le CSAPA.

1.7.5 Gestion des plaintes et des réclamations

Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès du responsable de service ou du cadre de santé de l'unité concernée. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins

Le Directeur du CHR répond dans les meilleurs délais, en avisant soit le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur (médecin ou non médecin), soit il informe

l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

Le médiateur saisi rencontre l'utilisateur dans les huit jours suivant la saisine et adresse le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants au Président de la CDU ; ce dernier transmet sans délai ce compte-rendu aux membres de la commission et au plaignant. La Commission formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement - Dans les huit jours suivant la séance, le Directeur répond au plaignant en y joignant l'avis de la Commission.

Si le patient ou ses ayants droits estiment dommageable à leur égard la prise en charge par l'hôpital, ils peuvent saisir d'une demande d'indemnisation soit le Directeur, soit la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, soit directement la juridiction compétente. Le Directeur, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu en toute hypothèse de faire connaître les voies de recours ouvertes. La saisine de la CDU ne constitue pas un préalable obligatoire à une démarche auprès de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation ou à une requête devant les Tribunaux.

2. Accueil, consultations et hospitalisation

2.1 Principe régissant l'accès aux soins

2.1.1 Droit à la prévention et aux soins

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination. Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent pas aussi être réalisés par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris par le médecin dans les conditions réglementairement prévues, qui sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs.

2.1.2 Libre choix du patient

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Malgré les règles de fonctionnement de l'hôpital, notamment la sectorisation, le patient a le libre choix du praticien et du service de prise en charge lorsque l'organisation des soins le permet. Il ne permet pas en outre au malade

de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs tirés de la religion, connue ou supposée de ce dernier. Ce droit s'exerce, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la Sécurité Sociale.

2.2 L'accueil et l'admission des patients

2.2.1 Les dispositions générales

L'établissement a pour mission d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination.

Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. Le recours à un interprète peut être organisé pour les patients étrangers ou souffrants de certains handicaps.

La vérification de l'identité des patients accueillis est indispensable tout au long de la prise en charge afin d'assurer la sécurité des soins et prévenir la survenue d'événements indésirables ainsi l'usage des bracelets d'identification pour l'ensemble des patients hospitalisés au sein du CH du Rouvray est obligatoire.

Le patient est invité lors de son admission à désigner une personne à prévenir et une personne de confiance.

2.2.2 Les formalités administratives

L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. A cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au Bureau des entrées sa carte Vitale, une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant. Il peut lui être demandé de justifier son adresse par tout document.

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent. Si le patient ne peut pas présenter sa carte Vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève. S'il n'est pas assuré social, le dossier du patient à l'hospitalisation est pris en charge par l'assistante sociale de l'UNACOR.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) sont munis d'une carte Vitale et/ou d'une attestation papier avec photographie d'ouverture de droit à l'Aide Médicale Etat et en cours de validité ou, à défaut, de tous documents nécessaires à la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

2.2.3 Dépôt et restitution de bien et de valeurs

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer si possible auprès de ses proches ou auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession (ne sont autorisés que les espèces, CB, chèquiers, bijoux de valeur ou autres modes de paiement). Les papiers d'identités (CNI, permis, carte vitale, etc...), portefeuilles, clés de voitures ne sont pas autorisés dans le dépôt. Le patient devra garder avec lui ses effets personnels ou les remettre à ses proches.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur des hospitalisés sont remis, après inventaire effectué dans le service de soins par le personnel soignant, à un régisseur de dépôt de l'établissement. Au-delà d'un mois de garde, ces dépôts sont transmis à la Trésorerie Principale.

En cas de décès, les dépôts sont transmis le jour même ou le lendemain au plus tard à la Trésorerie Principale. Elle devient alors le seul interlocuteur.

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

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

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

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

2.2.4 Information aux familles, personne à prévenir et secret de l'admission

Dès l'admission, le service de soins propose au patient de désigner une personne à prévenir en tant que de besoin.

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

Le malade, y compris un mineur 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. Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation.

Trois cas peuvent justifier du secret de l'admission concernant un mineur. L'admission du mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale que :

- s'il est émancipé et qu'il possède la capacité d'exercice de ses droits,
- lorsque ses liens familiaux sont rompus et qu'il bénéficie à ce titre de la CMU à titre personnel,
- lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé.

Dans certains cas prévus par la loi, le mineur peut revendiquer un droit particulier au secret. Il consentira seul aux soins et les titulaires de l'autorité parentale ne seront pas avertis. Le mineur est alors accompagné de la personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. »

Nota Bene :

L'anonymat est l'état d'une personne, qui refuse de donner son identité.

La confidentialité correspond au caractère privé et secret d'une information.

La législation ne prévoit que deux situations d'anonymat dans le cadre de l'hospitalisation :

- Accouchement sous le secret (Article R 1112-28 du CSP ; Article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles).
- Toxicomanes en cas d'admission volontaire (Articles L 3414-1, R 1112-38 du CSP).

Il n'est donc pas prévu juridiquement de pouvoir prononcer une hospitalisation sous couvert d'anonymat dans d'autres situations. Cependant, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé dans cette situation une alerte figure dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) du patient ainsi que dans le logiciel administratif de gestion des malades, à l'exception toutefois des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5.

Le patient peut également demander à ne recevoir aucune visite ou à retrouver les personnes qu'il autorise à lui rendre visite.

2.2.5 Désignation de la personne de confiance

Lors de l'admission, il est proposé à chaque malade majeur de désigner par écrit une « personne de confiance ». Cette désignation est co-signée par la personne désignée. Elle est facultative et figure au dossier médical. La désignation de la personne de confiance peut se faire également à tout moment au cours de l'hospitalisation. Cette personne – qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant – a vocation à être consultée si le malade devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions. Son rôle est renforcé pour les malades en fin de vie: lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la « personne de confiance » qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. La personne de confiance ne dispose pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

Cette désignation est révisable et révocable à tout moment. La personne de confiance ne se confond pas nécessairement avec la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé (ou décès), sauf désignation d'une même personne par le patient.

2.2.6 Le livret d'accueil

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation un kit d'admission comprenant entre autres un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les formalités administratives d'admission et de sortie, les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital.

Les dispositions de la Charte de la personne hospitalisée sont insérées dans ce livret ainsi qu'un formulaire permettant au malade de consigner librement ses observations, critiques et suggestions et pouvant être déposé à sa sortie. Ce livret contient la liste nominative des membres de la Commission des Usagers, accompagnée d'une information sur les modalités d'expression et de traitement des doléances. Ce livret d'accueil 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.

2.3 Les modalités d'admission

2.3.1 Consultations d'urgence

Une unité d'accueil et d'orientation, UNACOR, est située à l'entrée principale du Centre Hospitalier du Rouvray. Cette unité est ouverte 24h sur 24, 7 jours sur 7. L'accueil se fait sans rendez-vous.

L'équipe prend en charge les patients en situation d'urgence psychiatrique pouvant être hospitalisés, sans risque somatique. Après évaluation par un psychiatre ou un interne, le patient pourra être orienté vers une prise en charge ambulatoire (CASP ou CMP) ou hospitalisé dans une unité après décision médicale.

2.3.2 L'admission programmée

Dans certains cas l'admission d'un patient peut être programmée en accord avec l'équipe médicale et le patient. Le malade est invité à se rendre dans l'unité d'accueil sans passer par le service UNACOR. Sa prise en charge se fait directement par le secteur qui le suit.

Dans d'autres cas, notamment dans les unités de recours, les admissions sont programmées selon les places disponibles dans les unités. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au malade par le secrétariat de l'unité, après avis du chef de service.

2.3.3 L'admission par transfert

Un patient peut être admis par transfert sur demande d'un autre établissement dès lors qu'il est sectorisé géographiquement sur la zone d'intervention du Centre Hospitalier du Rouvray.

Pour ce faire, il est nécessaire de disposer de l'accord médical d'un praticien hospitalier du CHR et de l'accord administratif du Directeur ou de son représentant pour les patients en soins sans consentement. Faute de détenir ces documents, aucun transfert ne pourra être réalisé.

Les transports inter-établissements sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs et dotations hospitalières.

Il est cependant impératif que le patient transféré ait le statut d'hospitalisé au moment du transfert.

2.3.4 L'admission en hôpital de jour

L'admission en HJ est décidée en accord avec le psychiatre et le patient, elle s'effectue tant sur le pôle enfant et adolescents que sur les pôles adultes et n'est pas toujours conditionnée par une prise en charge à temps complet.

2.4 Les modes d'hospitalisation

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi 2013-869 du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge définit les conditions d'admission et de séjour des personnes admises en soins sous contrainte.

L'admission en soins psychiatriques se décline sous 3 modalités:

- Les soins psychiatriques libres ;
- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

2.4.1 Les soins libres

2.4.1.1 Le consentement aux soins

Les soins psychiatriques libres restent le mode de prise en charge principal. Dans ce cadre, le patient est consentant aux soins

Le patient prend, avec le médecin, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. La liberté de consentir à des soins est un droit reconnu à chaque personne. Toute personne étant présumée apte à consentir à ses soins, c'est elle seule qui peut donner un consentement libre et éclairé aux soins. Ce principe s'applique différemment dans le cas d'une personne majeure, et dans le cas d'une personne mineure. Le consentement du majeur sous tutelle est recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Toutefois, dans le cas d'une personne jugée inapte à consentir à ses soins, le personnel soignant et médical doit obtenir ce consentement d'une autre personne autorisée par la loi à le donner en son nom (représentant légal ou juge des tutelles). Cette dernière est tenue d'agir dans le seul intérêt du patient qu'elle représente, en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés de celui-ci.

Lorsque le patient refuse les soins proposés (hors cas de soins sous contrainte), le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix. S'il apparaît que le refus compromet la prise en charge ou l'efficacité du traitement, après information du patient, la sortie pourra être prononcée par le directeur, sur avis médical. Dans ce cas, l'équipe soignante transmettra au patient un document à signer faisant expressément état des risques inhérents à sa décision.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne sera pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient et ce consentement pourra être retiré à tout moment. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne sera réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance si elle est désignée ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

2.4.1.2 Les formalités de l'admission

Avant toute admission en soins psychiatriques libres, le Directeur s'assure que la personne malade (ou son représentant légal) a donné son accord pour recevoir les soins requis par son état. Il sera alors demandé au patient de remplir et signer un formulaire de demande d'admission.

Le Bureau des entrées s'occupe d'effectuer l'entrée administrative du patient. Si le patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique (curatelle, tutelle), une copie de l'ordonnance du juge des tutelles devra être remise au bureau des entrées. Le service de soins remet au patient le kit d'admission lors de son admission.

2.4.2 Les soins sans consentement

Une personne adulte ne peut être hospitalisée sans son consentement que dans les deux cas prévus par la loi : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

Dans le cas de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, il appartient au Directeur de prendre les décisions prononçant l'admission ou le maintien de la mesure de soins sous contrainte.

Les soins psychiatriques sur décision du maire ou du Préfet font l'objet respectivement d'un arrêté d'admission municipal ou préfectoral. Le maintien des soins sera subordonné à un arrêté Préfectoral.

2.4.2.1 Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Deux conditions cumulatives doivent être au préalable remplies : le patient compte tenu de ses troubles doit être dans l'impossibilité de donner son consentement et son état rend indispensable des soins immédiats assortis d'une surveillance en hospitalisation complète ou sous la forme d'un programme de soins.

Une demande d'admission doit être présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, lui donnant qualité à agir dans l'intérêt du patient à l'exclusion des personnels soignants exerçant au CH du Rouvray.

Cette demande doit être manuscrite, datée et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande sera reçue par le directeur qui en donnera acte.

La demande comporte les noms, prénoms, date, lieu de naissance et adresses complètes, tant de la personne qui demande les soins que de celle du futur patient. Devront également y être indiqués la nature des relations existantes entre le demandeur et la personne malade ainsi que, s'il y a lieu, leur degré de parenté.

En cas d'admission en péril imminent, la demande de tiers n'est pas requise. Toutefois, l'établissement recherchera de manière active, dans un délai de 24h, un membre de la famille du patient afin de l'informer de la mise en place de la mesure de soins sans consentement.

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent se décline en trois modalités :

- L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers dit « classique » :

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours rédigés par deux médecins différents inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins (non obligatoirement psychiatres).

Le premier certificat médical circonstancié est établi par un médecin n'exerçant pas au CH du Rouvray ; il constatera l'état mental de la personne nécessitant des soins, indiquera les

particularités de sa maladie et la nécessité de l'admission en soins psychiatriques sans son consentement.

Le deuxième certificat circonstancié médical conforme au premier est établi par un médecin qui peut être attaché au CH du Rouvray.

Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclus, ni entre eux, ni du directeur, ni du tiers demandeur, ni du patient.

- L'admission en soins psychiatriques en cas d'urgence (nécessité d'un tiers) :

Lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Dans ce cas, les certificats médicaux de 24h et 72h sont établis par deux psychiatres distincts.

- L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers :

La loi prévoit ces deux procédures d'admission lorsque la vie de la personne est en danger ou que son intégrité est menacée et qu'il s'avère indispensable de prodiguer des soins immédiats.

L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers : Cette procédure permet l'admission dans le seul cas de péril imminent d'une personne en l'absence de tiers déclarés formalisant une demande. Le péril imminent fait référence à la notion d'immédiateté du danger pour la santé de la personne ou sa vie en cas de refus de soins.

L'admission dans ce cadre est prononcée par le directeur au vu d'un seul certificat médical établi par un médecin extérieur à l'établissement. La famille du patient, sauf impossibilité liée à des recherches infructueuses, sera informée dans les 24h. Cette démarche se fera dans le respect du secret médical.

Dans ce cas, les certificats médicaux de 24h et 72h seront établis par deux psychiatres distincts.

2.4.2.2 Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Cette modalité d'admission est une mesure permettant sur arrêté provisoire du maire ou du préfet, qu'une personne, malgré son refus ou son opposition, soit admise en soins psychiatriques si ses troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le préfet, par arrêté, prononce l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre n'exerçant pas au CH du Rouvray.

La situation de danger imminent/ l'arrêté municipal : En cas d'urgence et de danger imminent pour la sûreté des personnes, c'est le maire qui, au vu d'un certificat médical, établi par un médecin extérieur à l'établissement, ou d'un avis médical pouvant être rédigé par un psychiatre de l'établissement prend les mesures provisoires nécessaires, à charge pour lui d'en informer dans les 24h le préfet. Ce dernier signe, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Faute de décision préfectorale, la mesure provisoire prise par le maire devient caduque au terme d'une durée de 48h.

La possibilité de transformation de la mesure de soins : Un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent peut faire l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du Préfet lorsque les troubles, dont il souffre, compromettent la sûreté des personnes (patients, personnels, visiteurs...). Dans ce cas d'espèce, le certificat médical de transformation des soins sur décision du Directeur au profit du représentant de l'état pourra être établi par un psychiatre de l'établissement.

De la même façon, si les conditions ayant justifiées une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ne sont plus réunies, le patient peut voir cette mesure levée au bénéfice de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, voire, de soins psychiatriques libres.

Les soins psychiatriques faisant suite à une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale: une personne ayant commis des faits d'une particulière gravité peut être admise en soins psychiatriques sur décision du préfet si les autorités judiciaires estiment que son état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

2.4.2.3 Les modalités de suivi des patients en soins sous contrainte

Période d'observation :

Le patient admis en soins psychiatriques sous contrainte peut faire l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète, qui peut atteindre 72h.

Dans les 24h suivant son admission, un médecin réalisera un examen somatique complet et/ou un psychiatre établira un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission.

En cas de non confirmation des soins dans le certificat de 24h la mesure de soins du patient est levée. Ce dernier peut quitter l'établissement sans avoir à attendre la fin de la période d'observation de 72h.

Dans les 72h suivant l'admission, un nouveau certificat médical sera établi. Dans le cas d'une confirmation de la nécessité de maintenir les soins, le psychiatre proposera, dans ce certificat de 72h, la forme de prise en charge adaptée : hospitalisation complète ou programme de soins.

Concernant les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission, un collège de professionnel effectuera une évaluation approfondie de leur état mental.

2.4.2.4 Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de prolongation de l'hospitalisation complète

Ce contrôle se cumule avec le recours facultatif dont bénéficie le patient au titre de l'article L3211-12 du code de la santé publique. L'hospitalisation (suite à une admission ou à une réintégration en hospitalisation complète) ne peut se poursuivre au-delà d'un délai de 12 jours sans une intervention de plein droit du juge des libertés et de la détention. Par ailleurs, ce contrôle est renouvelé tous les 6 mois à compter de la décision judiciaire si le patient est maintenu en hospitalisation complète. La décision du juge des libertés sera fondée sur l'avis motivé d'un psychiatre ou le cas échéant l'avis collégial (associant le psychiatre traitant du

patient, un psychiatre de l'établissement et un membre de l'équipe pluridisciplinaire) lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves.

A cet avis pourront s'ajouter des expertises médicales complémentaires si le juge des libertés en considération de l'avis du médecin psychiatre ou du collège de professionnels mandate une expertise dans les délais légaux. Dans tous les cas, les expertises devront être communiquées au juge dans un délai de 14 jours à compter de l'ordonnance de désignation des experts.

L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin conformément aux conditions de sortie spécifiques à chacune des mesures de soins sous contrainte.

Le juge des libertés peut maintenir l'hospitalisation complète ou en ordonner la mainlevée. Dans ce dernier cas, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prendra fin. Toutefois, lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises psychiatriques concordantes.

L'ordonnance du Juge des libertés peut faire l'objet d'un appel devant le premier président de la Cour d'appel ou son délégué. Si le juge ne statue pas dans les délais requis, la mainlevée de l'hospitalisation complète sera acquise sauf circonstances exceptionnelles.

Les audiences du JLD sont publiques. Toutefois le juge peut décider que les débats auront lieu à huis clos s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, ou si toutes les parties le demandent, ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice. Les audiences ont lieu au sein de l'établissement, dans une salle spécialement aménagée. Lors de l'audience, le patient est entendu. Il est assisté d'un avocat de son choix ou, à défaut, commis d'office. Si un avis médical atteste que, en raison de ses troubles, l'audition du patient est de nature à porter préjudice à son état de santé, il sera représenté par un avocat.

2.4.2.5 Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement

Le patient dispose de la possibilité d'exercer un recours auprès du juge des libertés et de la détention aux fins d'obtenir la mainlevée de la mesure de soins sous contrainte qu'elle qu'en soit la forme de sa prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins). En outre, il doit recevoir les informations relatives à sa situation juridique, ses droits et voies de recours qui lui sont ouvertes.

Par ailleurs, il doit être le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, informé de la décision d'admission et de chacun des projets de décision visant le maintien de ses soins ou définissant la forme de sa prise en charge afin qu'il puisse émettre ses observations dont il conviendra de tenir compte dans la mesure du possible.

La décision d'admission prononcée par le directeur ou l'arrêté préfectoral sont notifiés au patient dans les 24h suivant son admission.

En tout état de cause, le patient dispose du droit :

- De communiquer avec les autorités ci-dessous mentionnées :
 - o le Préfet
 - o le président du tribunal judiciaire de Rouen ;
 - o le juge des libertés ;
 - o le maire de la commune ou son représentant ;
 - o le procureur de la République de Rouen

Aucun courrier ni aucun appel téléphonique ne sera intercepté vis à vis de ces autorités.

- De saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et, lorsqu'il est hospitalisé, la commission des usagers ;
- De porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- D'exercer son droit de vote ;
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient peuvent exercer une partie de ses droits.

2.5 Dispositions particulières

2.5.1 Les mineurs

2.5.1.1 Garde et protection

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des soins, le CH du Rouvray se trouve investi du droit de garde de l'enfant incluant un devoir de surveillance adapté ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble des besoins de l'enfant et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

2.5.1.2 Consultation et admission

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux urgences psychiatriques du CH du Rouvray pour une consultation, l'établissement doit rechercher un parent ou un membre de la structure d'accueil du mineur. Il est pris en charge par l'équipe soignante de l'UNACOR jusqu'à l'arrivée des représentants légaux ou personnes habilitées (éducateur, directeur de structure d'accueil...). Il est possible d'apporter un téléphone portable mais son utilisation est soumise à l'accord du personnel médical sur des temps dédiés.

L'admission des patients mineurs :

Un mineur est admis en soins psychiatriques dans un service de psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 18 ans. Au-delà, il est pris en charge dans un service de psychiatrie adulte. Les moins de 14 ans sont accueillis prioritairement sur l'URHEA.

L'admission d'un mineur hors cas d'urgence est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire), munie d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité de l'admission en soins psychiatriques.

Lors de l'admission, l'identité de l'accompagnant et le régime d'exercice de l'autorité parentale seront vérifiés. Le consentement du mineur est recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Toutefois, dans le cas du patient mineur jugé inapte à consentir à ses soins, le personnel soignant et médical doit obtenir ce consentement d'une autre personne autorisée par la loi à le donner en son nom (représentant légal ou juge des tutelles). Cette dernière est tenue d'agir dans le seul intérêt du patient qu'elle représente, en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés de celui-ci.

A titre exceptionnel, seul sera requis le consentement d'un patient mineur dont les liens de famille sont rompus et qui bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et de la couverture maladie universelle.

L'autorisation parentale :

Lorsque les soins et examens envisagés sont usuels c'est-à-dire considérés comme des actes de la vie quotidienne sans gravité : prescription ou geste de soins qui n'expose pas le patient à un danger particulier, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre. Le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause. La demande d'admission est par conséquent recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale. L'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale est requise (sauf si le juge des affaires familiales a confié l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents) dans le cas des actes non usuels considérés comme lourds : actes dont les effets pourraient engager le devenir du patient et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, ...).

Le refus des titulaires de l'autorité parentale ou impossibilité de recueillir leur consentement :

Hors cas d'urgence, il ne peut être procédé à aucune admission. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par ce refus ou cette impossibilité de recueillir le consentement, le médecin peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

En cas d'urgence vitale, si le refus des titulaires de l'autorité parentale compromet l'intégrité corporelle ou la vie du mineur, le Directeur, sur avis du médecin, saisira le juge des enfants et/ou le Procureur de la République en vue de la mise en place d'une mesure d'assistance éducative. Cependant l'autorisation du juge ou du Procureur n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision de soins.

En cas d'impossibilité de recueillir le consentement du représentant légal toutes mesures utiles seront prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur hospitalisé en urgence soient prévenues.

L'admission d'un mineur, placé par l'autorité judiciaire dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du Directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service

d'aide sociale à l'enfance. Une demande d'hospitalisation est renseignée et signée par la personne habilitée selon les cas ci-dessus mentionnés. Pour toute décision prise par l'autorité judiciaire, une copie de l'ordonnance du juge est à transmettre au bureau des entrées

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

2.5.1.3 Informations concernant les mineurs

Ce sont le ou les titulaires de l'autorité parentale qui doivent recevoir l'information sur l'état de santé du mineur. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même d'une façon adaptée à son degré de maturité. Toutefois une personne mineure hospitalisée à sa demande en s'opposant expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale est la seule à pouvoir bénéficier du droit à l'information ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition.

Les autres dispositions relatives au droit à l'information et à ses modalités d'exercice s'appliquent au mineur sous les réserves suivantes :

- L'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner lors des entretiens et dans ses démarches par une personne majeure de son choix .
- Si le mineur accepte l'accès aux éléments du dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin.

Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure.

2.5.2 Les patients étrangers

Les étrangers sont admis dans l'Etablissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

L'assistante sociale de l'UNACOR dès l'admission du patient signifie au service des frais de séjours l'absence ou non de prise en charge de ses frais d'hospitalisation pour le patient.

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

2.5.3 Les militaires et victimes de guerre

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par la réglementation.

Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé du malade ou blessé le permet, toutes mesures sont prises afin qu'il soit transféré vers l'établissement de santé des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

2.5.4 Les patients en garde à vue

L'admission des patients gardés à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun. Dans l'attente d'une possible hospitalisation, leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du Procureur de la République ou du Juge d'instruction.

2.5.5 Les toxicomanes

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans l'établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. L'établissement garantit la transmission de cette information aux patients dès leur prise en charge. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L 3413 - 1 à L 3413 - 3 du Code de la Santé Publique.

2.5.6 Les détenus : unité BADINTER

L'établissement accueille dans son unité spécialisée, nommée Badinter, les détenus du centre de détention du Val de Reuil et des maisons d'arrêt de Rouen et du Havre.

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le Préfet prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation au sein de l'établissement.

Le certificat médical est établi par un médecin extérieur au centre hospitalier du Rouvray. L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues ne peut se faire que sous la forme d'une hospitalisation complète. Les modalités de suivi sont identiques à celles applicables aux patients admis en soins psychiatriques sur décision du Préfet.

Le patient détenu hospitalisé conserve son statut et reste donc soumis aux règles de fonctionnement applicables à l'établissement pénitentiaire (visite, courrier...). Cependant, après décision de placement du Préfet, il est placé sous la responsabilité de l'établissement. Aucun agent de l'établissement ne pourra se charger, pour le compte des patients détenus hospitalisés, d'un service étranger à sa mission.

Le personnel n'est pas autorisé à communiquer aux membres de la famille, aux proches et aux visiteurs les dates d'entrée et de sortie du patient détenu ainsi que les dates et les heures des examens réalisés.

Sous réserve du respect de ces exigences de sécurité et dans le respect des règles déontologiques, le médecin responsable du service peut communiquer des informations relatives à la santé du patient détenu hospitalisé à sa famille, à ses proches ou à la personne de confiance qu'il a désignée.

L'Administration Pénitentiaire doit être avisée de tout transfert ou évacuation vers un autre établissement de santé afin d'en organiser si nécessaire l'escorte. Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du code de procédure pénale.

2.5.7 Les patients relevant d'une décision de placement en UMD

Un patient est admis par arrêté du représentant de l'Etat dans l'Unité Erasme, Unité pour Malades Difficiles. Cette unité accueille des patients relevant de soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'état sous la forme d'une hospitalisation complète et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesure de sécurité particulière.

L'organisation de la prise en charge du patient au sein du service est définie dans le règlement intérieur de l'UMD.

3. Information et soins

3.1 Information des malades

3.1.1 Le droit à l'information

Tout patient pris en charge au centre hospitalier du Rouvray a droit à l'information sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre de liaison concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie et transmise le même jour au médecin traitant, et le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Cette lettre de liaison est également mise à disposition du patient et des professionnels de santé participant à la prise en charge du patient via « mon espace santé ».

3.1.2 Modalités d'exercice du droit d'information

3.1.2.1 Entretien individuel

Les informations relatives à la santé du patient lui seront communiquées par le médecin responsable du service concerné dans le respect des règles déontologiques applicables, lors d'un entretien individuel. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

3.1.2.2 Communication du dossier médical

S'agissant des informations concernant sa santé et détenues par l'établissement dans son dossier médical, le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement. Un délai de réflexion de 48 h étant laissé au patient, il doit accéder aux

informations au plus tard dans les 8 jours suivant la réception de sa demande (délai porté à deux mois à compter de leur constitution pour les informations médicales de plus de cinq ans). L'identité du demandeur doit être contrôlée. La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement. Le médecin concerné peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut refuser cet accompagnement. En cas de demande de remise ou d'envoi de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition. En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la personne référente désignée au sein de l'établissement ou la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.). Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale.

3.1.3 Relation avec les proches et ayants droit

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des malades dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des malades et de leurs familles. Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la Santé et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du malade.

Si le malade, majeur, a désigné une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication. Sur demande écrite, les ayants droit d'un malade décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès. Ils doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime.

3.1.4 Dispositions spécifiques pour les malades en fin de vie

3.1.4.1 Directives anticipées

Toute personne majeure admise au centre hospitalier a la possibilité de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles ont une durée illimitée mais peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.

Les directives anticipées s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, l'établissement s'assurera qu'il a demandé à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin pourra à la demande du patient ou du résident, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation

constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, soit révoquées. La révocation devra être expresse (écrite).

Les directives anticipées sont conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement. A cette fin, elles sont conservées dans le dossier médical de la personne.

Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier médical.

3.1.4.2 Prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur sur le CHR est une préoccupation quotidienne des équipes. La douleur est recherchée, mesurée par des outils adaptés. La mesure de la douleur doit se faire aussi souvent que nécessaire et en particulier :

- A l'entrée en hospitalisation
- Pour évaluer l'efficacité du traitement mis en place
- Après tout incident nouveau interférant sur l'état du patient

Dans le cas d'une douleur qui peut être induite par des soins invasifs, le CHR a mis en place l'utilisation du MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote)

Douleur et fin de vie : le Centre Hospitalier du Rouvray dans le cadre d'une convention avec le CHU de Rouen fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs CHU qui peut se déplacer au chevet du patient à la demande des différents services.(Une fiche de demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Rouen ainsi qu'un guide pour son utilisation sont répertoriés dans la gestion documentaire Apta-YES).

Les membres du personnel s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité, de calme indispensables au sein de locaux hospitaliers.

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un malade en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Le malade n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant.

Un comité de lutte contre la douleur (CLUD) a été créé au sein de l'établissement afin de travailler en multidisciplinarité et en complémentarité avec les équipes soignantes, sur l'évaluation et le traitement de la douleur.

3.1.4.3 Refus de soins

Le patient hospitalisé en soins libres peut refuser les soins. Avant sa sortie, il doit être vu en entretien par le psychiatre du service afin qu'il constate que l'état du patient ne nécessite pas une hospitalisation sans consentement. Si ce n'est pas le cas, le patient signe un formulaire de sortie contre avis médical.

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

3.1.5 Traitement des données à caractère personnel

Le CH du Rouvray collecte et traite des données personnelles des usagers obtenues lors de consultations ou hospitalisations dans le respect des dispositions applicables (Code de la Santé publique et réglementation relative à la protection des données personnelles).

Ces données font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques ; elles sont enregistrées et conservées dans le système d'information du CHR pour des durées limitées et réglementées.

Elles sont utilisées pour créer et maintenir le dossier médical du patient, gérer administrativement la prise en charge, organiser et piloter les services de soins et le parcours de soins. Elles sont partagées avec les professionnels de l'équipe de soins qui les prennent en charge et avec les personnes ou organismes autorisés en vertu de la loi, dans le respect de la sécurité et de la confidentialité de ces données. Elles sont également susceptibles d'être réutilisées pour réaliser des études dans le domaine de la santé.

L'utilisateur dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations le concernant et peut s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que ces informations fassent l'objet d'un traitement, soit par l'intermédiaire d'un médecin, soit en s'adressant au Délégué à la Protection des Données (ou DPO) du CHR à l'adresse suivante dpo@ch-lerouvray.fr ou par courrier au CHR.

En cas de difficulté dans l'exercice de ces droits, les patients disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Pour en savoir plus sur le traitement des données personnelles, consulter le site internet du CHR rubrique données personnelles.

3.2 Dispositions applicables concernant les majeurs protégés

En principe, les dispositions générales et les dispositions spécifiques aux malades en fin de vie et aux mineurs, qui ont été précédemment décrites, s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale. Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces patients concernent :

- Le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté.
- Le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle.

- En principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles, le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur

Un Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs est en poste au sein du CH du Rouvray. Ce préposé d'établissement peut exercer jusqu'à 60 mesures pour un ETP (tutelle et curatelle renforcée). Il est désigné lorsqu'un patient est hospitalisé pour une longue période ou s'il bénéficie d'un logement sur le site de l'établissement. Le mandataire effectue chaque semaine plusieurs permanences pour les majeurs protégés et usagers afin de pouvoir répondre à leurs demandes.

L'habilitation familiale : l'habilitation familiale est une mesure de protection juridique prononcée par le juge du contentieux de la protection permettant la protection par un membre de la famille d'une personne majeure souffrant d'une altération médicalement constatée de ses facultés mentales ou corporelles.

3.2.1 Les majeurs sous sauvegarde de justice

La personne sous sauvegarde de justice dispose de la même capacité juridique que n'importe quel patient. Son admission, son séjour et sa sortie relèvent des règles du droit commun.

3.2.2 Les majeurs sous curatelle

La personne sous curatelle, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile. Son admission, son séjour et sa sortie relèvent des règles du droit commun.

3.2.3 Les majeurs sous tutelle

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision le concernant. Son consentement est révocable à tout moment. Par conséquent, le seul consentement du représentant légal doit demeurer exceptionnel et n'être envisagé que lorsque le majeur protégé se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Par ailleurs, sauf urgence, la personne chargée de la protection de la personne du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité de la personne ou à l'intimité de sa vie privée. Enfin, le médecin a la possibilité de délivrer les soins indispensables en cas de refus du tuteur risquant d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé.

La personne sous tutelle est représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile, le tuteur désigné agit en lieu et place du majeur. Son consentement doit être systématiquement recherché si elle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, cependant le majeur sous tutelle ne peut consentir seul ni à son admission, ni aux soins. En effet le tuteur la représente et seul son consentement est requis.

Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

3.2.4 La banque des patients

En étant sous mesure de protection, le patient a la possibilité d'avoir un compte auprès de la Banque des patients afin de disposer de numéraire lors de son hospitalisation. Une

permanence est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 11h30 afin de retirer ou déposer votre argent dans les locaux du Bureau des entrées (bâtiment UNACOR). Les patients admis à l'UMD bénéficient également d'un compte à la banque des patients.

3.3 Participation aux recherches biomédicales

Les psychiatres peuvent proposer aux malades hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à d'autres personnes volontaires de participer à une recherche biomédicale dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires qui visent à protéger les personnes.

Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucun essai ou expérimentation ne peut être mené sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprès de la personne concernée. Cet accord est consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Toute personne (ou un représentant légal) est toujours libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à des recherches biomédicales. Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement pour les mineurs, pour les majeurs protégés légalement ou hors d'état d'exprimer leur consentement et pour les femmes enceintes, parturientes ou mères qui allaitent. Les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé.

Avant le début d'une recherche, la Direction Générale du CH du Rouvray doit toujours être informée de la nature et des modalités de cette recherche et avoir donné son accord.

4. Séjour du patient

4.1 Principes régissant le séjour

4.1.1 Règles générales

La vie hospitalière requiert du patient le respect d'une certaine discipline dans l'intérêt général sur divers plans :

- comportement et propos n'apportant aucune gêne aux autres malades ou personnels ou au fonctionnement du service ;
- respect d'une stricte hygiène corporelle et des recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (c'est-à-dire pouvant être acquises au sein du site) ;
- tenue vestimentaire décente au cours des déplacements dans l'enceinte hospitalière ;
- souci du maintien en bon état des locaux et objets mis à disposition (des dégradations sciemment commises peuvent d'ailleurs, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner une décision de sortie du malade dûment averti pour motif disciplinaire) ;
- interdiction de réaliser des clichés photographiques, portant atteinte au respect de la vie privée ;
- interdiction d'amener ou de se faire livrer des médicaments dans les unités d'hospitalisation temps plein. La poursuite éventuelle de traitements suivis

antérieurement à l'hospitalisation est gérée par l'équipe médicale du service d'hospitalisation et, s'il y a besoin, les produits sont fournis par la pharmacie de l'établissement ;

- respect de l'interdiction de fumer et vapoter à l'intérieur des bâtiments, y compris dans les chambres individuelles ;
- interdiction, sauf prescription médicale, de consommer du cannabidiol (CBD) et autres produits de la famille des cannabinoïdes.

Les malades en soins libres, ou sur avis médical pour les patients en soins sous contrainte peuvent se déplacer librement au sein du site dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

Les hospitalisés sont priés d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, etc...) ;
- le linge et leurs effets personnels (pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...).

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'hospitalisé pourra, s'il le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

4.1.2 Dépôt des objets appartenant au patient, responsabilité en cas de perte, vol ou détérioration

Lors de son admission, le malade est informé, oralement, du régime de responsabilité du CH du Rouvray en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation. Il est informé qu'il peut remettre ses valeurs, moyens de paiement et bijoux à ses proches ou les déposer auprès du régisseur de l'établissement et qu'il ne doit conserver auprès de lui que des objets de faible valeur.

Lors du dépôt, il lui est remis un reçu portant inventaire. Le CH du Rouvray devient responsable de plein droit s'il y a vol, perte ou détérioration des objets inventoriés. De même, dans ce cas et seulement dans ce cas de faute, l'hôpital est responsable des vols, perte ou détérioration des objets de faible valeur conservés par le malade. A noter que la responsabilité du CH du Rouvray n'est pas engagée lorsqu'une perte ou détérioration résulte de la nature ou d'un vice du bien, ou lorsque le dommage s'est avéré inévitable pour la réalisation d'un acte médical ou de soins.

4.1.3 Gestion des biens et protection des majeurs protégés

Les biens des majeurs protégés hospitalisés au sein de l'établissement ou sortis de l'établissement peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts du malade, par un mandataire judiciaire qui exerce ces fonctions sous le contrôle du Juge des tutelles. Ce gérant de tutelle peut être un agent de l'hôpital ou un agent d'une structure extérieures tel que l'UDAF, l'ATMP ou un mandataire privé . La tutelle en gérance recouvre la gestion des biens et la protection de la personne. La plupart des actes que le mandataire judiciaire peut accomplir nécessitent une autorisation du Juge, en dehors des actes de gestion courante du patrimoine.

4.1.4 Horaires quotidiens du séjour hospitalier

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires tenant compte des besoins des patients. Les plages horaires fixées sont les suivantes (sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes exceptionnelles d'organisation de service) :

➤ restauration

petit déjeuner : de 7h45 à 8h45

déjeuner : de 12h à 13h

goûter : 16h15 à 16h45

dîner : de 18h30 à 19h30

➤ visites : de 14h à 19h, sauf dispositions particulières (UMD et unité Badinter)

4.1.5 Service des repas

Les repas sont servis en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service. Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Directeur de l'établissement. Une demande au préalable doit être effectuée auprès du service.

Les menus sont arrêtés par une commission des menus (comprenant, entre autres, une diététicienne) et sont communiqués à chaque service, en liaison avec le Comité de Liaison-Alimentation Nutrition. L'hospitalisé, dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets, dans le respect de ses croyances. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

Il est interdit de recevoir, conserver et consommer des denrées périssables venant de l'extérieur ou des boissons alcoolisées. Pour les denrées sous emballage (biscuits secs, bonbons ...), il est important d'avoir un échange au préalable avec les soignants à ce sujet afin de vérifier qu'il n'y a pas de consigne particulière pour le patient concerné (contre-indication avec le traitement en cours, régime alimentaire ...)

4.1.6 Poursuite de la scolarité

Les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'hôpital lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent ; la scolarité est organisée en tenant compte des contraintes d'ordre médical. Elle est organisée par des professeurs des écoles spécialisés qui sont attachés à l'unité d'enseignement du Centre Hospitalier du Rouvray.

4.1.7 Autorisations de sorties ponctuelles

4.1.7.1 Soins libres

Le patient peut, sous réserve de l'avis favorable du médecin chef de service validé au préalable par le directeur, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie ne pouvant excéder 48 heures. Le malade qui ne rentre pas dans les délais impartis, sera porté sortant. A défaut, il retrouve son lit sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle admission. Les journées passées en permission ne sont pas facturées.

4.1.7.2 Soins sans consentement

Un programme de soins peut être établi par un psychiatre, précisant les types de soins dispensés, les séjours en établissement de santé, les lieux où ceux-ci sont prodigués et leur périodicité.

Le patient est informé du programme de soins au cours d'un entretien avec le psychiatre. Il doit signer le programme de soins avant sa sortie.

Le patient est tenu de respecter son programme de soins. A défaut et en cas de dégradation de son état de santé, le psychiatre peut demander à tout moment, sa réintégration au centre hospitalier, en hospitalisation complète.

Le Directeur prendra acte de la demande médicale visant à mettre en œuvre le programme de soins sans délai, dès réception du certificat ou de l'avis médical.

Toutefois, le préfet dispose d'un délai de 3 jours francs pour décider de la forme de prise en charge des patients relevant de sa compétence. Dans l'attente de la décision du préfet ou du directeur, le patient reste hospitalisé.

Lorsque le patient fait l'objet de soins sans consentement à la suite d'une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale pour des faits graves, la mise en place d'un programme de soins, la saisine du juge des libertés et la levée de la mesure, nécessitent l'avis préalable d'un collège de professionnels et le cas échéant de deux expertises psychiatriques.

Le Préfet peut décider de ne pas suivre l'avis du psychiatre demandant la mise en œuvre d'un programme de soins ou la levée de la mesure pour un patient en hospitalisation complète. Il informera sans délai le directeur. Ce dernier demandera immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de 72 heures après la décision préfectorale confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet devra ordonner la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'un programme de soins conformément à la première demande médicale.

Les recommandations ci-dessus ne s'appliquent pas aux sorties de courte durée accompagnées de moins de 12h et les sorties non accompagnées de moins de 48h. Dans le cas d'un refus du Préfet d'accepter une sortie de courte durée, aucun second avis ne sera demandé. Le refus ne donne pas lieu à négociations.

4.1.7.3 Patients mineurs

Le patient mineur bénéficie de permissions de sortie dans les mêmes conditions que les adultes en soins libres. Il est confié à ses parents ou au titulaire de l'autorité parentale de la même façon et en suivant les mêmes règles que pour une sortie définitive. Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale. Cette personne doit préciser à la Direction de l'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement). Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties.

4.1.8 Exercice des cultes

Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre de santé de l'unité de soins, la visite du ministre du culte de leur choix.

Des ministres des différents cultes, agréés par le CH du Rouvray, sont à la disposition des malades, sur demande de leur part⁴.

4.1.9 Intervention du service social

Le Service Social, composé d'un responsable de service et d'assistants de service social, a pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les patients et leur entourage, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure sociale.

L'assistant de service social, présent dans chaque unité de soins, doit favoriser l'accès aux soins et permettre l'accès ou le maintien aux droits sociaux des patients.

L'assistant de service social doit proposer au patient un accompagnement dans sa réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Il participe à des actions de prévention, de dépistage et de traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

En collaboration avec les équipes pluridisciplinaires et les réseaux professionnels extérieurs, l'assistant de service social participe à la construction du projet de vie et de parcours patient. Il organise et coordonne les sorties d'hospitalisation, retour et maintien à domicile, admission dans une structure sanitaire, sociale ou médico-sociale adaptée.

4.2 Accès des personnes étrangères à l'hôpital

4.2.1 Les visites

4.2.1.1 Recommandations générales

Les visites sont prévues de 14h à 19h sauf avis médical ou soignant contraire, dans l'intérêt du patient. Sauf autorisation du personnel médical, elles ne sont pas autorisées aux enfants de moins de 15 ans.. Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service. Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux. Lorsque l'état du malade le justifie, la présence d'un ou plusieurs proches peut être autorisée hors des heures de visite.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des patients soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles. Les visiteurs ne devront pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur, avec l'intervention du service de sécurité.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux patients sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur.

⁴ Charte de la laïcité en annexe 8

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments ni denrées périssables ni substances illégales, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Le cadre infirmier du service s'opposera, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit. Les denrées et boissons introduites en fraude seront restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, des animaux des associations conventionnées et de ceux participant aux projets de médiations animales.

4.2.1.2 Recommandations spécifique pour BADINTER

Concernant les personnes détentrices d'un permis de visite délivré par la justice, les visites sont possibles du mardi au samedi de 11h à 11h30 et de 15h à 15h30. Sur demande de rendez-vous du visiteur, le patient ne peut recevoir qu'un visiteur par semaine. La visite se fait en présence d'un soignant et pour une durée de trente minutes. Le visiteur n'est pas autorisé à remettre au patient des vêtements, des aliments...seuls les paquets de cigarettes fermés sont admis. Les visites de la police, des experts, du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation sont de droit toute la semaine. Un rendez-vous doit cependant être pris auprès de l'équipe.

Les enfants ne sont pas admis dans l'unité.

Pour la visite d'un avocat auprès d'un patient, l'administration pénitentiaire envoie à l'unité R. Badinter un droit de visite. Avec ce droit, l'avocat téléphone à l'unité R. Badinter pour préciser le jour et l'heure où il se rendra dans l'unité pour rencontrer le patient.

4.2.1.3 Recommandations spécifiques pour l'UMD

Les visites nécessitent un accord médical écrit sauf les visites des avocats et des représentants légaux. Un rendez-vous est pris par le visiteur auprès du cadre de santé. La visite de mineurs est soumise à autorisation médicale et n'est pas nécessairement autorisée.

Le nombre de visiteurs est limité à 3 personnes munies obligatoirement d'une pièce d'identité. Les visites peuvent avoir lieu tous les jours de la semaine de : 15h à 16h30. Elles s'effectuent en présence d'un soignant, dans le salon de visite.

Pendant la visite, sont interdites l'utilisation des téléphones portables et la prise de photos. La liste des objets dont la remise est interdite est communiquée. Les visiteurs sont autorisés à apporter des objets ou denrées alimentaires dans leur conditionnement plastique d'origine. Tout objet ou denrée est au préalable contrôlé par un soignant et inventorié. Les objets ou denrées sont stockés dans le magasin et, tout ou partie, peuvent être restitués lors des horaires d'ouverture de la cafétéria. En cas de violence verbale ou physique, les visites peuvent être interrompues à tout moment.

A la fin de la visite, le patient est reconduit dans sa chambre afin de pouvoir se changer entièrement et une vérification de ses vêtements est effectuée par le personnel soignant.

Les visites pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux sont autorisées aux membres de la famille ou aux proches, disposant d'un permis de visite délivré par l'autorité compétente. Pour l'avocat, la visite est de droit.

4.2.1.4 Recommandations spécifiques pour les mineurs

Durant l'hospitalisation, après une semaine de séparation, 2 appels téléphoniques (un entrant et un sortant) ainsi que 2 temps de visite sont posés avec la famille ou les

représentants légaux de l'enfant. Le 1^{er} temps de visite a lieu après l'entretien médecin famille hebdomadaire puis le second temps de visite se fait sur le week-end. Il est possible de joindre à tout moment l'unité pour prendre des nouvelles de l'enfant dès le début de l'hospitalisation. Une salle de visite est mise à disposition dans l'unité et accueille uniquement les parents.

4.2.2 Les stagiaires

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le CH du Rouvray et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire. Dans le cas d'une demande de stage émanant d'une personne ne relevant d'aucun établissement ou organisme ou à défaut d'une convention générale régissant la situation, une autorisation peut être accordée à titre exceptionnel, mais cette autorisation de stage et les conditions de son déroulement doivent faire l'objet d'un document écrit, valant accord de la Direction concernée. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

4.2.3 Accès des prestataires de services au sein du CHR

L'ensemble des prestataires extérieurs du CH du Rouvray respecte le règlement intérieur de l'établissement conformément au contrat régissant leurs relations avec l'établissement.

4.2.4 Les associations et bénévoles

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des malades, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site hospitalier.

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec le CH du Rouvray une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type.

Les bénévoles nominativement listés par les associations sont autorisés à rencontrer les patients sous réserve de l'accord de ces derniers. Le responsable du service peut s'opposer à des visites ou des activités de ces bénévoles pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Une convention régit les relations entre le CH du Rouvray et toute Association liée à l'hôpital, que ses membres interviennent dans un, plusieurs ou l'ensemble de ses services, avec un siège social situé à l'extérieur du domaine public hospitalier ou domicilié en son sein.

4.2.5 Accès des professionnels de la presse

L'accès des professionnels de la presse (écrite, audiovisuelle, radiophonique, photographique) et les modalités d'exercice de leur profession au sein du CH du Rouvray sont régis par un « protocole presse » interne à l'établissement. Ils doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès du Directeur général par l'intermédiaire du service communication par téléphone aux heures ouvrables et, en dehors des heures et jours ouvrables, par l'intermédiaire du standard qui orientera sur l'administrateur de garde qui décidera ou non de recourir au responsable de la communication. Ces conditions ne sont pas applicables aux locaux syndicaux.

Une autorisation sera accordée par le service communication aux journalistes après avis du Directeur ou de l'administrateur de garde et du chef de service ou du responsable de

pôle concerné et transmise au demandeur. Cette autorisation peut être sous forme écrite ou orale en fonction de la nature de la demande.

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier et à l'accord du représentant légal pour les mineurs et majeurs protégés. Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients.

4.2.6 Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs

L'accès au sein d'un site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du malade et autorisation spécifique de l'administration. Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers. Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur et les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

4.2.7 Règles d'intervention des délégués médicaux au sein du CHR

Chaque visite doit faire l'objet d'un rendez-vous qui spécifie auprès de la Direction l'objet du contact, les interlocuteurs concernés, la date, l'horaire, la durée et le lieu du rendez-vous. Chaque délégué doit, lors de sa visite dans l'établissement, s'identifier de façon visible et lisible avec son nom, son prénom et le nom de l'entreprise qu'il représente.

Certains sites comme l'UMD ou l'unité Badinter sont en accès restreint et nécessitent une autorisation du Directeur de l'établissement et du chef de service après avis du chef de pôle.

Les modalités des visites sont organisées par le chef de service ou son représentant. Les rencontres individuelles avec les internes ne sont pas autorisées et les rencontres collectives sont d'ordre général à favoriser.

Le délégué médical s'engage à :

- Ne pas fournir d'échantillons, cette pratique étant interdite sauf auprès de la pharmacie dans des conditions spécifiques selon les dispositions de l'article R.5122-17.
- Fournir l'ensemble des informations concernant le produit qu'il représente ainsi que tous les aspects réglementaires, pharmaco thérapeutiques et médicotecniques le concernant.
- Faire preuve de discrétion professionnelle lors de ses visites au sein de l'établissement.

4.2.8 Intervention des notaires

Lorsqu'un malade hospitalisé sollicite son intervention, un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) peut se rendre auprès de celui-ci après décision médicale du praticien participant à la prise en charge de celui-ci. Il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

4.3 Règles diverses

4.3.1 Respect de la dignité et de l'intimité du patient

Le respect de la dignité et de l'intimité du malade doit être préservé par tous d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Les personnes hospitalisées ne peuvent être amenées à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche, sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les malades sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse de ces derniers à ce sujet.

Des mesures sont prises pour assurer la tranquillité des malades et réduire au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

4.3.2 Droits civiques

Les patients hospitalisés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. Une information relative au vote par procuration est portée à la connaissance des patients en amont de chaque scrutin électoral. Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte hospitalière, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

4.3.3 Neutralité du service public

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. Conformément à ce principe :

- Les visites d'élus dans l'enceinte d'un site hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du Conseil de surveillance du CH du Rouvray ne peuvent effectuer des visites que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de surveillance ;
- Les signes d'appartenance religieuse - quelle qu'en soit la nature - ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés - individuellement ou collectivement - par les malades, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public. Il en est de même lorsqu'ils dissimulent le visage et rendent impossible l'identification de la personne.
- Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du site, sauf autorisation expresse du Directeur. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux locaux syndicaux. Toutefois, les organisations syndicales veilleront à informer la sécurité incendie du nombre de personnes extérieures présentes dans leur locaux.

4.3.4 Interdiction de pourboires et manipulation des sommes d'argent

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades ou leur famille, à titre de gratification ou à titre de dépôt. Le dépôt de sommes d'argent auprès du régisseur de l'établissement ne peut s'effectuer par l'intermédiaire du personnel, sauf cas des admissions en urgence dans le cadre de l'inventaire des biens.

4.3.5 Effets personnels

Les malades doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière. En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

4.3.6 Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis aux secrétariats des services pour distribution au patient par le vaguemestre. Ils sont remis en dépôt à la Direction ou au gérant de tutelle, si le malade ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Le courrier destiné aux mineurs non émancipés leur est distribué, sauf opposition des parents.

Les patients en UMD ont la possibilité d'envoyer et de recevoir du courrier relevé et distribué du lundi au vendredi. A l'exception des courriers destinés aux autorités administratives, tout courrier non timbré n'est pas envoyé. Des timbres sont disponibles à commande hebdomadaire.

Le courrier des patients détenus envoyé ou reçu passe automatiquement par le greffe de la Maison d'arrêt ou Centre de Détenus dont dépend le détenu, pour contrôle d'usage. Les demandes adressées au Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation sont faites par courrier.

4.3.7 Téléphone

Les hospitalisés ont la possibilité, sur leur demande et après avis médical, de disposer d'un téléphone dans leur chambre. Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques aux horaires autorisés dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services.

4.3.8 Protection des lanceurs d'alerte

Un lanceur d'alerte est une personne physique qui signale ou divulgue, sans contrepartie financière directe et de bonne foi, des informations portant sur un crime, un délit, une menace ou un préjudice pour l'intérêt général. Lorsque les informations n'ont pas été obtenues dans le cadre des activités professionnelles, le lanceur d'alerte doit en avoir eu personnellement connaissance. Les règles relatives au secret médical restent néanmoins applicables.

La procédure interne de recueil et de traitement des signalements est la suivante : courrier adressé à la direction générale qui organisera l'enquête et donnera réponse au terme de la procédure.

La protection des lanceurs d'alerte est assurée dans le cadre de la loi n°2022-401 du 21 mars 2022.

5. Sortie des patients

5.1 Sortie en fin de séjour

5.1.1 Décision

5.1.1.1 Patient en soins libre

Le Directeur sur proposition du médecin chef de service prononce la sortie du patient dont l'état de santé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement. Les patients en hospitalisation libre peuvent quitter l'hôpital à tout moment sur leur demande. Dans le cas d'un non-retour d'une sortie de moins de 48h accordée au patient en soins libres, il sera considéré comme sortant définitivement de l'établissement, sauf avis médical contraire.

5.1.1.2 La sortie définitive des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sans tiers

Sur décision médicale, il peut être mis fin à tout moment à la mesure dès lors qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ne sont plus réunies. Le certificat médical circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'admission en soins psychiatriques. Une décision de levée de la mesure est alors rédigée et transmise par courrier au patient, au tiers sauf cas de péril imminent, au secrétariat du service et à la CDPS.

A la demande de la CDSP, d'un membre de la famille, du mandataire ou d'un proche, la mesure de soins peut être levée. Toutefois, le Directeur n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou un avis médical établi par un psychiatre et datant de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

Le Directeur informe par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours.

A la demande de la CDSP, d'un membre de la famille, du mandataire, d'un proche ou du procureur de la république, le juge des libertés et de la détention peut également être saisi afin de statuer sur le maintien de la mesure de soins sans consentement (article L3211-12 du CSP). Le Juge des libertés peut également se saisir d'office à tout moment.

Lors d'absence d'un certificat dans les délais impartis par la loi, la mesure est caduque par non production des certificats légaux.

5.1.1.3 La sortie définitive des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Lorsqu'un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical la disparition des conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques, le Directeur informe le Préfet dans les 24 heures. Ce dernier prend sa décision dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

Il peut soit lever la mesure, soit ordonner une expertise psychiatrique, soit décider de maintenir la mesure. Dans ce dernier cas et seulement pour les patients en hospitalisation complète, le Directeur demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'Etat, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le Préfet ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme d'un programme de soins.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le Directeur. Le Directeur saisira le juge des libertés afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure.

A la demande de la CDSP, d'un membre de la famille, du mandataire, d'un proche ou du procureur de la république, le juge des libertés et de la détention peut également être saisi afin de statuer sur le maintien de la mesure de soins sans consentement (article L3211-12 du CSP). Le Juge des libertés peut également se saisir d'office à tout moment.

La levée peut s'effectuer sur absence des certificats médicaux légaux ou par défaut de décision du Préfet à l'issue de chacun des délais prévus.

Remarque : La levée d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du Préfet n'implique pas obligatoirement sortie de l'établissement. L'hospitalisation peut se poursuivre en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou en soins psychiatriques libres. Il en va de même pour les soins sur décision du Directeur.

Dans le cas particulier des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État suite à une décision judiciaire de déclaration d'irresponsabilité pénale, la fin de la mesure de soins ne peut avoir lieu que sur les avis concordants de deux psychiatres extérieurs à l'établissement et choisis par le Préfet en sus de l'avis du collège de professionnels établissant que le patient n'est plus dangereux pour autrui.

5.1.2 Organisation de la sortie par le service

5.1.2.1 Pour un patient adulte

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour (au malade lui-même ou envoyé à son domicile s'il ne peut venir le chercher) ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuation des soins. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient.

La lettre de liaison est également remise au moment de sa sortie, au patient ou avec son accord à la personne de confiance et déposée sur le site « mon espace santé ».

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du malade, le malade dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des malades.

En cas de dépôt à la régie de recettes, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent

et/ou des objets de valeur en dépôt soit sur place à la régie soit à la Trésorerie principale de Sotteville les Rouen selon la durée du dépôt.

Le formulaire annexé au livret d'accueil est destiné à recueillir les appréciations et observations du malade et peut être déposé ou remis à un membre de l'établissement.

5.1.2.2 Pour un patient mineur

Une personne exerçant l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit informer la Direction si le mineur devra être confié à une tierce personne expressément autorisée de sa part ; dans ce cas, des pièces justificatives sont exigées à la sortie. Les mêmes règles s'appliquent lors des permissions de sortie en cours d'hospitalisation. Toutefois ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale et est accompagné lors de sa sortie par une personne majeure de son choix

5.1.3 Cas particuliers

5.1.3.1 Sortie contre avis médical

Si la sortie d'un patient en soins libre est susceptible de présenter un danger pour sa santé, le médecin peut donner un avis défavorable à ce départ. Le malade doit signer une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en toute connaissance des risques qu'il encourt.

Si le malade refuse de signer la décharge, un procès-verbal de refus signé par deux témoins doit être établi ; celui-ci tient alors lieu de décharge.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service, en plus de la procédure de décharge, informe le Directeur de Garde et saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaire. Si elle est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure, et le médecin responsable saisit aussi le Procureur à la même fin. Le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du malade. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Pour les mineurs, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale.

5.1.3.2 Sortie sans avis médical (à l'insu du service)

Si un malade a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées dans le service et en périphérie, si possible, du pavillon. Si ces recherches demeurent vaines et en accord avec la Direction, le commissariat de police est prévenu si la situation l'exige sur le plan médical ou légal. Dans ces cas, la famille ou le représentant légal du malade sont également informés sans délai. Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

La sortie à l'insu du service d'un patient peut constituer une situation grave pour lui-même et pour la population. Une procédure interne au CH du Rouvray définit la conduite à tenir par le personnel des unités de soins et le Bureau des entrées. Cette procédure prévoit notamment le signalement à la police, à la préfecture et dans certains cas au Procureur de la République après accord du Directeur de garde pour les patient hospitalisés sans consentement, les mineurs, les patients en provenance du Centre de rétention Administrative

et les personnes vulnérables (personne n'étant pas en mesure de se protéger de son état physique ou psychique).

5.1.3.3 La sortie disciplinaire

A l'exclusion des cas où l'état de santé ne le permettrait pas et lorsque le transfert dans un autre service n'est pas possible ou suffisant, la sortie d'un malade peut être prononcée par le Directeur, après avis médical, pour un manquement grave aux dispositions du règlement intérieur. Dans ces circonstances, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le malade est informé.

6. Dispositions relatives au décès d'un patient

6.1 Attitude à l'approche du décès

Le patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable peut décider de limiter ou d'arrêter tout traitement. Lorsque sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Le médecin respectera la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de son choix. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs. Une convention a été rédigée et signée entre le CH du Rouvray et le CHU Hôpitaux de Rouen concernant l'intervention de l'Equipe Mobile des Soins Palliatifs au sein du Rouvray.

Le patient en fin de vie, sera transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle. Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

La famille ou les proches seront prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci. Les proches seront admis à rester auprès de la personne en fin de vie et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leur repas dans l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite.

6.2 Information sur le décès

La famille ou les proches sont prévenus par le service de soins dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du patient et du décès de celui-ci.

La notification du décès est faite :

- au consulat le plus proche pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France
- à l'autorité militaire compétente pour les militaires ;
- au président du conseil départemental pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance ;

- au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur à son domicile habituel pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.
- à la mairie de Sotteville-lès-Rouen

6.3 Formalités entourant le décès

Le décès est constaté par un médecin réglementairement habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic. Le "certificat de décès", établi sur un document officiel est transmis au Bureau des entrées. Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au Bureau des entrées. Une copie en est transmise dans les 24h au bureau d'Etat civil de la mairie par les pompes funèbres en charge du corps.

6.4 Gestion des objets du défunt

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets. Les objets de valeurs du patient doivent faire l'objet d'un inventaire signé par deux soignants et remis au coffre des dépôts. Ils seront remis à bref délai au trésor public.

6.5 Don du corps à la science

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche (Faculté de Médecine). Ce don ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main, auprès de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen.

6.6 Liberté des funérailles et dispositions testamentaires

Le droit d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu qui peut l'exercer soit en consignant ses volontés dans un testament ou en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les malades peuvent demander au notaire de leur choix de venir sur le site hospitalier pour y recueillir à leur chevet leurs dernières volontés (au besoin, le personnel du service peut servir de témoin).

Les malades peuvent aussi faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CH du Rouvray, en assortissant ces libéralités, le cas échéant, de conditions qui seront strictement respectées. Par contre, les administrateurs, médecins et agents ne peuvent bénéficier de telles libéralités en leur faveur par des personnes hospitalisées. Il en est de même pour les médecins, et pharmaciens, ayant traité une personne pendant la maladie cause de son décès.

6.7 Préparation du corps dans l'unité

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt, conformément au protocole institutionnel. Un kit décès est à disposition des équipes soignantes. Deux membres de l'équipe soignante sont chargés de dresser l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs... qu'il avait en sa possession. Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin et si possible deux. Il est inscrit sur un registre ou carnet spécial, paginé, tenu dans chaque service. L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis dans les 24h avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet, au régisseur des dépôts. Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du malade ou aux proches du malade. Le régisseur de dépôt ne peut prendre en compte que les objets de valeur : bijoux, argent, carte bleue, chèques. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droit.

En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital. La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tout objet laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le code civil, l'article L 1113 – 6 du Code de la Santé Publique. Le corps est ensuite retiré par les pompes funèbres générale et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements. Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

6.8 Dans le cadre d'un obstacle médico-légal

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient, la Directrice des relations avec les Usagers, son représentant ou l'Administrateur de garde, prévenu par le médecin, avise l'autorité judiciaire. Le médecin doit ensuite signifier un obstacle médico-légal.

Dès que le décès est constaté médicalement, aucun acte ni geste ne doit être accompli par le personnel hospitalier sur le corps, les éventuels traces et indices doivent être préservés (nonobstant les opérations de secours qui ont pu être engagées).

Par ailleurs, la famille ou les proches ne peuvent visiter le corps du défunt qu'une fois l'obstacle médico-légal levé.

6.9 Organisation des opérations funéraires et transport du corps

Le CH du Rouvray ne possédant pas de chambre mortuaire, la famille sera contactée en premier lieu pour organiser les opérations funéraires. Si la famille est joignable, elle pourra contacter les pompes funèbres de son choix pour organiser le transport du corps avant mise en bière. Si la famille n'est pas joignable, le CH du Rouvray contactera les Pompes Funèbres Générales de Sotteville-Lès-Rouen afin de retirer le corps du défunt.

- Transport du corps sans mise en bière

Pour un décès à l'hôpital, la famille peut demander le transfert du corps dans les **24h** au domicile du défunt ou d'un proche ou encore dans une chambre funéraire privée. Le transport ne peut se faire que par l'entreprise des pompes funèbres (entreprise qui doit être agréée par la Préfecture), après déclaration préalable en Mairie. Les frais sont à la charge de la famille.

- Le transport doit être achevé au plus tard dans les 24h qui suivent le décès et le trajet ne doit pas excéder 200 km. Si le corps a reçu des soins de conservation, le délai est porté à 48h et la condition de distance est supprimée.
- Si l'établissement prend la décision du transfert du corps, c'est à lui de prendre en charge les frais de transport et les trois premiers jours de séjour. Le Directeur de l'établissement doit préciser qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver un membre de la famille (Circulaire n°99-18 du 14 Janvier 1999). Le corps d'une personne décédée ne peut être admis dans une chambre funéraire que sur production d'un certificat médical attestant que le décès n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses définies par l'arrêté du 20 Juillet 1998.
- Le transport vers une chambre funéraire ne peut avoir lieu que s'il a été autorisé par le Maire de la commune du lieu de décès. Il ne peut être effectué que dans un véhicule approprié. Le Directeur de l'établissement qui autorise le transport de corps d'une personne décédée dans son établissement vers une chambre funéraire doit attendre un délai de 10h à compter du décès avant de délivrer une autorisation. Passé le délai de 10h, si l'établissement n'a pas pu joindre la famille ou le tuteur, l'organisation du transport de corps se fait avec les Pompes Funèbres Générales de Sotteville les Rouen, Avenue du 14 Juillet.
- La famille choisit librement la société funéraire qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière. Les transports de résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet. Lorsque le corps n'a pas subi de soins conservatoires, les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de 24h à compter du décès.
- Transfert en chambre funéraire :

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de 24h à compter du décès. Elle a lieu sur la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile. Cette demande doit être accompagnée d'un extrait du certificat attestant que le décès n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses qui obligent une mise en bière immédiate. Si le corps doit être transporté vers une chambre funéraire située hors de la commune, la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire doit solliciter une autorisation préalable de transport auprès du Maire.

- Transport du corps après mise en bière

Cette procédure est exceptionnelle et sur demande expresse de la famille ou pour des raisons médicales.

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mise en bière. La fermeture du cercueil doit être autorisée par l'officier d'état civil du lieu de décès. L'autorisation ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat médical attestant du décès et du fait que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Si le corps est transporté dans un lieu différent de la commune où la fermeture du cercueil a eu lieu :

- L'autorisation de transport est donnée par le Maire de la commune de fermeture du cercueil, si la commune de destination se situe à l'intérieur de territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer ;

- L'autorisation est donnée par le Préfet du département où a eu lieu la fermeture du cercueil dans les autres cas. Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectuée que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréées, que la famille choisit librement.

7. Dispositions financières

7.1 Frais de séjours hospitalier

7.1.1 Régime d'hospitalisation

Il existe 2 régimes d'hospitalisation :

- **le régime commun** est applicable aux patients séjournant en chambre à plusieurs lits ou en chambre seule pour des raisons médicales.

Lorsque l'état du patient requiert son isolement, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun. Les tarifs de prestations du régime commun servent de base à la facturation des frais d'hospitalisation, cela au titre du ticket modérateur pour les patients assurés sociaux ou intégralement pour les non assurés sociaux ou les assurés sociaux étrangers (conventions internationales).

- **le régime particulier**, appliqué aux malades demandant à disposer d'une chambre répondant à certains critères de confort (chambre seule avec sanitaire).

L'établissement informe le patient du prix de ces prestations à l'entrée du patient et son consentement est obligatoire. L'accord du patient (ou si l'état de santé du patient ne lui permet pas de formuler lui-même son accord, un membre de sa famille, son accompagnant, tuteur/tutrice ou association tutélaire pour les patients sous mesure de protection) est formulé par écrit.

7.1.2 Tarif des prestations

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation. Le tarif est fixé par l'Agence Régionale de Santé, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur .

Les frais d'hospitalisation sont facturables par journée de présence du malade dans l'hôpital :

- En hospitalisation complète, sont pris en compte : le jour d'entrée quelle que soit l'heure d'arrivée du malade, conformément à la règle de " présence à minuit ", le jour du décès, la journée d'hospitalisation d'un malade entré et sorti le même jour si le patient a occupé un lit dans une discipline d'hospitalisation.

Ne sont pas pris en compte : le jour de sortie, les permissions de sortie (autorisations d'absence comprises entre 12 heures et 48 heures consécutives.

- En hospitalisation partielle : les journées d'hospitalisation de jour ou de nuit font l'objet de tarifs de prestations spécifiques.

7.1.3 Forfait journalier

Le forfait journalier hospitalier (FJH) est une participation forfaitaire, fixé par arrêté interministériel, mise à la charge des patients hospitalisés. En pratique, son montant intègre des frais liés à l'hébergement correspondant à des frais hôteliers liés à la présence des patients (alimentation par exemple) et à des coûts fixes tels que le chauffage, la lingerie, l'entretien des équipements....Il est facturable du jour d'entrée du patient au jour de sortie inclus, quelle que soit l'heure de sortie¹ (circulaire du 26 août 1993), sauf dans certains cas : permission de sortie, décès.

Le FJH peut être pris en charge par l'assurance maladie dans les cas suivants :

- enfants et adolescents handicapés hospitalisés dans les établissements sanitaires en raison de leur handicap, dès lors qu'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées,
- victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles : la prise en charge du forfait journalier est limitée aux cas d'hospitalisation imputables à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le fait d'être titulaire d'une rente d'incapacité permanente de travail ne conduit donc pas nécessairement à l'exonération du forfait journalier,
- bénéficiaires de l'assurance maternité (femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de la grossesse, pour l'accouchement et pendant les douze jours suivant l'accouchement).

L'assurance maladie prend également en charge le forfait journalier hospitalier des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qu'ils soient assurés ou ayants droit ;

Par ailleurs, le forfait journalier est pris en charge par la Complémentaire Santé Solidaire et l'Aide Médicale Etat, pour ceux qui en bénéficient.

Le forfait journalier peut être pris en charge, en tout ou partie, par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

7.1.4 Paiement des frais de séjours

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, le service facturation en informe l'assistante sociale de l'UNACOR ou du service d'hospitalisation du patient. Lors du séjour hospitalier une facture est envoyée mensuellement au domicile du patient.

7.1.5 Dispositions particulières et intervention du service social

Dans les cas d'absence de droit (non inscrit à la sécurité sociale, patient étrangers, pas d'adhésion à une mutuelle, etc...) un membre du service social peut intervenir pour trouver une solution concernant la prise en charge des frais de séjour du patient. Le service social mettra tout en œuvre afin de trouver une solution adéquate à la situation administrative du patient.

Néanmoins, si l'assistante sociale en charge du dossier, ne trouve pas de solution pour que le séjour soit honoré, il existe au sein du CH du Rouvray la possibilité de faire une demande de recours gracieux. Cette solution est à mettre en œuvre si aucune solution n'a pu être trouvée par le service social. Le dossier est transmis au Directeur des affaires financières

par l'assistante sociale qui a suivi le dossier après avis de la Coordinatrice du service social et de l'adjoint des cadres au service des frais de séjour. Il est statué au cas par cas.

7.1.6 Prestation fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les malades hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement.

8. Dispositions relatives aux personnels

8.1 Règles fondées sur le respect du malade

8.1.1 Devoir d'information du public

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes. Ils participent ainsi à la transparence des décisions et des dossiers.

8.1.2 Secret professionnel

Institué dans l'intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. Le partage entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, requiert son consentement préalable. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Cependant, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements (A titre d'exemples : Article 56 (naissance) et article 80 (décès) du Code Civil; Article L 3113-1 du CSP (certaines maladies contagieuses) ; Article L 3812-2 du CSP (maladies sexuellement transmissibles) ; Articles L 441-6 (accident du travail), L 461-5 et L 461-6 (maladie professionnelle) du Code de la Sécurité sociale; Articles L 3212-1 et L 3213-1 du CSP (maladie mentale nécessitant une hospitalisation) ; Article L.2132-2 du CSP (surveillance sanitaire des enfants en bas âge).

L'article 226-13 (atteinte au secret professionnel) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret :

- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés,

sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;
- Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

8.1.3 Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers 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. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'il ont vu, entendu ou compris. Cette obligation s'applique également aux propos qui peuvent être tenus sur les réseaux sociaux.

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 la Direction Générale. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

La législation en vigueur en matière de protection des lanceurs d'alerte s'applique également.

8.1.4 Devoir général de réserve : respect de la liberté de conscience et d'opinion

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents du site.

La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur et au regard de la liberté d'expression, en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers. La liberté d'opinion des agents investis d'un mandat syndical est étroitement liée au principe de non-discrimination. La liberté d'expression est plus large pour les représentants syndicaux que celle octroyée à tous les agents de l'établissement avec une obligation de réserve assouplie. Toutefois, l'exercice du droit syndical doit se concilier avec le respect du devoir de réserve notamment.

8.1.5 Respect du confort des malades

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des malades dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité, de calme indispensables au sein de locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

8.1.6 Posture professionnelle

Chaque professionnel doit faire preuve de respect à l'égard de tous (usagers, personnels de l'établissement..), tant dans sa présentation que dans son expression verbale.

8.1.7 Caractère obligatoire du port de la tenue des professionnels

Les tenues des professionnels des services de soins font partie des règles d'hygiène de base. Le port de la tenue permet de limiter le risque infectieux lié à la transmission des micro-organismes.

Ainsi, elle permet de protéger le patient et le personnel soignant notamment lors des soins d'hygiène et lors de tout soin souillant.

En raison, notamment, de l'obligation d'assurer aux fonctionnaires, durant leur travail, des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique, le CH du Rouvray fournit des tenues professionnelles. Le port de ces tenues, contribuant au respect des règles d'hygiène de base, limitant notamment pour les agents et les patients le risque infectieux est, en conséquence, obligatoire.

Une tenue spécifique est délivrée aux agents en fonction de leur activité professionnelle.

8.1.8 Identification vis-à-vis des interlocuteurs

Afin de se faire connaître aux usagers et sauf exceptions décidées par le Directeur Général, les personnels de l'hôpital portent des tenues ou des badges fournis par l'établissement qui sont adaptés à leurs emplois et secteurs d'activité et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur nom, leur prénom et leur qualité.

8.1.9 Accueil et respect du libre choix des familles

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance. Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire ; les listes des entreprises agréées par la Préfecture sont mises à leur disposition. De même les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé.

8.2 Autres règles de comportement professionnel

8.2.1 Obligation de désintéressement, obligation de déclaration d'intérêts

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CH du Rouvray qui soient de nature à compromettre leur indépendance. S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'Administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise. Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

8.2.2 Interdiction d'exercer en parallèle une activité privée lucrative (Principe d'interdiction de cumul d'emploi)

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leur fonction. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même à temps partiel. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération notamment au titre des activités accessoires (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques), ainsi que sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein. En fonction des activités, les personnels doivent soit demander une autorisation d'exercice, soit en informer préalablement l'employeur. Leur exercice, le cas échéant, ne peut en aucun cas perturber ou contrecarrer le fonctionnement normal du service.

8.2.3 Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou espèces

Il est interdit aux personnels de l'hôpital de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale. Les agents ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

L'obligation de probité impose au fonctionnaire de ne pas utiliser ses fonctions pour en tirer un profit personnel

8.2.4 Interdiction de consommer ou d'introduire de l'alcool et tous produits de la famille des cannabinoïdes sur le lieu de travail

Il est interdit aux personnels de l'hôpital d'introduire et de consommer de l'alcool sur le lieu de travail sauf sur demande motivée et autorisation de la Direction. Sauf prescription médicale, la consommation de cannabidiol (CBD) et tous produits de la famille des cannabinoïdes est également interdite sur le lieu de travail.

Les agents ne doivent pas se présenter sur leur lieu de travail dans un état d'ébriété ou de conscience altérée du fait de la consommation d'alcool ou de produits psychotropes. Ces faits sont passibles de sanctions disciplinaires. L'employeur est en droit de faire réaliser par le service de santé au travail des éthylotests pour des agents présentant des signes manifestes d'ébriété, dans le but de faire cesser immédiatement la situation et préserver ainsi la sécurité des personnels et des patients.

8.2.5 Exécutions des instructions reçues

Tout agent de l'hôpital, 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. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés. En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Cependant, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à la continuité des activités et au bon fonctionnement du service public hospitalier, selon les règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

8.2.6 Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national et fixés par tableaux de services.

8.2.7 Information du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service. De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'Administration dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

8.2.8 Obligation de signalement des incidents ou risques

Tout agent doit déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150 du code de la santé publique, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler. Il adresse son signalement selon les procédures définies et, en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la Direction.

8.2.9 Témoignages en justice ou auprès de la police

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le Directeur et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

8.2.10 Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le CH du Rouvray. L'hôpital est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire.

8.2.11 Obligation de déposer les biens confiés par un patient ou trouvés au sein du site

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des malades. Ces biens (argent, bijoux, etc..) sont déposés sans délai auprès du régisseur de l'établissement dans un coffre destiné à cet usage. Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au secrétariat de la Direction des Achats et de la Logistique, pour en organiser l'information, la conservation et en assurer la restitution.

8.2.12 Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers ; ils se soumettent 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, mesures spécifiques à certains postes de travail). Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction.

Toute activité de soins nécessitant des conditions d'hygiène particulières entraîne le retrait des bijoux. De plus, les agents doivent veiller à leur hygiène capillaire (ex : cheveux attachés...). Le port des tenues professionnelles est interdit au self.

8.2.13 Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux

En cas de publication de propos diffamatoires et/ou d'injures contre l'établissement ou envers un personnel sur un réseau social, l'internaute pourra être condamné jusqu'à 45 000 euros d'amende et un an d'emprisonnement⁵.

8.2.14 Obligation de répondre aux convocations des autorités de police et de justice

Les professionnels de santé doivent concourir au bon fonctionnement de la justice et répondre à la demande d'audition émanant des Services de Police ou de Gendarmerie.

8.3 Utilisation des ressources informatiques

Le présent règlement intérieur a pour objet de définir les règles d'utilisation des moyens informatiques mis à la disposition du personnel du centre hospitalier du Rouvray et ainsi de permettre :

- de respecter les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, concernant notamment la protection des libertés individuelles, la confidentialité des données à caractère nominatif, la protection des logiciels, la répression de la contrefaçon, la protection du droit des auteurs et de la propriété intellectuelle,
- d'assurer la sécurité du système d'information
- de maintenir les performances du système et assurer à chacun un environnement de travail de qualité.

Il expose les principales règles que tout utilisateur doit respecter, qu'il s'agisse de règles générales d'utilisation, de règles de sécurité, d'interdictions posées par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ou de règles de bonnes pratiques permettant un partage équitable des ressources entre l'ensemble des utilisateurs.

L'attention des utilisateurs est appelée sur le caractère non limitatif des règles posées au présent règlement intérieur, qui s'appliquent sans préjudice du respect de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

8.3.1 Définitions

Le terme « utilisateur » désigne toute personne utilisant les ressources informatiques de l'établissement, qu'il s'agisse de personnels titulaires et stagiaires, d'agents contractuels de droit public ou privé, de stagiaires, d'étudiants en soins infirmiers de l'IFSI, de prestataires publics ou privés intervenant dans la maintenance ou l'installation du système.

Le terme « ressources informatiques » désigne tout moyen matériel (serveurs, ordinateurs, imprimantes et autres équipements informatiques) et logiciels, mis à disposition par l'établissement.

⁵Charte d'utilisation des réseaux sociaux en annexe 10

8.3.2 Périmètre d'application

Le règlement intérieur s'applique à tout utilisateur des ressources informatiques mises à disposition par l'établissement dans ses structures intra et extra hospitalières ainsi que tout autre moyen de connexion à distance afin d'accéder via le réseau informatique de l'établissement, à tout service de communication et de traitement électronique interne ou externe, y compris l'accès sur l'internet.

Le respect des règles définies s'étend également à l'utilisation des systèmes informatiques d'organismes extérieurs à l'établissement, systèmes accessibles par l'intermédiaire des réseaux de l'établissement.

8.3.3 Sanctions

La violation des dispositions précisées ci-dessous, est susceptible d'engager la responsabilité de l'utilisateur et d'entraîner des sanctions :

- Disciplinaires, conformes au régime dont relève l'utilisateur.
- Pénales, en fonction de la législation en vigueur.

8.3.4 Règles générales

Chaque utilisateur est responsable de l'usage qu'il fait des ressources informatiques de l'établissement à partir des comptes qui lui ont été ouverts ou des matériels mis à disposition. Il doit contribuer à la sécurité générale du système d'information et réserver l'usage de ces ressources au cadre de son activité professionnelle.

L'établissement met à la disposition des utilisateurs les ressources matérielles et logicielles nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle. L'ajout ou l'utilisation de matériels personnels ou l'installation de logiciels autres que ceux autorisés et installés par l'établissement sont interdits.

L'utilisation des logiciels et plus généralement de tout document doit se faire dans le respect des dispositions légales et réglementaires liées à la propriété intellectuelle, des recommandations fixées par les détenteurs de droits et des engagements pris par le Centre Hospitalier du Rouvray (dans les contrats de licences par exemple).

Toute demande d'installation doit être formulée auprès de la Direction du Système d'Information via un ticket hotline disponible sur la page d'accueil de l'intranet. Sur les sites de l'établissement, tout utilisateur doit respecter les modalités de raccordement des matériels aux réseaux de communication internes et externes telles qu'elles sont fixées par la Direction du Système d'Information.

Ces raccordements ne peuvent être modifiés qu'avec son autorisation préalable. Ces modalités couvrent à la fois des aspects matériels (connexion physique) et logiciel (connexion logique).

L'utilisateur doit veiller à respecter les règles techniques applicables et les procédures ou protocoles d'usage du matériel et des logiciels (gestion documentaire de l'établissement). Il assure en outre, la protection de ses données et de ses informations en utilisant les moyens de sauvegarde les plus adaptés.

8.3.5 Conditions d'accès de l'utilisateur

L'établissement ne peut faire bénéficier l'utilisateur d'un accès aux ressources informatiques qu'après acceptation du présent règlement intérieur. L'utilisation des ressources informatiques du Centre Hospitalier du Rouvray est soumise à autorisation préalable. Cette

autorisation doit être demandée à la Direction du Système d'Information sous couvert de son responsable de pôle.

Cette autorisation est concrétisée par l'accès à un poste de travail et par l'ouverture d'un compte (identifiant et mot de passe autorisant l'accès à une session utilisateur Windows).

Cette autorisation est strictement personnelle et ne doit en aucun cas être cédée, même temporairement, à un tiers.

Cette autorisation ne vaut que pour les activités concourant aux missions de l'établissement, dans le respect de la législation en vigueur et que pour les missions confiées à l'agent.

L'établissement se réserve le droit de retirer à tout moment cette autorisation.

8.3.6 Règles de sécurité et de bon usage

Tout utilisateur est responsable de l'utilisation qu'il fait des ressources informatiques de l'établissement à partir du compte qui lui a été ouvert ou des matériels mis à sa disposition. Les postes de travail sont équipés d'un logiciel anti-virus. Toutefois, les utilisateurs sont invités à faire preuve de vigilance dans l'utilisation et les transferts des fichiers en provenance du réseau interne ou externe ou de dispositifs de stockage (clés ou CD). Sauf exception motivée, l'utilisation de tels supports externes de stockage est interdite au sein de l'établissement. Le transfert de documents entre l'extra et l'intra-hospitalier s'effectue sur les dossiers de travail du réseau de l'établissement.

Chaque utilisateur doit contribuer à la sécurité du système d'information. En conséquence, il lui est demandé :

- d'utiliser un mot de passe permettant de garantir la sécurité de l'accès et d'en changer régulièrement, systématiquement lorsque le dispositif de sécurité du système l'exige
- à cet effet, il est conseillé d'utiliser un mot de passe composé d'au moins six caractères, mêlant lettres minuscules, majuscules et chiffres
- de ne pas divulguer ou afficher, par quelque moyen que ce soit, le mot de passe permettant d'accéder aux ressources informatiques
- de verrouiller la station de travail (ctrl-alt-supp ou touche windows+L) en cas d'absence prolongée
- de veiller au cheminement et à l'élimination par broyage des documents comportant des données nominatives issus des imprimantes, photocopieurs et fax.

8.4 Droits du personnel

Les agents bénéficient, pour l'essentiel, des mêmes libertés publiques que les autres citoyens. Le comportement et les propos de chacun au sein de l'établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

8.4.1 Liberté d'opinion, de non-discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe.

La carrière d'un fonctionnaire candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat. De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

8.4.2 Protection contre le harcèlement

Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement ~~moral~~ qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Les agents qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

8.4.3 Liberté d'expression

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve. A ce titre les agents du CHR seront particulièrement prudents dans l'utilisation des réseaux sociaux.

8.4.4 Liberté syndicales et droit de grève

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent.

8.4.5 Protection organisée des agents

Les agents bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. Ils peuvent solliciter la protection fonctionnelle auprès de l'administration.

8.4.6 Droit d'accès à son dossier administratif et traitement des données à caractère personnel.

Tout agent a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées au Directeur Général.

En tant qu'employeur, le CH du Rouvray est amené à collecter et traiter des données personnelles de ses agents médicaux et non médicaux. Ces données sont notamment

nécessaires au recrutement, à la gestion administrative du personnel, à la rémunération, à l'organisation du travail et à la mise à disposition d'outils de travail.

Ces données font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques. Elles sont traitées par les seuls services habilités du centre hospitalier et sont notamment transmises, dans le cadre des obligations légales qui incombent au CH du Rouvray, à d'autres organismes identifiés.

Tout agent dispose du droit d'accès à son dossier individuel, à la rectification des informations le concernant ainsi que du droit à la limitation, à l'effacement, d'opposition, à la portabilité et au retrait de son consentement lorsque celui-ci lui a été demandé. Ces droits s'exercent en vertu de la réglementation applicable aux données personnelles et dans les conditions définies par celle-ci (Loi Informatique et Libertés) en s'adressant soit directement au service Ressources Humaines de l'établissement, soit au Délégué à la Protection des Données (ou DPO) du centre hospitalier à l'adresse suivante : dpo@ch-lerouvray.fr.

Un espace dédié du site intranet détaille les catégories de données concernées, les finalités de leur traitement et informe des destinataires de ces données, de leurs durées de conservation ainsi que de l'exercice des droits rappelés ci-dessus.

8.4.7 Disposition relatives à l'organisation du temps de travail

Au sein du CH du Rouvray, les diverses dispositions prises relativement au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées dans un guide de gestion du temps de travail disponible auprès de la Direction des Ressources Humaines et sur la gestion documentaire (Apta Yes sur intranet).

8.4.8 Hygiène et sécurité des conditions de travail

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents durant leur travail.

8.4.9 Droit à la formation

Le droit à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) est reconnu aux agents, selon les conditions et modalités définies par décret.

Ceux-ci peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation.

Par ailleurs, les professionnels de santé doivent participer à un programme de développement professionnel continu collectif, annuel ou pluriannuel. Ce dispositif a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le CH du Rouvray s'organise pour permettre aux professionnels de santé concernés de satisfaire à cette obligation.

Les agents bénéficient d'un crédit annuel d'heures de formation professionnelle, appelé compte personnel de formation (CPF). Ces heures sont mobilisables à leur initiative.

Elles permettent d'accomplir des formations visant l'acquisition d'un diplôme ou le développement de compétences dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle (mobilité, promotion, reconversion professionnelle).

Les fonctionnaires peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois.

8.4.10 Protection des lanceurs d'alerte

Un lanceur d'alerte est une personne physique qui signale ou divulgue, sans contrepartie financière directe et de bonne foi, des informations portant sur un crime, un délit, une menace ou un préjudice pour l'intérêt général. Lorsque les informations n'ont pas été obtenues dans le cadre des activités professionnelles, le lanceur d'alerte doit en avoir eu personnellement connaissance. Les règles relatives au secret médical restent néanmoins applicables.

La procédure interne de recueil et de traitement des signalements est la suivante : courrier adressé à la direction générale qui organisera l'enquête et donnera réponse au terme de la procédure.

La protection des lanceurs d'alerte est assurée dans le cadre de la loi n°2022-401 du 21 mars 2022. Des mesures complémentaires sont prévues par le Code Général de la Fonction Publique (articles L135-1 et suivants) pour les lanceurs d'alerte agents publics ayant agi dans le cadre de leurs fonctions.

9. Institut de Formation en Soins Infirmiers

9.1 Présentation

Construit en 1972 pour répondre aux besoins de formation des infirmiers-ères de secteur psychiatrique dont avait besoin le Centre Hospitalier spécialisé du Rouvray, l'adossement actuel de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers au Centre Hospitalier du Rouvray est la résultante d'une fructueuse complémentarité avec les lieux de soins et d'une dynamique constante de formation de professionnels soignants de qualité.

En 1992, les formations d'infirmiers de secteur psychiatrique et d'infirmiers diplômés d'Etat font l'objet d'une réingénierie et sont fusionnées en une seule : la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier. Ce diplôme mis en œuvre par le décret du 23 mars 1992 signe la polyvalence d'exercice dans les structures de soins de France et d'Europe en référence aux accords de Bologne.

L'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) reconstruit en 2015 s'intègre dans le parc du centre Hospitalier du Rouvray. C'est l'institut de formation en soins de la rive gauche de l'agglomération rouennaise, pendant des deux autres instituts de l'agglomération que sont : l'ERFPS du CHU et la Croix Rouge Française.

Le nombre d'étudiants admis par promotion est fixé au niveau régional. Ils viennent se former à l'art et à la science des soins infirmiers au rythme d'une rentrée par an, en février. Ce sont 3 promotions auxquelles l'institut doit fournir, dans le même temps, une réponse de formation adaptée au référentiel.

L'équipe chargée de cette mission est composée d'une directrice et de son adjoint, de formateurs, assistés d'une documentaliste et de son adjointe ainsi que de trois secrétaires. Elle se mobilise pour mettre en œuvre un projet pédagogique entièrement révisé depuis la publication du référentiel de formation défini par l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'état d'infirmier, modifié par l'arrêté du 02 juillet 2011. Ce projet constitue le fil conducteur des trois années de formation et le cadre de la pratique quotidienne de l'institut. Régulièrement évalué et réajusté, il doit s'inscrire dans une dynamique évolutive et d'ouverture sur le monde médical, médico-social, sur la société et ses évolutions.

L'arrêté du 31 juillet 2009 a consacré l'articulation entre les terrains de stage, l'université et les instituts de formation en soins infirmiers. S'il est dévolu aux IFSI une mission d'ingénierie de la formation et de dispensation d'enseignements théoriques relatifs aux soins infirmiers, il incombe également aux IFSI de coordonner les actions des trois partenaires auprès des étudiants afin de former des professionnels compétents, capables de répondre aux besoins des patients et de participer à la réponse aux enjeux de santé publique.

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 modifiée et le décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 ont ouvert aux universités la possibilité de conduire des expérimentations. L'UFR Santé de l'université de Rouen Normandie s'est vu autorisée par l'arrêté du 9 septembre 2021 à conduire une expérimentation consistant à créer un parcours « Soins infirmiers » et un parcours « Sciences infirmières » au sein de la mention licence « Sciences pour la santé ». Les équipes de direction et pédagogiques des IFSI de la subdivision rouennaise se sont réunis pour travailler sur le contenu de cette convention précisant les modalités de mises en œuvre de cette expérimentation et sur le nouveau parcours « soins infirmiers » et licence « sciences infirmières » proposé aux étudiants ayant débuté leur formation dès septembre 2021. Ils pourront obtenir maintenant une licence délivrée par l'Université de Rouen Normandie en parallèle et sous réserve de l'obtention du diplôme d'Etat, à la place du grade licence antérieur. Ils pourront bientôt cheminer vers le Master en sciences infirmières qui est en cours de construction.

L'IFSI s'est aussi intégré au programme européen ERASMUS+. La stratégie internationale de l'IFSI vise à développer la mobilité des étudiants et des enseignants de l'enseignement supérieur à des fins d'éducation et de formation et à ouvrir les perspectives internationales dans le domaine des soins, de la santé publique et de la promotion de la santé dans les pays en vigilance normale selon les critères de sécurité du ministère des affaires étrangères. Dès février 2024, les étudiants du Rouvray vont avoir la possibilité d'effectuer une période de mobilité de stage de 2 mois minimum sans interruption, à l'étranger. Cela va leur permettre de se confronter à de nouvelles pratiques professionnelles en favorisant l'évolution de leurs représentations, de rencontrer des personnes « culturellement autre », d'élargir leurs connaissances et compétences interculturelles, de développer leurs capacités relationnelles, leur autonomie, d'ouvrir leurs perspectives professionnelles et d'apprendre ou tout du moins améliorer une langue. Toutes ces aptitudes sont essentielles à la profession infirmière.

9.2 Centre de documentation, d'information et bibliothèque professionnelle du Rouvray : des ressources documentaires et scientifiques en sante et santé mentale

Le CDI-BPR regroupe la Bibliothèque Professionnelle du Centre Hospitalier du Rouvray et le Centre de Documentation de l'IFSI.

La Bibliothèque Professionnelle est spécialisée en psychiatrie. Elle est riche de plus de 7000 ouvrages et d'une centaine de revues. Le Centre de Documentation de l'IFSI possède plus de 1500 ouvrages et de nombreuses revues destinés à compléter et soutenir les études en soins infirmiers.

Ces deux fonds sont ouverts à tout le personnel de l'hôpital et aux étudiants et formateurs de l'IFSI.

Un seul lieu accueille le public. Situé au rez-de-chaussée de l'IFSI, il est ouvert du lundi au jeudi de 8h à 17h30 (vendredi fermeture à 16h30), en dehors des périodes de congés.

Une salle informatique permet d'accéder aux abonnements en ligne souscrits par le CDI-BPR pour l'année en cours. Ces abonnements sont ciblés sur les études en soins infirmiers, la psychiatrie et la psychologie.

Le CDI-BPR produit également un Bulletin de mensuel de documentation sur la santé mentale, l'actualité médicale et paramédicale.

Pour les usagers du CDI-BPR, il existe un service spécifique de demande d'articles. Un service de prêt interbibliothèques est également possible sur demande.

Le CDI-BPR est membre du GIP ASCODOCPSY et du Réseau National des Documentalistes Hospitaliers.

10. Références législatives

- Code :
 - Code de procédure pénale
 - Code de la Santé Publique
 - Code civil
 - Code de la Sécurité Sociale
 - Code électoral
 - Code du CGCT relatif au don du corps à la science
 - Code pénal
 - Code de déontologie médicale
 - Code du travail

- Décret :
 - Décret n°2005-213 du 02/03/2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
 - Décret n°2003-462 du 21/05/2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique
 - Décret n°86-660 du 19/03/1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
 - Décret 2007-658 du 02/05/2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires..
 - Décret 2002-9 du 04/01/2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

- Loi :
 - Loi n°2002-303 du 04/03/2002 sur les droits des usagers et la qualité du système de santé
 - Loi de modernisation du système de santé du 26/01/2016
 - Loi n°2016-87 du 02/02/2016
 - Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification
 - Loi n°78-17 du 06/01/1978 ou « Loi Informatique et Libertés » modifiée (notamment par la loi n°2004-801 du 06/08/2004)
 - Loi n°98-657 du 29/07/1998
 - Loi n°2010-1192 du 11/10/2010 relative à l'identification de la personne
 - Loi 87-588 du 30/07/1987
 - Loi n°83-634 du 13/07/1983 relatif au devoir d'information public
 - Loi n°86-33 du 09/01/1986
 - Loi du 29/07/1881 sur la liberté de la presse
 - Loi n°2002/224 du 21/02/2007
 - Loi n°2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
 - Loi n°2007-148 du 02/02/2007

• Règlement Général sur la Protection des Données (ou RGPD) : règlement de l'Union Européenne 2016 / 679 du 27 avril 2016

- Décret :
 - Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public

- Arrêté :
 - Arrêté du 25/06/1980 modifié relatif aux ERP (dispositions générales)
 - Arrêté du 10/12/2004 relatif aux ERP de type U (établissements de soins – dispositifs particuliers)

- Circulaire :
 - Circulaire DHOS/G/2005/57 du 02/02/2005 relative à la laïcité
 - Circulaire DSS/SDAS/2B n°97-739 du 21/11/1997 relative à la prise en charge par la Sécurité Sociale
 - Circulaire DH/AF/DGS/SP2/DAS/RV3 n°736 du 17/12/1998
 - Circulaire DHOS/SDE/E1 n°2004-471 du 04/10/2004 (convention type)
 - Circulaire DH/EMI n°40 du 09/10/1995

- Ordonnance et note d'information :
 - Ordonnance n°82-272 du 26/03/1982 (personnels non médicaux)
 - Une note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du Ministère des solidarités et de la santé et du Ministère de l'action et des comptes publics parue au mois de mars 2018 et applicable depuis le 1er octobre 2018, relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 précise les modalités de prise en charge des transports

11. Glossaire

AME : Aide Médicale d'Etat
ARIPCHR : Association Recherches Informations en Psychologie du CHR
ARS : Agence Régionale de Santé
ARTAAS : Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ATMP : Association Tutélaire des Majeurs Protégés
BM : Bibliothèque Médicale
CADA : Commission d'Accès aux Documents Administratifs
CARE : Comité d'Aide à la Réflexion Ethique
CASP : Centra d'Accueil en Soins Psychiatriques
CAT : Conduite à Tenir
CCPPRB : Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale
CDI : Centre de Documentation et d'Information
CDSP : Commission Départemental des Soins Psychiatriques
CDU : Commission Des Usagers
CGRAS : Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
CH : Centre Hospitalier
CHR : Centre hospitalier du Rouvray
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLAN : Comité de Liaison Alimentation-Nutrition
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Comité Médical d'Etablissement
CMP : Centre Médico Psychologique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNI : Carte Nationale d'Identité
CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés
COMEDIMS : COMité du MEDicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COOP : Commission Opérationnelle
Copil : Comité de Pilotage
CPF : Compte Personnel de Formation
CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CSE : Comité Social d'Etablissement
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques
CSP : Code de la Santé Publique
DAL : Direction des Achats et de la Logistique
DSI : Direction du Système d'Information
ERFPS : Espace Régional de Formation des Professionnels de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
FEI : Fiche d'Evénement Indésirables

FJH : Forfait Journalier Hospitalier

FPTLV : Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HJ : Hôpital de Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

JLD : Juge des Libertés et des Détentions

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

QGR : Qualité et gestion des risques

SIM : Service de l'Information Médicale

SPES : Société Privée d'Entraide Sociale

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UMD : Unité pour Malade Difficile

UNACOR : UNité d'ACcueil et d'ORientation

URHEA : Unité Régionale d'Hospitalisation des Enfants et Adolescents