



**BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER
Vannes - Auray

Règlement Intérieur DU CENTRE HOSPITALIER BRETAGNE ATLANTIQUE

SOMMAIRE

Préambule

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1	Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique	3
SECTION 2	Organisation des soins	6
SECTION 3	Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène	13

CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, A L'ADMISSION, AU SÉJOUR ET A LA SORTIE DU PATIENT

SECTION 1	Accueil, consultation et admission des patients	19
SECTION 2	Accueil et admission en urgence	24
SECTION 3	Dispositions particulières à certains patients	26
SECTION 4	Soins et information sur les soins	30
SECTION 5	Conditions de séjour du patient au sein du C.H.B.A.	39
SECTION 6	Sortie des patients	46
SECTION 7	Frais de séjour	48
SECTION 8	Dispositions relatives aux naissances et aux décès	50

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

SECTION 1	Principes fondamentaux liés au respect du patient	56
SECTION 2	Principes de la bonne conduite professionnelle.....	58
SECTION 3	Expression des personnels	61

CHAPITRE 4 – DISPOSITIONS FINALES

SECTION 1	Procédure d'adoption du règlement intérieur.....	64
SECTION 2	Modification du règlement intérieur.....	64

ANNEXES

- ANNEXE 1** Règlement Intérieur de la Commission Médicale d'Établissement
- ANNEXE 2** Règlement Intérieur du Comité Technique d'Établissement
- ANNEXE 3** Règlement Intérieur du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- ANNEXE 4** Règlement Intérieur de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
- ANNEXE 5** Règlement Intérieur de la Commission des Usagers
- ANNEXE 6** Règlement de Fonctionnement des Unités de Soins de Longue Durée et des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ANNEXE 7** Règlement Intérieur de la Crèche
- ANNEXE 8** Charte du bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication
- ANNEXE 9** Charte de fonctionnement du bloc opératoire

PREAMBULE

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique définit les règles de fonctionnement spécifiques à l'établissement concernant l'organisation administrative et médicale, les relations avec les usagers, et les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux.

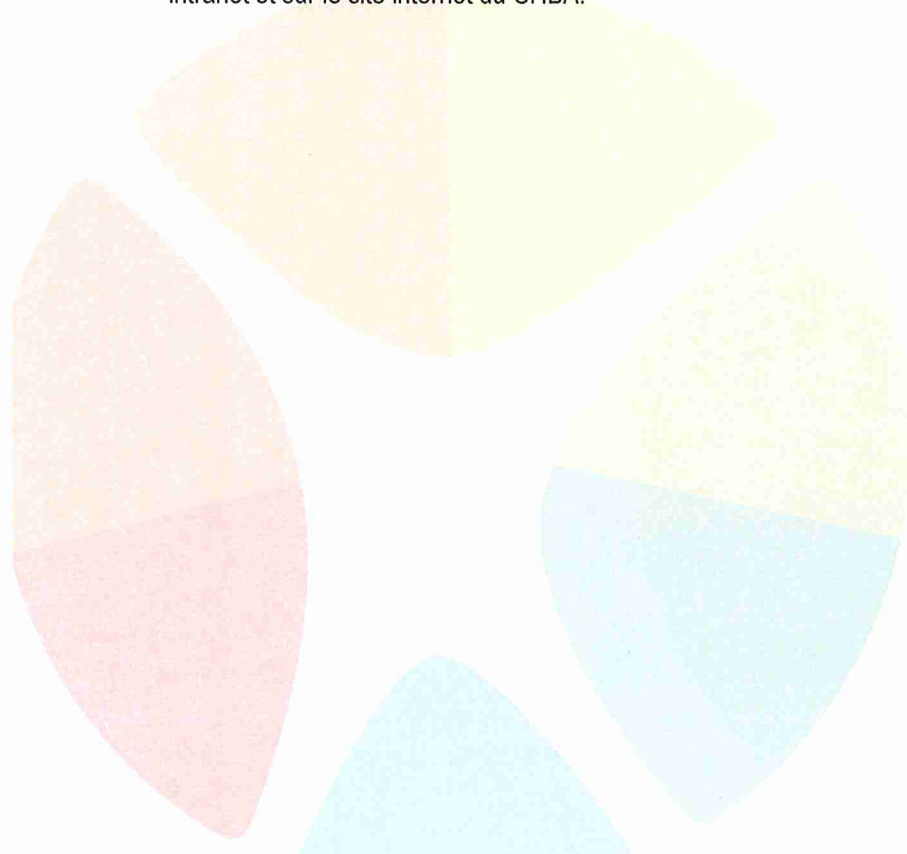
Ce règlement a pour objectif de permettre le bon fonctionnement des services hospitaliers et de garantir le respect des droits et obligations des usagers. Il est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur et notamment le Code de la Santé Publique (CSP).

Il a été arrêté par le Directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique après :

- Concertation avec les membres du Directoire
- Avis du Comité Hygiène Sécurité Condition de Travail
- Avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME)
- Avis du Comité Technique d'Établissement (CTE)
- Avis du Conseil de Surveillance
- Information de la Commission des Soins infirmiers de Rééducation et Médicotechniques le 21 juin

Conformément à l'article L6143-7 du CSP, le Directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure l'application et l'exécution des dispositions du règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement.

Ce document, dont les dispositions s'imposent à tous, peut être consulté par toute personne intéressée sur le site intranet et sur le site internet du CHBA.



CHAPITRE 1

DISPOSITIONS GENERALES

SECTION 1

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

SECTION 2

Organisation des soins

SECTION 3

Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène



SECTION 1

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Art. 1 – Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, Établissement public de santé

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est un établissement public de santé intercommunal (Vannes-Auray). Il est établissement support du Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique. Il est organisé en direction commune avec les Centres Hospitaliers de Ploërmel / Josselin / Belle-Ile et les EHPAD de Malestroit et Quiberon. Le siège du CHBA est fixé au 20 Bd du Général Maurice Guillaudot – 56017 Vannes.

Art. 2 – Le Conseil de Surveillance, le Directeur, le Président de la Commission Médicale d'Établissement et le Directoire du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique comprend un Conseil de Surveillance présidé par le maire de Vannes. Il est dirigé par un directeur, assisté de directeurs-adjoints qui le suppléent en cas d'absence ou d'empêchement. Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère et donne son avis sur les matières qui lui sont attribuées par la loi. Le nombre des séances du conseil de surveillance et les modalités de convocation de ses membres sont fixés par son règlement intérieur.

Le directeur, président du Directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Dans certaines matières, il exerce ses compétences après concertation avec le Directoire. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

Le directeur peut déléguer sa signature aux directeurs adjoints, dans leur domaine de compétence.

Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il est chargé, conjointement avec le directeur, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Le directoire est composé du directeur d'établissement, président, du président de la commission médicale d'établissement (CME), vice-président du directoire, du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et des membres nommés par le directeur (médecins chefs de pôles).

Le directoire approuve le projet médico-soignant partagé et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. La concertation préalable aux décisions du directeur se déroule à l'initiative de ce dernier et selon des modalités qu'il définit. Le directoire se réunit au moins 8 fois par an, sur un ordre du jour déterminé.

Art. 3 – Instances représentatives

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est doté des instances représentatives suivantes :

- une **Commission Médicale d'Établissement**, qui représente au sein de l'établissement les personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques. Sa composition et ses missions sont définies à l'annexe 1 du présent règlement.
- un **Comité Technique d'Établissement** dont la composition et les missions sont définies à l'annexe 2 du présent règlement ;
- un **Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail central**, dont la composition et les missions sont définies à l'annexe 3 du présent règlement.
- une **Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques**, dont la composition et les missions sont définies à l'annexe 4 du présent règlement et qui représente au sein de l'établissement les différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

Pour l'accomplissement de leurs missions, ces instances définissent librement leur organisation interne dans leur propre règlement intérieur, dans le respect de la réglementation générale.

Art. 4 – Instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est doté d'instances compétentes, sous l'égide de la commission médicale d'établissement et de son président, vice-président du directoire, pour l'examen des questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement, en concertation avec la commission médicale d'établissement, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives. Ces instances conduisent leurs travaux en lien étroit avec la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est par ailleurs doté d'une commission des usagers (dont la composition et les missions sont définies en annexe 5 du présent règlement), qui exerce ses missions en collaboration avec la commission médicale d'établissement sur les sujets relevant de sa compétence ainsi qu'avec les instances visées au présent article.

Art. 5 – Missions et obligations du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique – Droits des personnes malades et des usagers

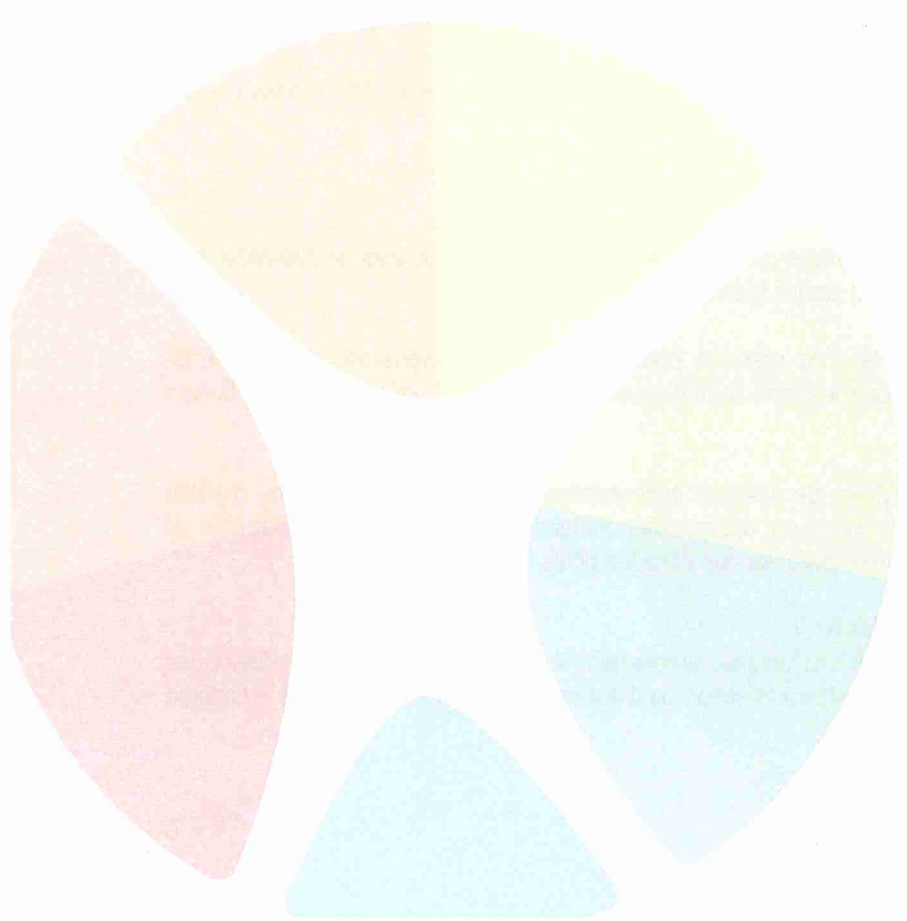
Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure le service public hospitalier. Il est au service de la population à laquelle il assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic qui lui sont nécessaires. Il concourt à la formation et à la recherche dans le domaine de la santé. Il garantit l'égal accès de tous aux soins et la continuité du service, il veille à l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de sécurité des soins. Il veille également, en toutes circonstances, à la promotion et à l'exercice concret des droits individuels et collectifs des personnes malades et des usagers du système de santé, tels qu'ils sont énoncés par la loi.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite. Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doit être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; elle assure leur admission soit en son sein,

éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins. Les personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches. Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. La Charte de la personne hospitalisée est affichée dans les locaux du Centre Hospitalier de telle sorte qu'elle soit aisément connue des patients, de leurs proches et des personnels.

Art. 6 – Gardes de direction

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le directeur du centre hospitalier organise avec les membres de son équipe de direction un service de garde.



SECTION 2

Organisation des soins

Art. 7 – Organisation du Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est organisé en pôles inter-établissements et en pôles d'activités cliniques et médico-techniques.

a) Les pôles inter-établissements

Les pôles inter-établissements sont créés, modifiés ou supprimés par le directeur du CHBA, établissement support du GHBA, après concertation avec le comité stratégique du GHT, avis de la commission médicale de groupement et des comités techniques d'établissement des établissements concernés (art L 6132-3 CSP)

Les pôles inter-établissements sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle. La gouvernance du pôle inter-établissements est assurée en concertation avec le cadre coordonnateur et le directeur référent

Les pôles inter-établissements sont composés de services inter-établissements, de services, d'unités fonctionnelles et de structures internes. Cette organisation permet de faciliter la coopération entre médecins des différents établissements, en cohérence avec le projet médico-soignant partagé. Les services et services inter-établissements assurent au plan médical et paramédical la prise en charge du patient, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles, la recherche médicale ou paramédicale, et l'enseignement.

Le directeur du CHBA, établissement support du GHT, et le chef de pôle inter-établissement signent un contrat de pôle, après information du comité stratégique. Ce contrat définit les objectifs assignés au pôle, notamment en matière de qualité des soins, et les moyens attribués.

L'organisation interne des pôles inter-établissements est définie dans le projet de pôle, sur la base du contrat de pôle. La liste des pôles inter-établissement et leur organisation interne est annexée au présent règlement.

Une représentation du pôle inter-établissement est assurée au sein des CME de chacun des établissements impliqués dans sa constitution.

b) Les pôles d'activités cliniques et médico-techniques

Les pôles d'activités sont créés, modifiés ou supprimés par le directeur après concertation avec le directoire, avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

Les pôles sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle. La gouvernance du pôle inter-établissements est assurée en concertation avec le cadre coordonnateur et le directeur référent du pôle. Ils sont appuyés par un assistant de gestion.

Les pôles d'activité sont composés, de services, de services inter-établissements, de départements, d'unités fonctionnelles et de structures internes de prise en charge des malades par les équipes médicales et paramédicales. Les services assurent les mêmes missions que dans les pôles inter-établissement.

Ils peuvent être composés d'unités fonctionnelles (UF).

Des unités fonctionnelles peuvent également être rattachées directement à un pôle pour gérer des plateformes médico-techniques, des structures alternatives à l'hospitalisation ou d'autres activités spécifiques. Ces structures

sont placées sous la responsabilité d'un praticien. Les services sont créés, modifiés ou supprimés par décision du directeur prise après concertation avec le directoire, avis de la CME et du CTE.

Les unités fonctionnelles sont créées et supprimées selon les mêmes modalités que les services.

Les principes essentiels de l'organisation en pôles et de leurs règles de fonctionnement figurent au sein de l'annexe 9 du présent règlement intérieur.

Art. 8 – Nomination, missions et fin de fonctions des chefs de pôle interétablissements et des chefs de service inter-établissements

A) Nomination, mission et fin de fonctions des chefs de pôles inter-établissement (art R6146-9-3 CSP)

1°) Nomination

Les chefs de pôle interétablissements sont nommés parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements du GHBA par décision conjointe du président du comité stratégique et du président de la Commission Médicale de Groupement, après avis des commissions médicales des établissements parties concernées.

2°) Missions

Le chef de pôle interétablissements a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle interétablissements.

Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médico-soignant partagé.

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle.

Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs exerçant dans l'un des établissements parties ou associés au groupement dont il propose la nomination au directeur de l'établissement support, après information du président de la commission médicale de groupement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. Le directeur du CHBA, sur proposition du chef de pôle inter-établissement, nomme un chef de pôle adjoint qui représente le chef de pôle inter-établissement en cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci, ou de vacance de poste.

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit l'évolution de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle élabore un projet de pôle en concertation avec ses collaborateurs

3°) Fin de fonctions

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle inter-établissements par décision conjointe du président du comité stratégique et du président de la commission médicale de groupement

B) Nomination, missions et fin de fonctions des chefs de service inter-établissement

1°) Nomination

Le chef de service inter-établissement est nommé parmi les praticiens du pôle inter-établissement pour une durée de 4 ans renouvelable, par décision conjointe du directeur du CHBA, établissement support du GHBA, et du président de la Commission Médicale de Groupement, après avis du chef de pôle inter-établissement

2°) Missions

Le chef de service inter-établissement assure la conduite générale du service dont il a la charge, la mise en œuvre des missions qui lui sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien.

Il élabore avec les autres professionnels du service un projet de service qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Il présente son projet de service au chef de pôle inter-établissement, au chef d'établissement support, au président de la Commission Médicale de Groupement et des établissements concernés

En fin de mandat, un bilan de la chefferie de service est présenté aux mêmes interlocuteurs.

3°) Fin des fonctions

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions du chef de service inter-établissement, par décision conjointe du directeur du CHBA, établissement support du GHBA, et du président de la Commission Médicale de Groupement, après avis du chef de pôle inter-établissement

Art. 9 – Nomination, missions et fin de fonction des chefs de pôle, des chefs de service, des responsables de structures internes, ou unités fonctionnelles des pôles d'activité cliniques et médico-techniques

A) Nomination, missions et fin de fonction des chefs de pôle

1°) Nomination

Le chef de pôle est nommé pour une durée de quatre ans renouvelable, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.

2°) Missions

Le chef de pôle met en œuvre la politique du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation de ses ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle.

Cette organisation est mise en œuvre dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services ou unités fonctionnelles (ou structures internes) prévues par le projet de pôle. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Un contrat de pôle est signé entre le directeur et chaque chef de pôle pour une durée de quatre ans. Ce contrat de pôle est contresigné par le président de la commission médicale d'établissement.

Le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il prévoit les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs.

Le chef de pôle élabore un projet de pôle qui définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et les responsabilités confiées aux services, unités fonctionnelles de pôle et structures internes de service et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Le Comité Technique d'Etablissement est informé sur les contrats de pôles.

3°) Fin des fonctions

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

B) Nomination, missions et fin de fonctions des chefs de service, des responsables de structures internes et des responsables d'unité fonctionnelle

1°) Nomination

Les chefs de service, responsables de structure interne, ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-techniques sont nommés, après avis du chef de pôle, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.

Ces responsables sont nommés pour une période de 4 ans renouvelables. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. En fin de mandat, un bilan de la chefferie de service est présenté à la CME.

2°) Missions

Les chefs de service, les responsables de structure interne et les responsables d'unité fonctionnelle assurent la conduite générale du service ou de la structure interne ou de l'unité fonctionnelle dont ils ont la charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien.

Ils élaborent avec les autres professionnels du service un projet de service qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

3°) Fin des fonctions

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service, responsable de structure interne, ou unité fonctionnelle par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

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

Art. 10 – Nomination et affectation des praticiens hospitaliers

La nomination des praticiens hospitaliers (à temps plein, à temps partiel) au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est prononcée, sur proposition du directeur, par arrêté du directeur général du Centre National de Gestion. Leur affectation est prononcée par le directeur sur un poste vacant du pôle d'activités, sur proposition du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement.

Art. 11 – Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur

Le CHBA est autorisé à disposer d'une pharmacie à usage intérieur. La gérance de la pharmacie à usage intérieur du CHBA est assurée par un pharmacien chef de service possédant les qualifications requises (**Art. R. 5126-2 à 7 CSP**). Celui-ci est responsable du respect des dispositions réglementaires relatives à l'activité pharmaceutique. Il peut se faire aider de pharmaciens et de personnels spécialisés, placés sous son autorité technique.

La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et notamment :

1° D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à [l'article L. 4211-1](#), des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à [l'article L. 5121-1-1](#), et d'en assurer la qualité ;

2° De mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à [l'article L. 1110-12](#), et en y associant le patient ;

3° D'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à [l'article L. 6111-2](#) ;

4° D'exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8 ;

5° Pour des pathologies dont la liste est fixée par arrêté, de renouveler les prescriptions des patients pris en charge par l'établissement et de les adapter, dans le respect d'un protocole mentionné à l'article L. 4011-4 ;

6° De pouvoir effectuer certaines vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé

Elle peut exercer ces missions pour son propre compte, et dans le cadre de coopérations, pour le compte d'une ou plusieurs autres pharmacies à usage intérieur.

La PUI du CHBA dispose d'autorisations pour effectuer les activités à risque particuliers mentionnées à l'article L. 5126-4

Le pharmacien gérant est responsable de l'assurance de qualité de la pharmacie à usage intérieur et veille à la sécurisation du circuit du médicament.

Art. 12 – Continuité des soins, permanence des soins et permanence pharmaceutique

La permanence des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit, le samedi après-midi et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou, le cas échéant, admis en urgence. Dans le cadre des dispositions réglementaires sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique arrête les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde.

Ces tableaux prévisionnels sont transmis au directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, avant le 20 du mois précédant le mois concerné, par le chef de pôle.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est décrite dans le contrat de pôle. Elle relève du pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur en accord avec le chef de pôle.

Art. 13 – Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les unités d'hospitalisation. Elle est assurée par un praticien du pôle d'activités, dans des conditions arrêtées par le responsable de la structure interne au pôle d'activités.

Art. 14 – Personnel médical, odontologique et pharmaceutique et continuité du service

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical, odontologique et pharmaceutique du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le 3^e cycle de leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, assurent :

- les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des malades hospitalisés, services de soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de compétence pharmaceutique tels que visés par l'article L. 4211-1 du Code de la santé publique) ;
- la participation à la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, lors d'une situation sanitaire exceptionnelle ou en cas d'afflux massif de victimes.

Art. 15 – Internes

Les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation spécialisée. Ils consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales, médicotechniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur formation. Ils exercent leurs fonctions par délégation et sous l'autorité du praticien agréé auprès duquel l'agence régionale de santé les a affectés. Ils participent à la permanence des soins.

Art. 16 – Étudiants hospitaliers

Les étudiants participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. 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 chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante.

Art. 17 – Sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Art. 18 – Coordination des soins dispensés aux malades

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur 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.

Art. 19 – Soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, membre du directoire et nommé par le directeur.

Ce directeur des soins coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins.

Il propose au directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique l'affectation de ces personnels au niveau des pôles.

Les cadres supérieurs de santé assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médico-techniques.

Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres activités de l'équipe.

Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ou équivalents exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture donnent des soins d'hygiène générale aux patients et aux personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sages-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation.

Les agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des patients.

Art. 20 – Étudiants des écoles paramédicales

Les étudiants des écoles paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage. Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation.

Les étudiants en soins infirmiers contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

Ils suivent des enseignements pratiques dispensés au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et des enseignements théoriques organisés par les écoles paramédicales. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

SECTION 3

Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène

3.1 Nature et opposabilité des règles de sécurité

Art. 21 – Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique en fonction des circonstances locales. En tant que responsable de la conduite générale du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements. Le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique veille, en tant que responsable du bon fonctionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, au respect des règles de sécurité du fonctionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Art. 22 – Opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) 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 le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du directeur ou de ses représentants.

Dans la mesure où les conventions qui lient le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique leur sont opposables. Le présent règlement intérieur est porté à cet effet à leur connaissance. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

3.2 La sécurité générale

Art. 23 – Accès au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

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

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

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin reconduits à la sortie du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

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.

Pour accéder aux locaux du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, les personnels, les étudiants et les prestataires sont tenus de porter de façon visible leur carte professionnelle et de la présenter sur demande.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, et sous réserve des dispositions de l'article 169 du présent règlement, il est interdit d'introduire au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

Art. 24 – Calme et tranquillité au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'établissement.

Art. 25 – Agents d'Accueil et de Prévention

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 modifiée et des textes pris pour son application. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code pénal (légitime défense ou état de nécessité). Ils ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ou des personnels responsables de ces unités. Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité.

Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. Ils peuvent retenir aux sorties du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par une unité de soins.

Art. 26 – Matériels de sécurité générale

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéo protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances compétentes du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo protection doivent en particulier respecter les dispositions du code de la sécurité intérieure et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Art. 27 – Atteintes au bon fonctionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

La mise en œuvre par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Art. 28 – Sécurité et protection des personnels

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis des personnels hospitaliers. Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamations ou d'outrages la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 29 – 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 dans l'exercice de ses fonctions. Il l'avise également en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Art. 30 – Rapports avec les autorités de justice, police et gendarmerie

Seul le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de justice, police et gendarmerie. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patient...).

Il veille à ce que soient pris en considération les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret médical.

Les relations avec la justice et les forces de sécurité intérieure font l'objet d'une convention révisée annuellement.

Art. 31 – 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.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées.

Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, des véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

En cas de péril grave et imminent pour le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

3.3 La sécurité du fonctionnement

Art. 32 – Recherche de la maîtrise des risques

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels fréquentant le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernés. Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Il organise 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.

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt. Conformément à la réglementation, le service de santé au travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

Art. 33 – Astreinte technique

Le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique organise une astreinte technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Il désigne les agents des services techniques du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique qui participent à cette astreinte, distincte du service de garde de direction prévu à l'article 6 du présent règlement.

Art. 34 – Registre de sécurité anti-incendie

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est assujéti aux règles de sécurité anti-incendie applicables à tous les établissements ouverts au public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs...) doivent, en outre, être conformes aux dispositions du Code de l'environnement et de celles relatives aux immeubles de grande hauteur et aux habitations. Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, notamment des incendies. Parmi ces renseignements doivent figurer :

- l'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- l'état et la situation des moyens de secours ;
- les dates des divers contrôles et vérifications, ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu dans les différents domaines techniques ;
- les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes, clapets coupe-feu...) ;
- les dates et contenus des opérations de travaux liées au schéma directeur réalisées au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ;
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres...

Ces renseignements sont présentés à la commission de sécurité incendie à l'occasion de ses passages au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 35 – Interdiction de fumer et de vapoter

Il est interdit de fumer dans tous les lieux du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique fermés et couverts. Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

Les patients hospitalisés au sein des EHPAD et Unités de Soins de Longue Durée du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique peuvent néanmoins après information et avis du chef de service de sécurité incendie ou son représentant être autorisés à fumer dans leur chambre, en ce qu'elle constitue un espace privatif, étant précisé qu'une telle autorisation, délivrée à titre individuel, ne peut en aucun cas permettre à un patient de fumer dans son lit, ni dans une chambre qu'il partage avec un patient non-fumeur. Cette autorisation doit rester exceptionnelle.

Il est interdit de vapoter dans les structures du C.H.B.A. destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ainsi que dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

3.4 La circulation et le stationnement automobiles

Art. 36 – Voirie hospitalière

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique constituent des dépendances du domaine public de l'établissement, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts seulement au personnel et aux usagers du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, ne peuvent être considérés comme des voies ouvertes à la circulation publique, et échappent donc à la compétence des autorités chargées de la police de la circulation.

En cas de vol, de dommage, d'accident, les règles et procédures générales de responsabilité et d'indemnisation s'appliquent au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, dans les conditions de l'article 38 du présent règlement.

Art. 37 – Règles de compétence

Sous réserve de l'application du Code de la route dans celles de ses dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions, les caravanes).

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement et limiter l'accès au nombre de véhicules correspondant au nombre de places de stationnement libres.

Art. 38 – Signalisation et sanctions

Toutes les dispositions prises en application de l'article 37 doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et, que, sauf dans l'hypothèse d'une faute du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, elles ne sauraient donc engager la responsabilité du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, notamment en cas de vols ou de dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peuvent entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement de l'établissement – entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre, et qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par le Code de la route.

CHAPITRE 2

Dispositions relatives aux consultations, à l'admission, au séjour et à la sortie du patient

SECTION 1

Accueil, consultation et admission des patients

SECTION 2

Accueil et admission en urgence

SECTION 3

Dispositions particulières à certains patients

SECTION 4

Soins et information sur les soins

SECTION 5

Conditions de séjour du patient au sein du CHBA

SECTION 6

Sortie des patients

SECTION 7

Frais de séjour

SECTION 8

Dispositions relatives aux naissances et aux décès

SECTION 1

Accueil, consultation et admission des patients

Art. 39 – Principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 40 – Accès aux soins des personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique a mis en place en conséquence une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

1.1 Accueil et admission

Art. 41 – L'accueil des patients

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination.

Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel. Une signalétique adaptée précise à l'accueil du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique la localisation de ses différents services et consultations externes.

Le personnel du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Le patient est invité lors de son accueil à désigner une personne à prévenir et s'il le souhaite une personne de confiance durant son hospitalisation.

Art. 42 – Livret d'accueil et questionnaire de satisfaction

Il est remis, à tout patient admis en hospitalisation au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital, ainsi que les droits et devoirs des patients. La Charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret. Le patient reçoit un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

Art. 43 – Compétence du directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 44 – Pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient et sous réserve des dispositions des articles 40 et 73, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

À cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au service des admissions-facturations ou aux secrétariats médicaux

- Sa carte Vitale ou son attestation de carte Vitale, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- Un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...);
- Le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur ;
- Le cas échéant, un document attestant que le patient est bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État.

Si le patient n'est pas assuré social, et sous réserve des dispositions de l'article 51, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Art. 45 – Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée, hors cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation ; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection ; il doit être accompagné d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin hospitalier concerné et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

Le praticien qui adresse un patient au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

Art. 46 – Admission programmée

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du responsable de la structure médicale concernée.

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au service des admissions-facturations ou aux secrétariats médicaux du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique pour compléter son dossier administratif.

Art. 47 – Admission directe

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

Art. 48 – Transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique constate que l'état d'un patient ou d'un blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du CHBA ou nécessitant des moyens dont le Centre Hospitalier ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

1.2 Consultations

Art. 49 – Consultations externes

Des consultations médicales sont organisées au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique pour les patients externes. La liste, la localisation et les horaires de ces consultations sont accessibles au public sur le site internet du CHBA.

Le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique établit et tient à jour, en accord avec les responsables de pôle d'activités concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants. Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer le bon fonctionnement de ces consultations.

Art. 50 – Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte vitale ou de l'attestation de la carte vitale. Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers ayant conclu une convention de tiers payant avec le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de santé visée à l'article 40, ou vers le service social hospitalier, qui les assisteront si nécessaire pour accéder à la consultation.

Art. 51 – Protection maternelle et infantile

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique gère des activités relevant du service départemental de protection maternelle et infantile.

Ces activités qui participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile comprennent :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes.
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par le département.

Art. 52 – Consultation hospitalière de tabacologie

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et de développer une politique de prévention du tabagisme, une consultation hospitalière de tabacologie est implantée au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

1.3 Alternatives à l'hospitalisation

Art. 53 – Structures de soins alternatives à l'hospitalisation

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires et les structures dites d'hospitalisation à domicile. Les prestations dispensées par ces structures se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles doivent être adaptées aux besoins des patients et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Art. 54 – Structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit

Ces structures permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. Elles dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Ces structures sont organisées spécifiquement, en une ou plusieurs unités de soins individualisées, et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

Art. 55 – Service d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoires

Le CHBA possède un service d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire de 26 lits 5 salles de blocs. Ce service accueille des patients nécessitant une prise en charge du bloc opératoire et relevant d'une hospitalisation de moins de 12 heures, toutes spécialités chirurgicales confondues.

Les patients peuvent également être opérés en ambulatoire au bloc conventionnel.

1.4 Activité libérale des médecins du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Art. 56 – Principes d'organisation de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein peuvent être autorisés à exercer au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique une activité libérale dans les conditions définies par le Code de la santé publique. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

Art. 57 – Service public hospitalier et activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Dans certaines spécialités médicales et dans le cadre des dispositions de l'article 56, le patient peut toutefois être pris en charge, avec son accord et celui du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés. Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir au préalable du praticien concerné, les indications sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie. Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il l'a été préalablement dans le cadre de l'activité libérale. Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du responsable de la structure médicale concernée, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin. Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale. Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

Une commission de l'activité libérale est chargée au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'Agence Régionale de Santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ainsi que par tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à l'exercice de sa propre activité libérale.

Art. 58 – Publication des tarifs des praticiens sur les sites informatiques

Les informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui exercent à titre libéral au sein du Centre Hospitalier sont accessibles au public sur le site internet de l'établissement.

SECTION 2

Accueil et admission en urgence

Art. 59 – Plan blanc

Le CHBA est doté d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc », qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc peut être déclenché par le directeur, qui en informe sans délai le préfet de département, ou à la demande de ce dernier.

Le plan blanc est évalué et révisé chaque année. Dans le cadre d'un dispositif de niveau départemental, dénommé « plan blanc élargi », si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, le préfet de département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et de tout établissement ou établissement de santé ou établissement médico-social. Le plan blanc élargi est préparé, au niveau de chaque département, par la délégation territoriale de l'agence régionale de santé. Il est arrêté par l'autorité préfectorale compétente, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Il est révisé chaque année.

Art. 60 – Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, les personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux patients ou aux blessés en péril sur la voie publique.

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :

- l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR ou centre de secours) ;
- l'envoi sur les lieux d'une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

Art. 61 – Accueil et admission en urgence

Le directeur prend toutes mesures, si l'état d'un patient réclame des soins urgents et sans préjudice des dispositions de l'article 60, pour que les soins urgents soient assurés au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

Art. 62 – Information des familles des patients hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Que le patient ait été conduit au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique par le SAMU, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation, conformément aux dispositions de l'article 88.

En cas de transfert dans un autre centre hospitalier ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions des articles 149 et 150.

Art. 63 – Inventaire à l'admission

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis est signé sans délai par un agent du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique habilité à le faire et par un accompagnant ou, à défaut, par un témoin.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient. Conformément aux dispositions de l'article 148, les objets détenus par le patient sont remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets.

Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est responsable de plein droit, sans limitation de montant, de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par le Code de la santé publique.

Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt. Il lui est également remis une note d'information ayant pour objet :

- de lui donner connaissance des dispositions du Code de la santé publique au régime des objets déposés ;
- de l'informer de la liste des objets qu'il est autorisé à conserver par-devers lui, sous la responsabilité du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, à raison de leur faible valeur et de leur utilité pendant le séjour hospitalier ;
- de l'informer des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile. Les objets conservés seront soumis aux règles énoncées à l'article 111.

Art. 64 – Patients amenés par la police

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces autorités, conformément aux dispositions de l'article 62.

Dans le cadre d'une procédure pénale, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale.

Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue à l'article 96 et le directeur doit, au cas où la personne, alcoolique, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités sanitaires.

SECTION 3

Dispositions particulières à certains patients

3.1 Dispositions relatives aux mineurs

Art. 65 – Admission des mineurs

L'admission du mineur à l'hôpital est prononcée, sauf nécessité, à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale, du tuteur légal ou de l'autorité judiciaire (article R 1112-34 du Code de la Santé Publique).

Dans certaines circonstances, l'admission du mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale :

- En cas d'urgence, sous réserve de régulariser la situation auprès des parents le plus rapidement possible
- 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 ;
- La mineure qui souhaite subir une IVG, sans l'accord de l'un ou de ses deux parents ;
- Lorsque des parents refusent un traitement, ou refusent de faire pratiquer une intervention sur leur enfant, et que ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur (dans ce cas, la loi prévoit que «le médecin délivre les soins indispensables»).

Art. 66 – Hospitalisation des mineurs

Le directeur organise, avec l'accord des médecins responsables des structures médicales concernées, les modalités d'accompagnement des mineurs par leurs parents au cours de leur hospitalisation. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, dès lors que leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

S'ils ne peuvent demeurer auprès du mineur pendant son hospitalisation, les parents ou toute personne expressément autorisée doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder et, lorsque cet état le permet, doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

Art. 67 – Admission des mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à sa demande, sauf si le mineur lui a été confié par son père, sa mère ou son tuteur. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d'aide sociale à l'enfance demande l'admission. Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique adresse sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de la structure médicale concernée indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Art. 68 – Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation, conformément aux dispositions de l'article 113 du présent règlement. Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, leur mère ou leur tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la direction du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique si le mineur peut quitter seul le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Art. 69 – Information des mineurs et consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information conformément aux dispositions des articles 83 et 94, sous réserve des dispositions des articles 70 et 72 du présent règlement sur le droit à la confidentialité des soins.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Art. 70 – Soins confidentiels à la demande des mineurs

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

Art. 71 – Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique si le mineur peut quitter seul le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

Art. 72 – Mineurs en situation de rupture familiale

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande et sur décision de l'autorité administrative de la couverture maladie universelle (CMU). Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant.

3.2 Dispositions relatives aux femmes enceintes

Art. 73 – Secret de la grossesse ou de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission et de son identité dans les conditions prévues par le Code civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête.

Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Les femmes désirant accoucher dans le secret sont informées des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire, des modalités de la levée du secret de leur identité et de la possibilité qu'elles ont à tout moment de donner leur identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elles ont donnés au moment de la naissance.

Art. 74 – Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, agréé à cet effet, conformément aux dispositions de la loi du 17 janvier 1975 et de ses textes d'application.

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal doit être recueilli.

Toutefois, si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien préalable à l'intervention réalisé dans les conditions légales.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix.

3.3 Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre

Art. 75 – Admission des militaires

Les militaires, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires. L'admission est prononcée sans formalité particulière.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

Art. 76 – Admission des bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre

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 du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique pendant la durée de leur hospitalisation.

3.4 Dispositions relatives aux majeurs protégés

Art. 77 – Information et consentement des majeurs sous tutelle

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur.

Celui-ci reçoit l'information conformément aux dispositions des articles 83 et 94.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement.

Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

3.5 Dispositions relatives aux patients gardés à vue et détenus

Art. 78 – Audition par les autorités de police ou de gendarmerie

Dans le cadre d'une enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), les forces de police ou de gendarmerie peuvent demander à auditionner un patient. L'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient.

L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit. Cet avis est immédiatement transmis au directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 79 – Admission des personnes gardées à vue

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun.

Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

Art. 80 – Admission des détenus

L'admission des détenus malades ou blessés est prononcée selon la procédure définie avec l'administration pénitentiaire. Ces malades ou blessés sont hospitalisés au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, dans des locaux spécialement aménagés à cet effet.

Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 81 – Soins dispensés en milieu pénitentiaire

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire. Ces soins sont assurés au sein de l'Unité Sanitaire située dans les locaux de la Maison d'Arrêt de Vannes.

Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux où les personnels hospitaliers dispensent ces soins et accomplissent ces actions sont assurés par l'administration pénitentiaire.

Les dépenses afférentes aux soins ainsi dispensés sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

Art. 82 – Surveillance des détenus

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire. Elles s'exercent sous la responsabilité de la police, de l'autorité militaire ou de l'administration pénitentiaire.

En aucun cas, le service de sécurité intérieure du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ne doit être amené à y participer. Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

SECTION 4

Soins et information sur les soins

4.1 Accueil et admission

Art. 83 – Information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doivent être informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auxquels il souhaite que soient adressées les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et celles utiles à la continuité de ses soins après sa sortie.

La lettre de sortie est remise au patient à sa sortie et transmise à son médecin traitant et le cas échéant au médecin qui a adressé le patient.

Art. 84 – Dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique. Ce dossier comprend le cas échéant les informations recueillies lors des consultations externes ou de l'accueil aux urgences. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient conformément aux règles prévues à l'article 87.

Les règles de communication s'appliquent aussi bien aux données et documents papier et numérique. L'envoi par messagerie sécurisée n'affranchit pas de ces règles.

Art. 85 – Communication du dossier patient

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues, à quelque titre que ce soit, par le CHBA et les professionnels qui y exercent. Les règles de communication s'appliquent aux données et documents papiers et numériques.

Sont concernées les informations qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

- les résultats d'examens ;
- les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- les feuilles de surveillance ;

- les correspondances entre professionnels de santé.

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures.

Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans. Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition prévue à l'article 70 du présent règlement, est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- ou faire valoir leurs droits.

Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique désigné par lui à cet effet. Elle a lieu :

- soit par consultation gratuite sur place ;
- soit par l'envoi par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents.

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.

Art. 86 – Relations avec les familles

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

En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical, tel que le diagnostic et l'évolution de la maladie, peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

Art. 87 – Personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est tenu d'informer le patient de cette possibilité. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne.

Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état

d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Art. 88 – Séjour confidentiel

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ou sur leur état de santé.

Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, l'identité peut être mise en « identité protégée » ou la venue en « séjour confidentiel ». L'accès sera limité aux admissions et au service qui reçoit le patient.

Ces dispositions s'appliquent aux mineurs soumis à l'autorité parentale, sous réserve des dispositions prévues aux articles.

Art. 89 – Traitements automatisés des données à caractère personnel

À l'occasion du séjour du patient au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, des renseignements administratifs, sociaux et médicaux constituant des données à caractère personnel, sont traités par les applications informatiques du CHBA. Ces données sont notamment recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse et d'examens ou encore des travaux statistiques à usage de service. Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect du règlement européen de 2016 sur la protection des données, la loi et l'ordonnance de 2018 relatives à la protection des données.

Les personnes concernées peuvent exercer un droit d'accès à ces informations, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter ou de les mettre à jour.

Ce droit peut être exercé en s'adressant au délégué à la protection des données (dpo@ch-bretagneatlantique.fr.)

Cas particulier de la Recherche

Ces données peuvent faire l'objet d'analyses statistiques pour la recherche scientifique dans le domaine de la santé par l'équipe médicale responsable des soins ou par d'autres professionnels dûment habilités. Le patient peut à tout moment exprimer une opposition à cette utilisation des données en s'adressant au délégué à la protection des données à l'adresse mail mentionnée ci-dessus.

Art. 90 – Réclamations et voies de recours

Toute personne accueillie au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Une réponse motivée est adressée à chaque réclamation.

Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) dispose également d'autres recours s'il estime avoir subi un préjudice grave ou s'il n'est pas satisfait des réponses qui lui sont proposées et exposées ci-dessus.

- Demande de réparation amiable. La demande est traitée par la Direction des Affaires Générales et Juridiques, et transmise à l'assureur du Centre Hospitalier.
- Saisine de la CCI lorsque le patient estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important.
- Recours devant le Tribunal Administratif.

Art. 91 – La médiation

Un médiateur médecin et un médiateur non médecin sont désignés au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique par le directeur.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant au CHBA ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médecin exerçant au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants droit, lorsqu'ils en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile ou à leur demande.

Art. 92 – Commission des usagers

Une Commission Des Usagers (CDU) est instituée au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Elle 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.

Elle facilite les démarches de ces personnes et veille notamment à ce qu'elles puissent exprimer leurs griefs éventuels auprès des responsables du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle est consultée sur la politique menée au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge. Elle fait des propositions en ce domaine.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations des usagers du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ainsi que des suites qui leur sont données. À cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel.

La Commission Des Usagers du CHBA est composée comme suit :

- le directeur du CHBA ou son représentant
- un médecin médiateur et son suppléant, désignés par le directeur du CHBA, après avis de la Commission Médicale d'Établissement,
- un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le directeur du CHBA,
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé,
- le président de la Commission Médicale d'Établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission,
- un représentant de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et son suppléant, désignés par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres de cette commission.
- Assistent également aux réunions de la commission des usagers avec voix consultative :
- le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant,
- le directeur-adjoint chargé de la qualité,
- le directeur-adjoint chargé de la clientèle,
- ainsi que toute personne qualifiée désignée par le directeur de l'établissement.

La présidence de la commission des usagers est assurée par un des membres mentionnés aux 1° à 3°, soit :

1. Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
2. Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;
3. Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83. ;

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

La commission des usagers se réunit sur convocation de son président, 5 fois par an au moins et aussi souvent que nécessaire selon les questions à inscrire à l'ordre du jour.

Art. 93 – Représentants des usagers

Les représentants des usagers ont pour mission de faire le lien entre les usagers, les professionnels de santé et la direction de l'établissement. Ils sont associés aux travaux sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, et participent aux différentes commissions existantes (CDU, CLAN, CCLIN, CLUD). Deux représentants des usagers siègent au conseil de surveillance de l'établissement.

4.2 Consentement aux soins

Art. 94 – Consentement aux soins : dispositions générales

Le patient prend, avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur.

Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Art. 95 – Consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article 87, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance prévue à l'article 87 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.

Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses noms, prénoms, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

Art. 96 – Refus des soins

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Le médecin en informe immédiatement le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

Art. 97 – Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale.

Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir.

Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence prévus à l'article 134.

Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

Art. 98 – Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Art. 99 – Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

4.3 Qualité des soins

Art. 100 – Droit du malade à des soins de qualité

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire 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.

Art. 101 – Prise en charge de la douleur

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Art. 102 – Droit aux soins palliatifs

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié dans le respect du libre choix précisé à l'article 39 du présent règlement intérieur.

4.4 Dons du sang et transfusions sanguines

Art. 103 – Dons du sang

L'Établissement français du sang (EFS) propose le don de sang dans ses locaux, situés dans l'enceinte du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Pour plus d'information, il est possible de consulter le site www.dondesang.efs.sante.fr

Art. 104 – Sécurité transfusionnelle

Les médecins prescrivent aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Ils s'assurent de la traçabilité des produits effectivement administrés aux patients.

Au cas où est diagnostiqué chez un patient un évènement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique établit pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel versé au dossier médical du patient.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle. À l'issue de l'hospitalisation, le ou les médecins concourant au suivi du patient est ou sont informé(s) de la transfusion et des éventuels examens d'immunohématologie à contrôler au décours de celle-ci.

4.5 Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain

Art. 105 – Recherches biomédicales

Les médecins peuvent proposer aux patients de participer à une recherche impliquant la personne humaine. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer sur les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches impliquant la personne humaine doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que sur les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les malades ou le cas échéant leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

Lorsqu'une recherche impliquant la personne humaine est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes minimales et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche.

Art. 106 – Principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients

Aucun prélèvement, aucune collecte d'éléments ou de produits du corps humain ne peut être pratiqué sur un patient sans son consentement préalable. Le patient, ou le cas échéant son représentant légal, peut révoquer son consentement à tout moment.

Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur.

Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée.

Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

Art. 107 – Prélèvements d'organes

Le CHBA met en œuvre une activité de prélèvement d'organes.

Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Il peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus pour un tel prélèvement.

Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains de ces organes ou tissus.

Ce refus peut être exprimé à titre principal par l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine. Il est révocable à tout moment. Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de son nom, prénom, date et lieu de naissance.

Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes que cette personne a manifesté expressément de son vivant.

Le refus de prélèvement des organes est révisable et révocable à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente. Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité.

Si le patient décédé est un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'équipes médicales distinctes.

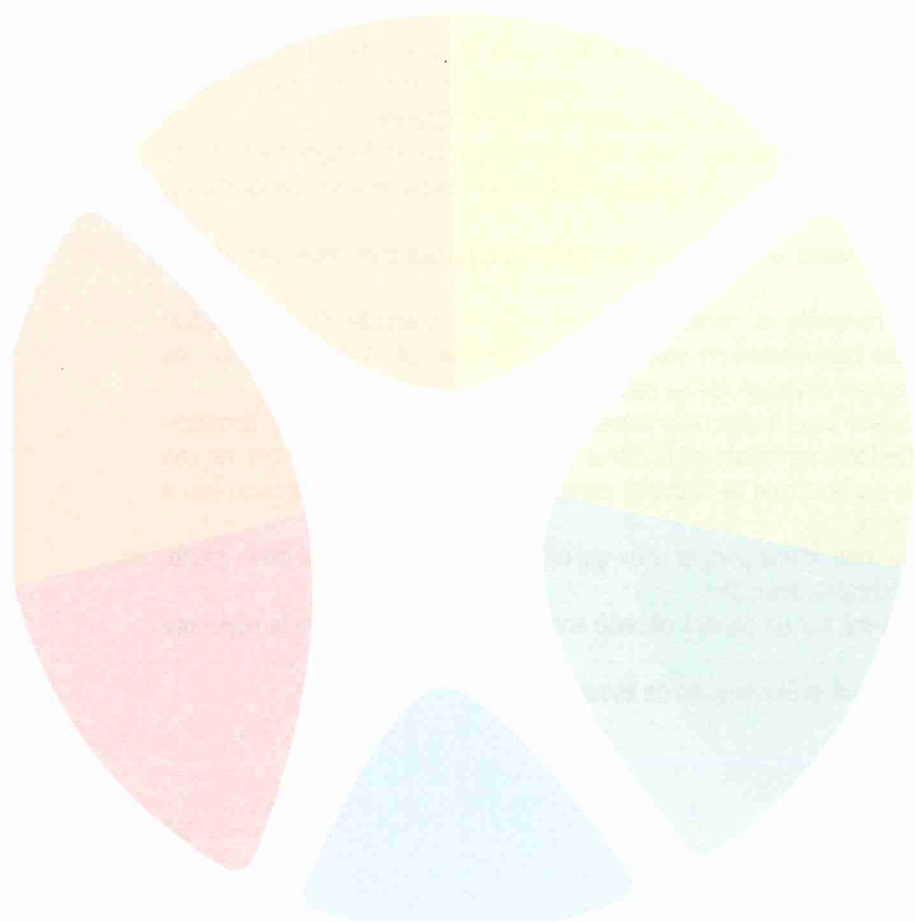
Les médecins qui ont procédé à un prélèvement sur un patient décédé sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux prélèvements de tissus.

Art. 108 – Utilisation des prélèvements à des fins scientifiques

Sous réserve de dispositions légales spécifiques et sauf si le patient, dûment informé, s'y est opposé, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est susceptible de conserver et d'utiliser des éléments et produits du corps humain à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été initialement prélevés ou collectés. Lorsque cette personne est un mineur ou un majeur sous tutelle, cette opposition est exercée par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Les prélèvements à des fins scientifiques ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'Agence de la biomédecine.



SECTION 5

Conditions de séjour du patient au sein du C.H.B.A.

Art. 109 – Règles générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité.

Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service.

Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène.

Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire.

Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients.

Art. 110 – Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés. Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré-et postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Art. 111 – Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur

Dès sa pré-admission au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et au plus tard lors de son admission, le patient (ou ses représentants légaux) est informé oralement et par une note écrite du régime de responsabilité applicable en cas de vol, de perte ou de détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément aux dispositions légales.

Le patient est invité à n'apporter au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique que les objets strictement utiles à son séjour. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur.

Il est remis au patient un reçu des objets déposés entre les mains du régisseur. Un double exemplaire de ce reçu est conservé par le régisseur et le service d'hospitalisation du patient.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu. Les objets de valeur (téléphones, ordinateurs, tablettes, vêtements, ...) conservés dans la chambre sont sous la responsabilité du patient : le Centre hospitalier Bretagne Atlantique décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Art. 112 – Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé aux patients.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique en fonction du coût réel des prestations fournies.

Art. 113 – Autorisations de sortie

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures, à laquelle sont rajoutés les délais de route.

Ces autorisations sont données par le directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique le porte « sortant », sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Art. 114 – Pratiques religieuses

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients. Des ministres des différents cultes, agréés par le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, sont à la disposition des patients, sur simple demande de leur part.

Art. 115 – Respect de la vie privée : droits de la personnalité

Les personnels, patients, visiteurs et autres tiers (prestataires, associations, journalistes, photographes,...) ne peuvent se livrer, dès lors qu'elle permet l'identification de personnes, à la captation d'attributs de leur personnalité, et notamment de leur image ou leur voix, sans l'autorisation expresse des intéressés ou celle de leur représentant légal.

Des poursuites pénales pourront être engagées en cas de non-respect de cette règle.

5.1 Service social hospitalier

Art. 116 – Missions du service social hospitalier

Le service social hospitalier, composé d'un cadre socio-éducatif, d'assistants socio-éducatifs et de secrétaires qui les assistent, est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Il favorise le maintien ou l'accès aux droits sociaux et aide les patients, leur famille et leurs proches en cas de difficultés administratives ou juridiques. Il prépare, en liaison directe d'une part avec les services administratifs et

les pôles d'activités, et d'autre part avec les institutions, services, associations, travailleurs sociaux compétents, le maintien ou le retour à domicile ou, si besoin, l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée. Les assistants sociaux font le lien entre le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, ses pôles d'activités et la ville. Le service social informe, oriente, aide les patients (consultants ou hospitalisés) et leur famille, et leur assure écoute et soutien, dans le respect du secret professionnel. Il intervient au sein des différents pôles d'activités sous l'autorité du directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique dans le cadre du projet élaboré avec le patient en veillant à préserver son autonomie.

5.2 Accès des personnes étrangères au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Art. 117 – Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres infirmiers), avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police. Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des unités de soins concernés.

Art. 118 – Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les patients peuvent demander au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer et de vapoter prévue à l'article 35.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients, des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

Art. 119 – Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doivent faire l'objet d'une convention entre le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Art. 120 – Associations de bénévoles

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Elles doivent fournir au directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique une liste nominative des personnes qui interviendront au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'accompagnement du patient et en confortant l'environnement psychologique et social du patient et de son entourage.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ils doivent également respecter la Charte des bénévoles du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

Art. 121 – Accès des professionnels de la presse et des photographes

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes), des sociétés de production et des artistes, ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doivent préalablement faire l'objet d'une demande d'autorisation adressée à la direction de la communication du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. L'autorisation sera donnée après avis du responsable de la structure concernée.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient s'effectue dans le respect des dispositions de l'article 115.

Art. 122 – Accompagnants privés

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord conjoint du médecin responsable de l'unité de soins et du directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, qui peuvent à tout moment rapporter cette décision. La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer aucun soin médical ou paramédical.

Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

Art. 123 – Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique des démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Art. 124 – Accès des agents commerciaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé « visiteurs médicaux »

Les visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne peuvent accéder aux locaux et aux professionnels (y compris en formation) exerçant au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, qu'avec l'accord exprès du responsable de la structure médicale, pôle ou structure interne de pôle, dans laquelle ils sont amenés à intervenir.

Cet accès s'effectue dans le respect de la Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments établie par les Entreprises du médicament (LEEM) et le Comité économique des Produits de Santé (CEPS). Ces visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et être identifiables.

En cas de non-respect de ces dispositions, le directeur ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente.

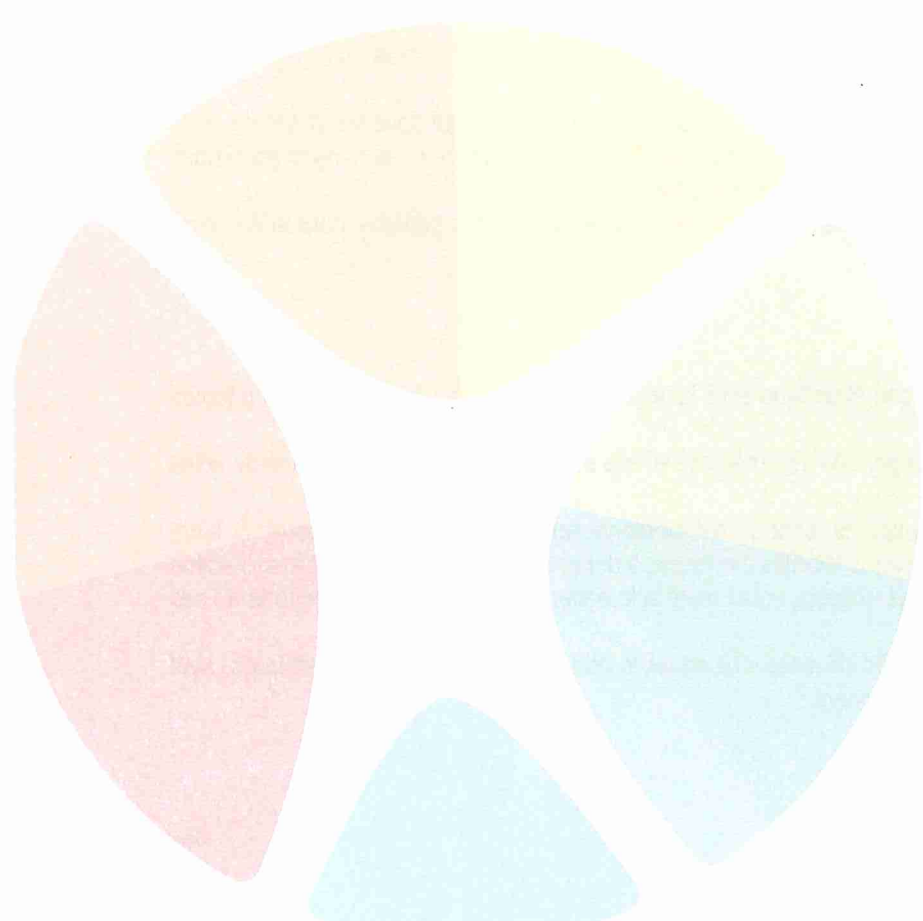
5.3 Règles diverses

Art. 125 – Neutralité et laïcité du service public

Toute personne est tenue au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe, les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique sauf autorisation expresse du directeur.

Le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.



Art. 126 – Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique leur droit de vote par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

Art. 127 – Droit à l'information

Tout usager du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique peut exercer son droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doit mettre à disposition et diffuser auprès des usagers les textes juridiques qui leur sont applicables.

Tout usager a également le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui le concerne, sauf exception liée à la sécurité publique ou à la sécurité des personnes.

Art. 128 – Prestataires de service au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil du patient.

Art. 129 – Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification.

Le dépôt de sommes d'argent ne peut se faire que dans les conditions prévues à l'article 112.

Art. 130 – Effets personnels

Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Sauf dans les unités de soins de longue durée, son entretien n'incombe pas au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le Code de la santé publique.

En cas de nécessité, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

Art. 131 – Courrier

Le vaguemestre du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est à la disposition des patients hospitalisés pour toutes leurs opérations postales.

La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein de l'unité de soins par un cadre infirmier.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement par le vaguemestre à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au mandataire judiciaire à la protection des majeurs notamment si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés destinés aux mineurs non émancipés leur sont distribués, sauf opposition des parents fondée sur l'intérêt de l'enfant.

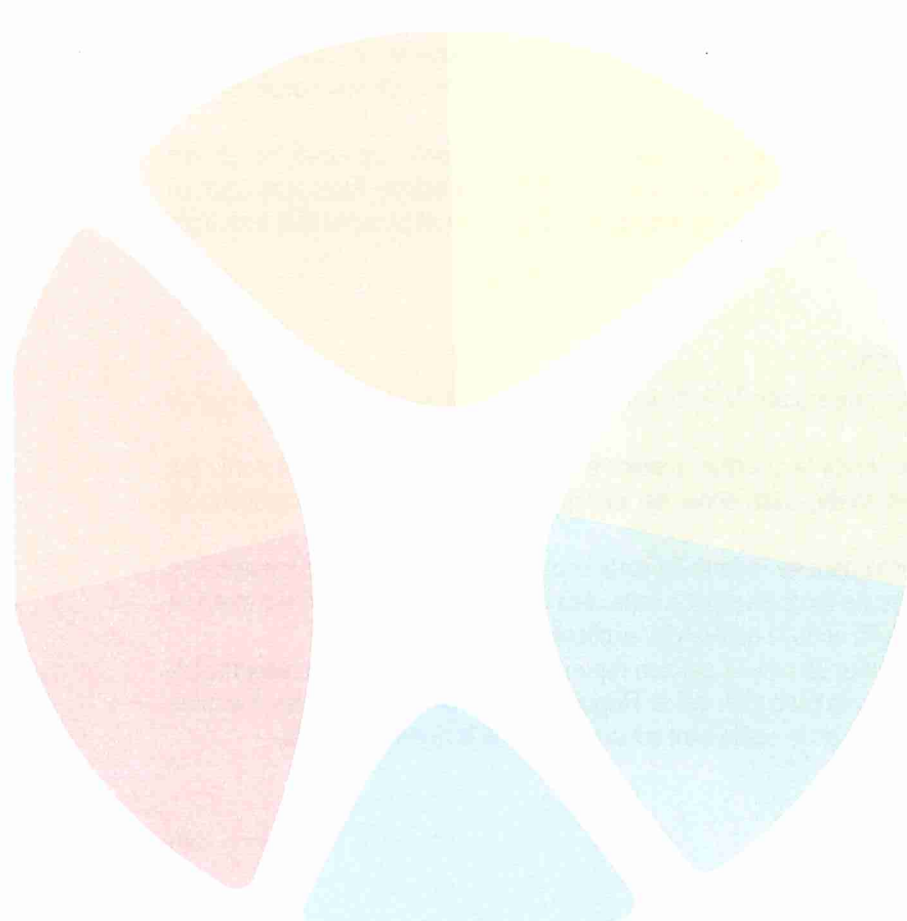
Art. 132 – Usage des téléviseurs

Les patients et les résidents peuvent avoir accès à la télévision, selon les modalités suivantes :

- Dans les services de MCO, l'accès à la télévision est soumis à un abonnement souscrit auprès du prestataire.
- Pour les EHPAD de Keriolet et des Maisons du Lac, les résidents doivent apporter et gérer eux-mêmes leur téléviseur
- Pour les EHPAD de Kerleano et du Pratel Izel, les téléviseurs sont mis à disposition par le CHBA moyennant paiement par les résidents directement au CHBA.

Art. 133 – Animaux

Les animaux domestiques ne doivent pas être introduits dans l'enceinte de l'établissement, à l'exception des chiens accompagnants les personnes non-voyantes.



SECTION 6

Sortie des Patients

Art. 134 – Compétence du directeur du Centre Hospitalier

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins du Centre Hospitalier, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie. Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

Art. 135 – Modalités de la sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de situation indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département. Le praticien qui a adressé le patient au Centre Hospitalier 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 du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Tout patient reçoit, lors de son admission, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut adresser ce questionnaire au Directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les autorités sanitaires.

Art. 136 – Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des patients visés aux articles 77 à 82, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le Centre Hospitalier.

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues à l'article 96.

Le patient doit alors signer une décharge consignnant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Art. 137 – Sortie à l'insu de l'unité de soins

Au cas où un patient quitte le Centre Hospitalier sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du Centre Hospitalier et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le directeur du Centre Hospitalier ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Un signalement pour « disparition inquiétante » peut également être effectué au commissariat de police de Vannes, dans le but d'engager des recherches plus approfondies si la situation le nécessite. Ce signalement doit être effectué par un membre de la famille du patient concerné, qui peut être accompagné dans ses démarches par le directeur ou son représentant.

Art. 138 – Sortie des nouveau-nés

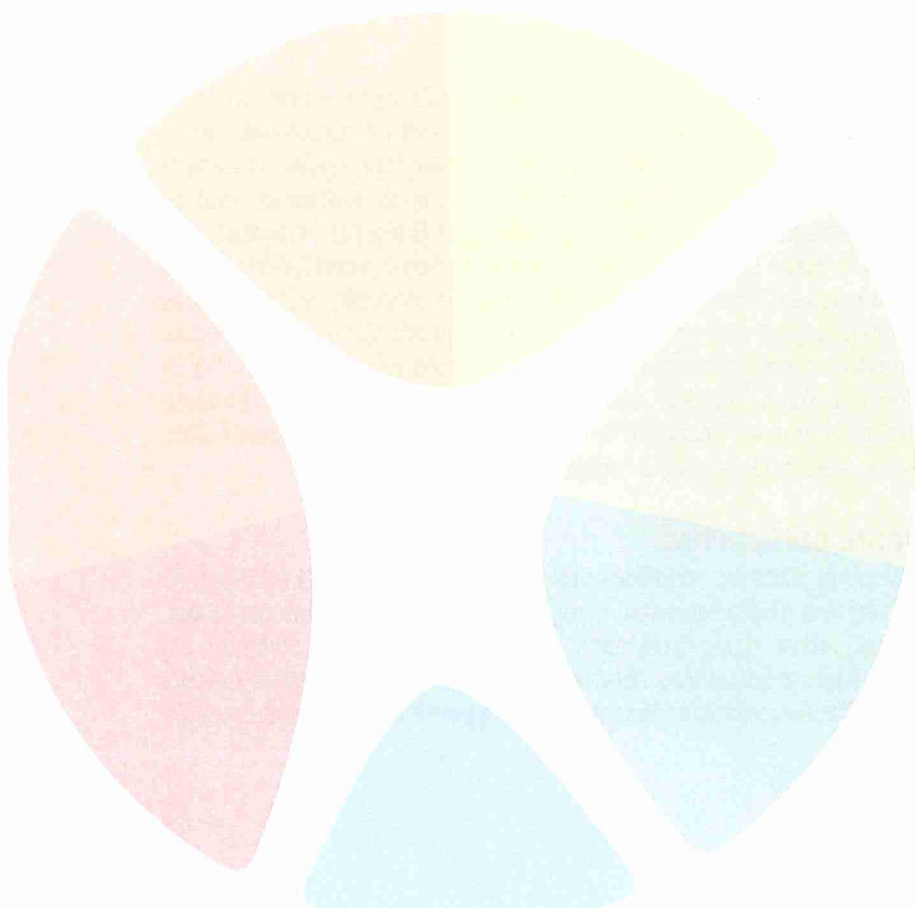
L'enfant quitte le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

Art. 139 – Sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale ou un Centre Hospitalier.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.



SECTION 7

Frais de séjour

Art. 140 – Information

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur le site internet de l'Établissement.

Art. 141 – Information sur le coût global de la prise en charge

Pour toute prise en charge effectuée au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, le patient reçoit, au plus tard à sa sortie de l'établissement, un document l'informant du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

Art. 142 – Tarifs des prestations

Il existe un tarif par motif d'hospitalisation au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, facturé par journée de présence, selon des règles spécifiques.

Art. 143 – Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour.

Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations : il est facturable en sus. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

Art. 144 – Paiement des frais de séjour et provisions

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique par le patient ou par un tiers payeur. Dans le cas où les frais de séjour des patients ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission. Ils sont tenus, sauf les cas d'urgence, de verser, au moment de leur admission au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration de la période d'hospitalisation prévue, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée. Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non-résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine, et accepté par Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. En cas de non-paiement des frais de séjour, la Trésorerie de Vannes exercera des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

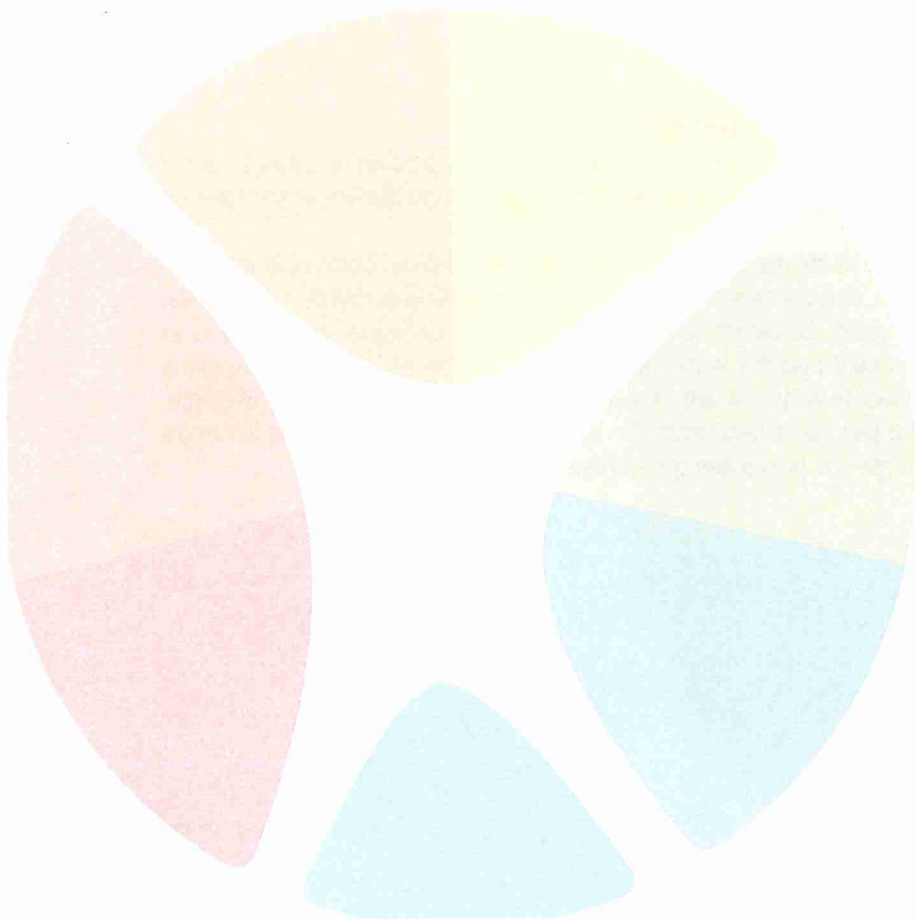
Art. 145 – Régime commun-chambre particulière

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique comporte, dans les conditions prévues par les articles R. 1112-18 et R. 1112-19 du Code de la santé publique, deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier. Celui-ci comprend des chambres à un lit et relève d'une tarification spécifique. Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et aux bénéficiaires des soins urgents dispensés au titre de l'article L.254-1 du Code de l'action sociale et des familles. Lorsque l'état d'un malade requiert

son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

Art. 146 – Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année. Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant.



SECTION 8

Dispositions relatives aux naissances et aux décès

8.1 Dispositions relatives aux naissances

Art. 147 – Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est effectuée par un parent dans les cinq jours suivant l'accouchement conformément aux dispositions du Code civil. A défaut si aucun parent ne peut faire les démarches d'État Civil auprès de la Mairie, le service admission facturation transmet les documents en sa possession à la Mairie. Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique tient un registre des naissances.

Art. 148 – Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil de la Mairie établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil de la Mairie établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse.

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

8.2 Dispositions relatives aux décès

Art. 149 – Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Art. 150 – Annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens.

La notification du décès est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- Pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil départemental ;
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- Pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Art. 151 – Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier du service :

- Procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables ;
- Dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient, selon les modalités prévues à l'article 194 ;
- Rédige un bulletin d'identité du corps ;
- Appose sur le corps un bracelet d'identification.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les 24 heures.

Le personnel soignant remplit une fiche signalétique de la personne décédée, à destination de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire.

L'agent du bureau de l'état civil du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et l'agent de la chambre mortuaire doivent annoter pour leur part :

- Le registre des décès et du devenir des corps du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ;
- À la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune.

Art. 152 – Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire. Les personnels du service concerné doivent appliquer la procédure définie à cet effet, et en particulier ne pas toucher au corps ni à l'environnement

Art. 153 – Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens visés à l'article 151, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire. De là, il ne peut être transféré hors du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique que dans les conditions prévues aux articles 154, 155 et 156 du présent règlement et avec les autorisations prévues par la loi.

Quand les circonstances le permettent, la famille peut demeurer auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière. Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits les trois premiers jours

Art. 154 – Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps. Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Le transport et l'admission ont lieu sur la demande écrite d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile.

Art. 155 – Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Le transport est subordonné à une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps

Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération de transport, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Ce transport doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès :

- À la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- A la mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- A l'accord écrit d'un médecin du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ;
- À l'accord écrit du directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ;
- À l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- Le décès soulève un problème médico-légal ;
- L'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- Le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel. Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de son opposition.

Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 156 – Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit s'assurer au préalable de son retrait. Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

Art. 157 – Opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avis laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

Art. 158 – Don du corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

La démarche de don peut être entreprise auprès de la Faculté de Rennes ou de Nantes ou auprès d'un autre établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt.

Art. 159 – Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre infirmier ou un-e infirmier-e. Il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque unité de soins.

Les objets ayant une valeur numéraire sont remis au régisseur qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur des-dits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente.

Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 160 – Libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, conformément à l'article 159.

Il est également strictement interdit aux agents du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

Art. 161 – Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

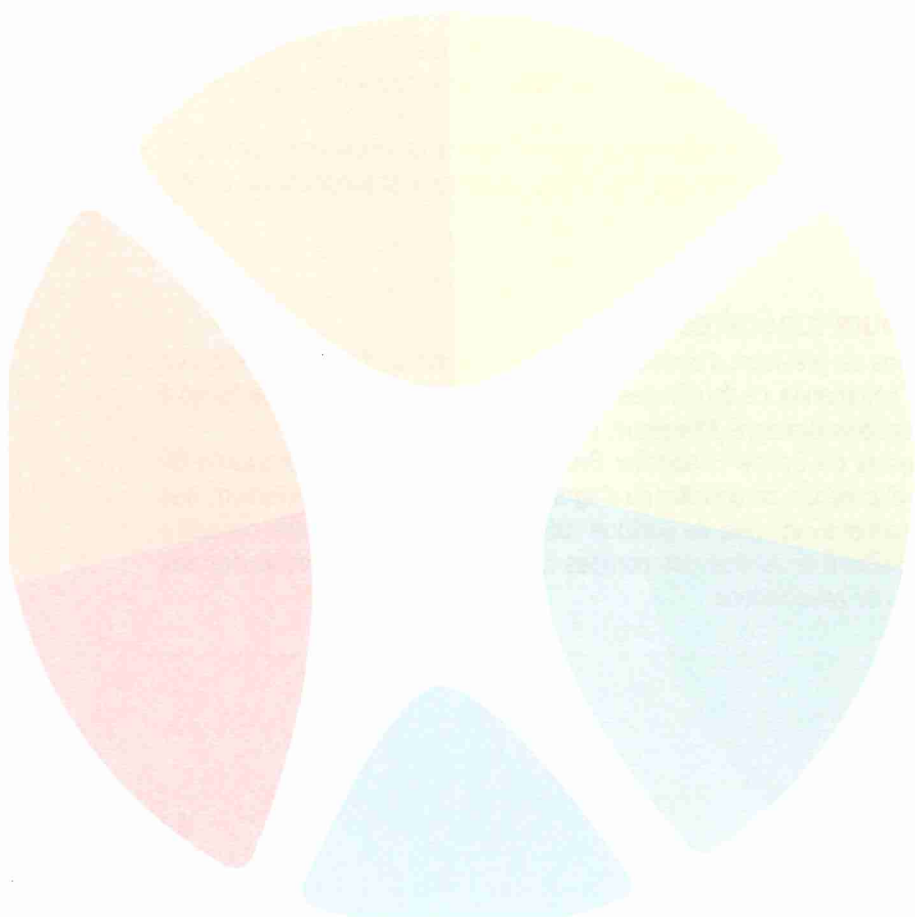
Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques.

Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein du CHBA. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie.

En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.



CHAPITRE 3

Dispositions relatives au personnel

SECTION 1

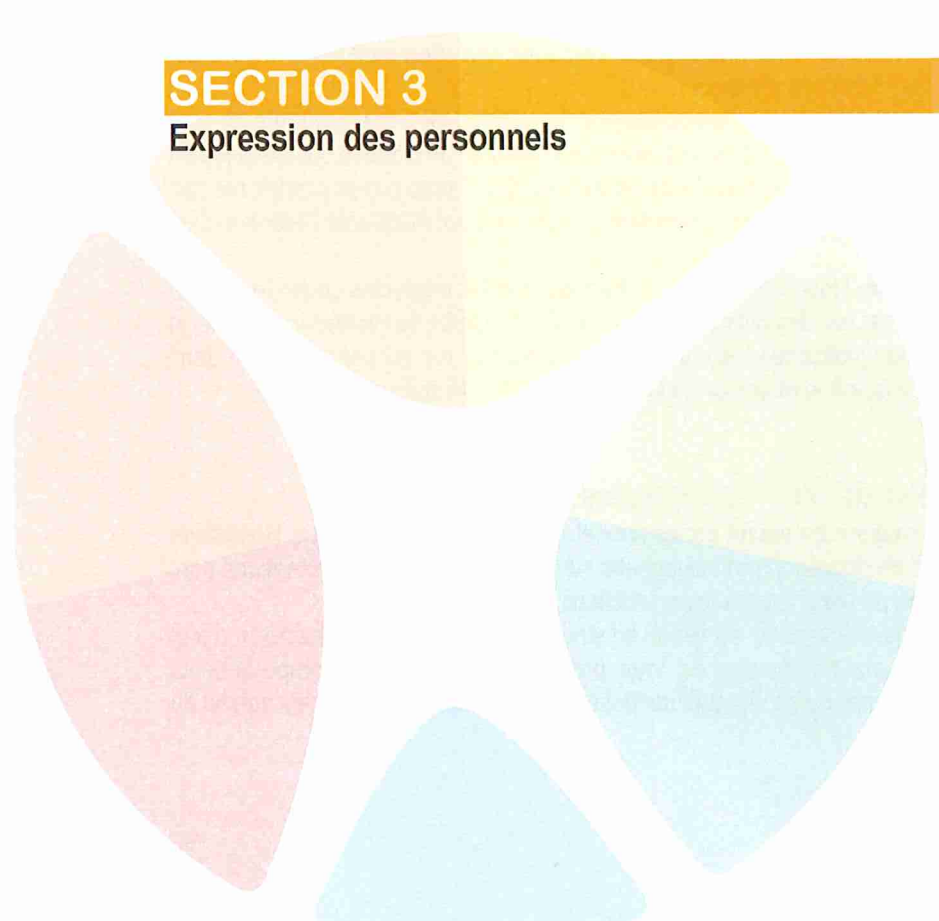
Principes fondamentaux liés au respect du patient

SECTION 2

Principes de la bonne conduite professionnelle

SECTION 3

Expression des personnels



SECTION 1

Principes Fondamentaux liés au respect du patient

Art. 162 – Demandes d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

Art. 163 – Secret professionnel

Le secret professionnel est un principe fondamental institué dans l'intérêt des patients. Il s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

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

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

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants : pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ; pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de quelque nature ont été commises.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Les fonctionnaires en exercice au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et les médecins chefs de pôle en leur qualité d'autorité constituée sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 164 – Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et les informations dont les personnels ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Art. 165 – Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ni pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ni sur leurs familles.

Art. 166 – Sollicitude envers les patients

Les personnels 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.

Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente. D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers. Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

Art. 167 – Accueil et respect du libre choix des familles

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

Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

Art. 168 – Promotion de la bientraitance

Les personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l'amélioration de sa vie quotidienne.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

Art. 169 – Bon usage du système d'information

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique met à disposition de son personnel des outils informatiques et de communication. Les agents ainsi que tous les utilisateurs du système d'information sont tenus de respecter les dispositions de la charte du bon usage des systèmes d'information de l'établissement qui figure à l'annexe 8 du présent règlement intérieur.

Art. 170 – Téléphone Portable Personnel

L'usage du téléphone portable personnel est réglementé au CHBA.

L'usage du téléphone portable personnel doit être limité aux cas de force majeure pendant les heures de travail. Pendant les temps de pause et de repas, l'utilisation du téléphone portable personnel est autorisée.

Cependant, cette utilisation doit être discrète, et les communications doivent être faites dans un endroit isolé et sans occasionner de gêne pour le personnel présent, tant en service qu'en repos.

Tout usage abusif du téléphone mobile à des fins personnelles pendant le service pourra donner lieu à une sanction disciplinaire, de même s'il est incompatible avec les fonctions exercées par l'agent ou porte atteinte à la bonne marche du service.

SECTION 2

Principes de la bonne conduite professionnelle

Art. 171 – Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Art. 172 – Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls d'activités.

Art. 173 – Obligations de formation des personnels

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique veille à ce que l'ensemble de ses personnels puisse satisfaire dans les conditions appropriées à ses obligations légales de développement professionnel continu.

Art. 174 – Exécution des instructions reçues

Tout agent du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Art. 175 – Information du supérieur hiérarchique

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique dans les meilleurs délais des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Art. 176 – Obligation de signalement des accidents médicaux, des affections iatrogènes, des infections nosocomiales ou des événements indésirables associés à un produit de santé

Tout agent du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique qui a constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

Art. 177 – Audition en justice ou auprès des autorités de police

Tout agent du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service doit en aviser immédiatement le directeur.

Art. 178 – Bon usage des biens du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Les dégradations volontaires causées par la faute ou la négligence du personnel amèneront le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique à en demander la réparation pécuniaire.

Art. 179 – Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier. En cas d'absence, l'agent est tenu d'informer son responsable hiérarchique et de communiquer dans les 48h un justificatif à la DRH. En cas de non-respect de ces dispositions, cela peut constituer une absence injustifiée ou un abandon de poste.

Art. 180 – Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

Aucun agent du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Conformément à l'article 111, ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du régisseur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage. Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doit être directement remis au responsable de la sécurité générale désigné par le directeur, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.

Art. 181 – Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a notamment pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises extérieures, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières.

Tous les agents du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique doivent observer 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 et de vapoter visée à l'article 35.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et de ses usagers.

Art. 182 – Exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément du respect dû aux patients.

Une tenue et un langage corrects sont exigés de l'ensemble du personnel.

Pour des raisons d'hygiène, il est rappelé que le port des tenues professionnelles est interdit dans les lieux de restauration (self, cafeteria)

Art. 183 – Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit par son comportement participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les unités de soins.

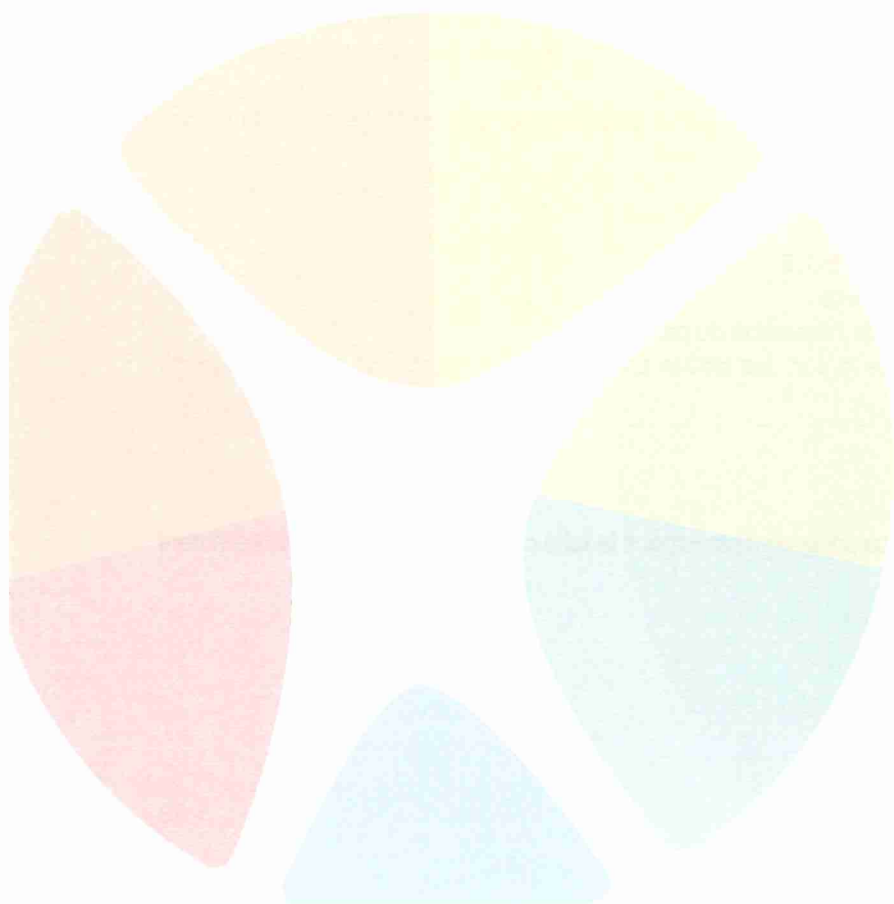
Art. 184 – Identification des personnels

Afin d'être facilement identifiables, les personnels sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur carte professionnelle précisant notamment leur nom, leur prénom et leur qualité.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles visées à l'article 120, aux étudiants ainsi qu'aux prestataires.

Art. 185 – Horaires de travail

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect du Décret n°2002-9 du 4 janvier 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



SECTION 3

Expression des personnels

3.1 Concertation au sein des pôles

La charte de fonctionnement des pôles d'activité clinique et médico-technique définit les modalités de concertation au sein de pôles :

1) Bureau de pôle

Un bureau de pôle est constitué dans chacun des pôles cliniques et médico-techniques. Présidé par le Chef de pôle, il comprend à minima :

- Le cadre coordonnateur de pôle
- L'assistant de gestion
- Les chefs des services et responsables de structure interne
- Les cadres des secteurs d'activité identifiés ou des services du pôle.

Le chef de pôle peut étendre le bureau de pôle à d'autres membres.

Le Bureau de Pôle est présidé par le Chef de Pôle. Il se réunit à son initiative, au minimum quatre fois par an. Ses modalités de fonctionnement sont fixées par le Règlement Intérieur du Pôle.

Ses missions sont notamment d'assister le Chef de Pôle dans l'élaboration et le suivi du projet, du contrat de Pôle, du programme de travaux et d'équipements et dans la mise en cohérence des moyens au regard de l'activité et des recettes.

2) Conseil de pôle

Le Centre Hospitalier a fait le choix de maintenir des conseils de pôle, même si la réglementation ne les rend plus obligatoires.

Le conseil de pôle est un espace d'expression et d'échanges, d'informations et de concertation.

Les membres du conseil de pôle représentant les services et structures internes ont pour mission de diffuser, selon des modalités formalisées, l'information reçue en conseil de pôle en réunions de service

Le Conseil de Pôle est composé de membres de droit et de membres élus par les équipes médicales et non médicales. Tous doivent être en position d'activité et exercer à titre exclusif ou principal dans le Pôle. Le nombre de membres est fixé à 40.

Le Conseil de Pôle est présidé par le Chef de Pôle. Il se réunit au minimum 2 fois par an.

Les principales modalités de fonctionnement sont fixées par le Règlement Intérieur Commun et en tant que de besoin par le règlement intérieur du pôle. La synthèse des échanges est diffusée à tous les professionnels du pôle, par tous moyens à la convenance du Chef de pôle, au Directeur et au Président de la CME.

Le Conseil de Pôle est concerté sur le projet de Pôle, le projet de Contrat interne dans le respect de la déontologie médicale, et sur tout sujet à l'initiative du Chef de Pôle.

Le Conseil de Pôle est informé sur :

- l'activité du pôle et le rapport annuel d'exécution du contrat établi par le Chef de Pôle,
- les démarches qualité et gestion des risques en cours au sein du Pôle,
- les évolutions majeures d'organisations des structures internes du Pôle et peut faire toutes suggestions à ce sujet

Le Conseil de Pôle favorise les échanges d'informations et permet l'expression des personnels.

3.2 Droit d'expression directe et collective et droit syndical

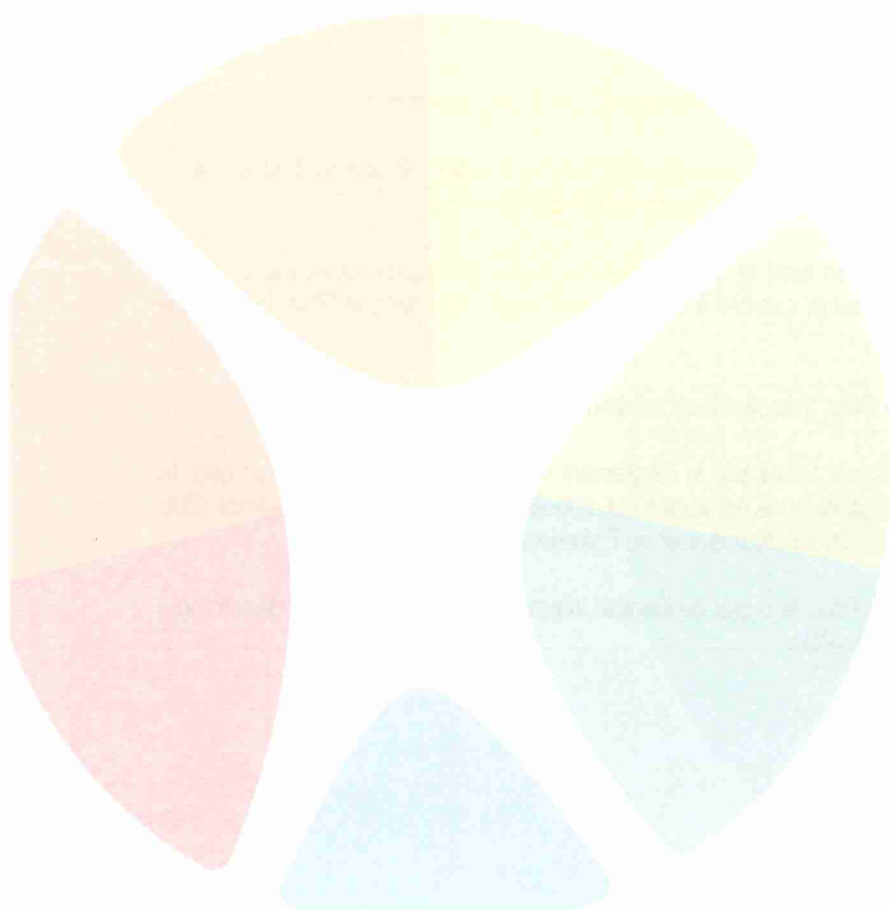
Art. 186 – Droit d'expression directe et collective

Les personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail. Cette expression peut se concrétiser par la participation à des groupes de travail thématiques ou organisationnels.

Art. 187 – Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le directeur garanti l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.



CHAPITRE 4

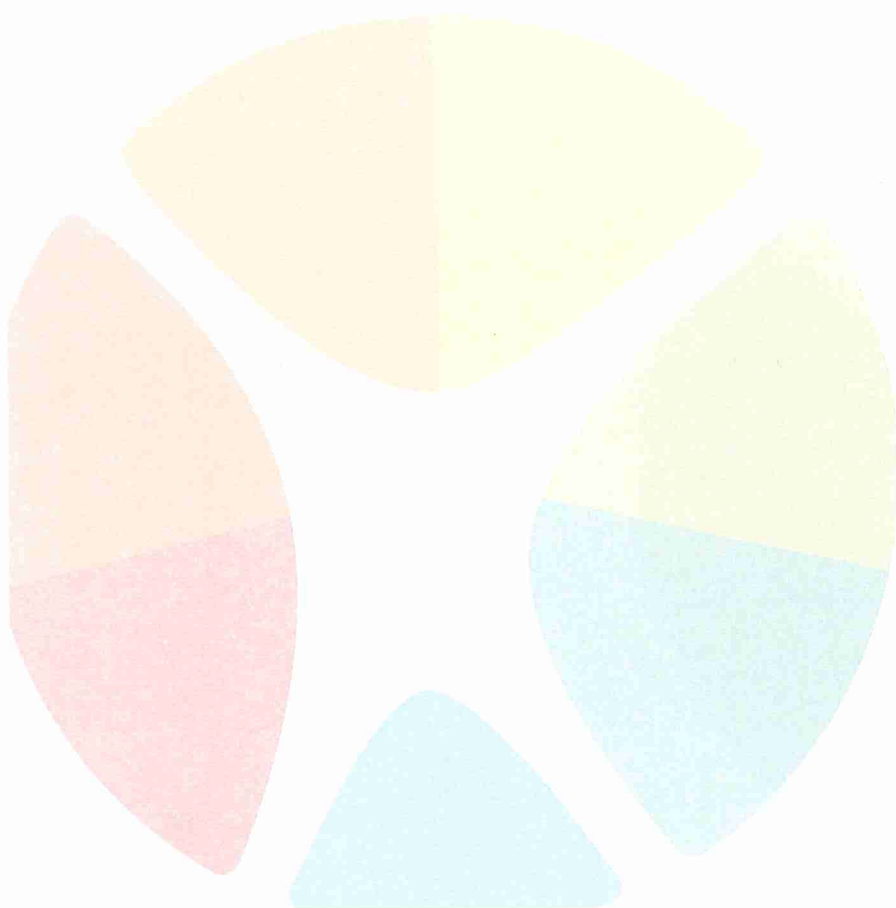
Dispositions finales

SECTION 1

Procédure d'adoption du règlement intérieur

SECTION 2

Modification du règlement intérieur



SECTION 1

Procédure d'adoption du règlement intérieur

Art. 188 – Adoption du règlement intérieur

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique arrête, après avis du conseil de surveillance et concertation avec le directoire, le règlement intérieur de l'établissement.

Cette décision est précédée de la consultation des instances représentatives du CHBA compétentes (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail). La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est informée du règlement intérieur.

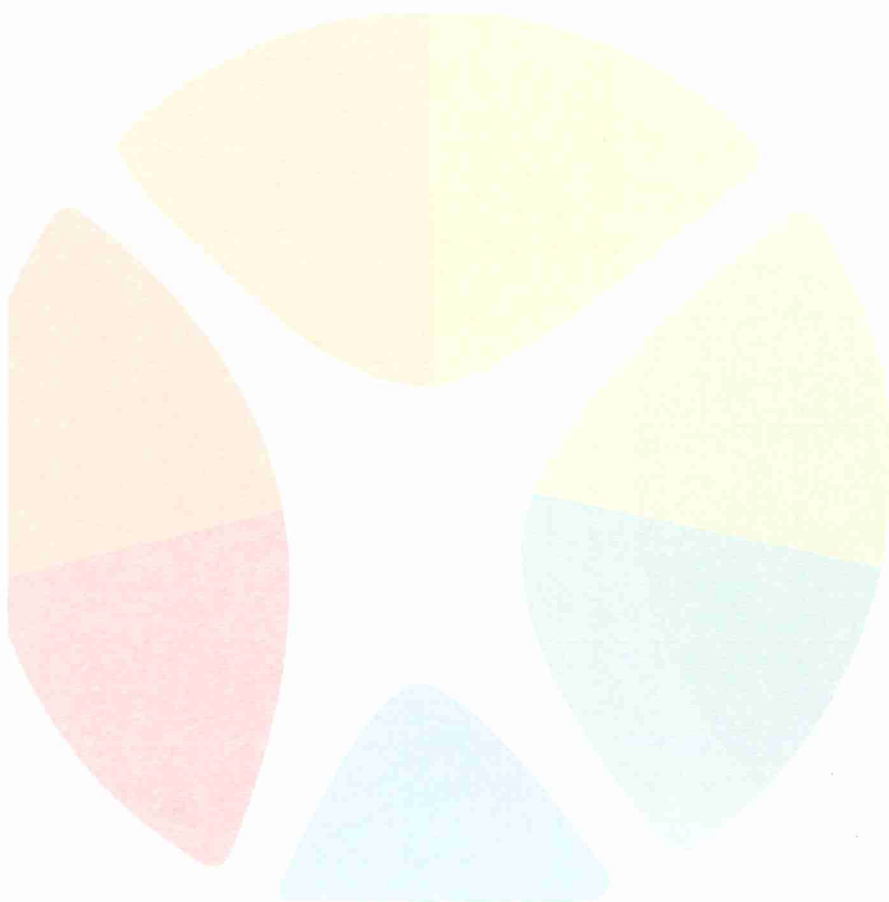
La décision portant adoption du règlement intérieur est exécutoire dès réception par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, celui-ci pouvant la déférer dans les deux mois suivant sa réception devant le tribunal administratif compétent au titre du contrôle de légalité.

SECTION 2

Modification du règlement intérieur

Art. 189 – Procédure de modification

Les modifications apportées au règlement intérieur sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites à l'article 188 ci-dessus.



Annexes

ANNEXE 1

Règlement Intérieur de la Commission Médicale d'Établissement

ANNEXE 2

Règlement Intérieur du Comité Technique d'Établissement

ANNEXE 3

Règlement Intérieur du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail

ANNEXE 4

Règlement Intérieur de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique

ANNEXE 5

Règlement Intérieur de la Commission des Relations avec les Usagers

ANNEXE 6

Règlement de Fonctionnement des Unités de Soins de Longue Durée et des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ANNEXE 7

Règlement Intérieur de la Crèche

ANNEXE 8

Charte du bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication

ANNEXE 9

Charte de fonctionnement du bloc opératoire

ANNEXE 1

Règlement Intérieur de la Commission Médicale d'Établissement



**BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER
Vannes - Auray

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

DE LA

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Modifications suite à ordonnance de mars 2021 et décrets de mai 2021

SOMMAIRE

I. COMPOSITION DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT.....	3
Article 1 : La composition des collèges	3
Article 2 : Nombre de sièges des collèges désignés par élection.....	4
Article 3 : Modalités d'élection et de désignation des membres	4
II. PRESIDENCE ET VICE-PRESIDENCE DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT	5
Article 1 : Modalités d'élection	5
Article 2 : Incompatibilités, démission, fin de mandat	5
Article 3 : Droits et obligations.....	5
Article 4 : Attributions du Président.....	5
III. CONDITIONS D'EXERCICE DES MEMBRES	6
Article 1 : Incompatibilités, incapacités, démission d'office, fin de mandat	6
Article 2 : Obligations des membres	7
IV. ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT	7
Article 1 : Attributions générales	7
Article 2 : Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins	8
V. MODALITES DE FONCTIONNEMENT	9
Article 1 : Composition du Bureau de la CME	9
Article 2 : Missions du Bureau de la CME.....	9
Article 3 : Commissions au sein de la Commission Médicale d'Etablissement.....	10
Article 4 : Suspension ou renvoi de séance.....	10
Article 5 : Quorum et votes	10
Article 6 : Votes	11
Article 7 : Officialisation des débats.....	11
Article 8 : Comptes-rendus.....	11
Article 9 : Moyens de fonctionnement	11
Article 10 : Assemblée Générale	11
Article 11 : Modification du Règlement Intérieur	11

PRÉAMBULE

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

Elle participe à la coordination des pratiques et des décisions de l'établissement, en terme de prises en charge, de projets et d'organisations.

La CME coopère à l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement qui en découle, dans le respect des orientations du SROS, et permet son appropriation par les praticiens.

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

Vu le Code de la Santé Publique et en particulier les articles L. 6144-1, L. 6144-2, R. 6144-1 à R. 6144-6,

Vu l'Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions de l'hôpital

Vu le décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital,

Vu le décret n°2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement de groupement et Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement lors de sa séance du 21 juin 2021

Il est défini et arrêté le Règlement Intérieur de la CME qui suit :

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

I. COMPOSITION DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

(Articles L. 6144-2, R. 6144-3 modifié par le Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 - art. 4, R. 6144-3-2 du CSP)

Article 1 : La composition des collèges

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est composée de plusieurs collèges composés des membres suivants :

- 1- l'ensemble des Chefs de pôle inter-établissements (5) et des Chefs de pôle de l'établissement (2), membres de droit, soit au total **7 sièges**.
- 2- des représentants des Chefs de services, de départements et des responsables des structures internes. Conformément à la motion votée à la CME du 21 juin 2021, leur nomination officielle à leurs fonctions de chefferie entraîne leur désignation en qualité de membres de la CME de ce collège, soit **35 sièges**
- 3- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement,
- 4- Des représentants élus des praticiens contractuels, des assistants, des praticiens attachés et des personnels exerçant à titre libéral dans l'établissement, soit **3 sièges**
- 5- des représentants élus des sages-femmes, soit **2 sièges**,
- 6- des représentants des internes désignés selon l'article R.6144-4 du Code de la Santé Publique 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, soit **3 sièges**.

Pour les membres élus, le nombre de sièges est fixé à l'article 2.

Participent aux séances de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative :

- le Président du Directoire ou son représentant ;
- le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- le praticien responsable de l'Information Médicale ;

- le représentant du CTE, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène.
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur
- Le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionnés à l'article R6111-4

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

Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix, après accord du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Article 2 : Nombre de sièges des collèges désignés par élection (Article 6144-3)

Afin d'assurer une représentation large et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement, le nombre de sièges des collèges composés suite à des élections est fixé comme suit :

- Le collège des représentants des Responsables des services, des départements et des structures internes dispose d'un nombre de sièges égal au nombre de services, de départements et de structures internes de l'établissement, tel que défini le jour du lancement des opérations électorales, soit 35 sièges
- Le collège des représentants élus des Praticiens Hospitaliers dispose d'un nombre de sièges égal au nombre de sièges du collège des représentants élus des Responsables des services et des structures internes, soit 35 sièges
- Le collège des représentants élus des praticiens contractuels, des assistants, des praticiens attachés et des personnels exerçant à titre libéral dans l'établissement est fixé à 3 sièges.

Article 3 : Modalités d'élection et de désignation des membres (Article R.6144-4)

En dehors des membres de droit, des membres du collège des Chefs de Service, de Département et de Structures Internes, des représentants des internes, et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la CME les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits).

Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables. Elle peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement.

La convocation ainsi que l'organisation des opérations électorales et des élections incombent au Directeur de l'Etablissement selon des modalités fixées dans le Règlement Intérieur de l'établissement Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la Commission Médicale d'Etablissement.

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

A défaut, le Président de la CME invite, pour la première séance de la CME du semestre en cours, les 3 représentants des internes (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) qui se sont portés candidats pour représenter les internes, auprès de la Direction après concertation avec leurs collègues.

II. PRÉSIDENTE ET VICE-PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Article 1 : Modalités d'élection (Article R.6144-5 du CSP)

Le Président et le Vice-Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont élus parmi les chefs de services, les responsables de structures internes et les praticiens hospitaliers titulaires pour une durée de 4 ans, lors de la première séance de la CME dans sa nouvelle composition issue des élections.

Dans l'attente des résultats des votes, la Présidence est assurée par le praticien le plus âgé.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Toutefois, pour tenir compte des circonstances locales et dans l'intérêt du service, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement peut à titre exceptionnel, par arrêté motivé, autoriser l'élection à un troisième mandat.

Le mandat de président peut être exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement.

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

Article 2 : Incompatibilités, démission, fin de mandat (Article R.6144-5-1)

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

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

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

Article 3 : Droits et obligations (Articles D.6143-37-3, D.6143-37-5)

Le temps consacré aux fonctions de Président et au Vice-Président de la Commission Médicale d'Etablissement est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

Le Président et le Vice Président de la CME peuvent bénéficier, s'ils le souhaitent, d'une formation à l'occasion de leur prise de fonction ou à l'issue de leurs mandats en vue de la suite de leur activité ou de la reprise de l'ensemble de leurs activités médicales.

Article 4 : Attributions du Président (Articles L.6143-7-3, D.6143-37 à D.6143-37-2)

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement est Vice-Président du Directoire

Le président de la commission médicale d'établissement exerce les missions et les attributions suivantes :

- Il coordonne, en lien avec le directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et avec le projet

médical partagé si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire . Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

- Il coordonne la politique médicale de l'établissement ; A cette fin, il assure notamment les missions suivantes
 - o Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
 - o Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
 - o Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
 - o Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
 - o Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

- Conjointement avec le directeur de l'établissement et après concertation avec le directoire :
 - o Il définit la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers Il est chargé avec le Directeur du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité et la pertinence des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.
 - o Il arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques
 - o Il signe les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques mentionnés à l'article L. 6146-1

- Conjointement avec le directeur de l'établissement, il procède à la nomination et met fin aux fonctions des chefs pôles d'activité clinique et médico-technique., des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique et médico-technique

- Il tient la commission régulièrement informée de l'exercice de ses missions et attributions. Il présente annuellement à la commission médicale d'établissement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre

- Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement

III. CONDITIONS D'EXERCICE DES MEMBRES

Article 1 : Incompatibilités, incapacités, démission d'office, fin de mandat (Article R.6144-4)

Lorsqu'un membre titulaire de la CME démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, selon les modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement. Une élection partielle est alors organisée pour qu'il soit procédé au remplacement du membre suppléant dont le siège est vacant.

Lorsqu'un membre élu des collèges 3 et 4 se trouve dans l'une des situations suivantes, il est provisoirement fait appel à un suppléant pendant la durée de cette position :

- disponibilité.
- mise à disposition à temps complet d'un autre établissement,
- congés longue maladie ou longue durée,
- reprise de jours placés sur le Compte Epargne Temps avant la mise en retraite

Article 2 : Obligations des membres (Article R.6144-6 Modifié par Décret n°2016-291 du 11 mars 2016 - art. 1)

Les membres de la CME s'engagent à suivre régulièrement les séances de la Commission. En cas d'indisponibilité, ils s'engagent à prévenir le secrétariat de la Direction de leur absence.

Le secrétariat de la CME tient à la disposition du Président de la CME et du Bureau de la CME le taux de participation de chacun des membres de la CME.

Un membre qui n'aurait pas assisté à 4 séances dans l'année civile aux séances de la CME peut être déclaré démissionnaire, après avis du Bureau de la CME. Il est procédé alors à son remplacement par un suppléant.

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

Les membres de la Commission s'attachent à être présents aux réunions des Sous-Commissions issues de la CME et à participer à leurs travaux.

IV. ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

(Articles L.6144-1, R.6144-1, R.6144-1-1, R.6144-1-2 R. 6144-2 à R.6144-2-2 du CSP)

Article 1 : Attributions générales (Article R 6144-1 à R 6144-1-2

La Commission Médicale d'Etablissement est consultée sur

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 :
 - *Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2*
 - *La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et 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.*
- Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7. À ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;

- La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie
- le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre

La commission médicale d'établissement 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 commission médicale d'établissement coordonne son élaboration avec le directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration. Après concertation avec le directoire, le président de la commission médicale et le directeur peuvent demander à la commission médicale d'établissement de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

Le projet médical est approuvé par le directoire.

La commission peut également être consultée sur les matières mentionnées à l'article R. 6144-1-2.

Dans les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, la commission médicale d'établissement veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé définis au niveau du groupement.

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

La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes (article R6144-1-1) :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- Le bilan annuel des tableaux de service
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La commission médicale d'établissement peut faire au Président du Directoire des propositions sur les matières suivantes : (article R6144-1-2) :

- Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci
- le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence, si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, avec la politique territoriale du groupement en la matière
- le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques
- lorsque l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, la déclinaison des orientations stratégiques du groupement en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;

- le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- lorsque l'établissement est un centre hospitalier et universitaire, la mise en œuvre des conventions d'association avec les groupements hospitaliers de territoire

Article 2: Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (article R6144-2)

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

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- la prise en charge de la douleur ;
- le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement

Elle contribue également à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

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

Enfin, la Commission Médicale d'Etablissement :

- propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La CRUQ et la CSIRMT contribuent également à l'élaboration de ce programme d'actions.

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

Ce programme d'actions ainsi que le rapport annuel sont tenus à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé par le Directeur de l'Etablissement.

V. MODALITES DE FONCTIONNEMENT

(Article R.6144-6 du CSP)

Article 1 : Composition du Bureau de la CME

Le Bureau de la Commission Médicale d'Etablissement est composé des membres suivants :

- le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- le Vice-Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- les chefs des pôles cliniques et médico techniques
- 5 praticiens au plus membres de la CME, désignés par le Président.

Article 2 : Missions du Bureau de la CME

Les missions du Bureau de la Commission Médicale d'Etablissement sont :

- de participer à l'ordre du jour de la CME, arrêté par le Président de la CME après avis du Directeur

- de préparer les réunions de la CME.
- de suivre les dossiers impliquant la CME, en lien avec le Directeur et ses adjoints
- de représenter le Président de la CME à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, sur délégation du Président, à l'exception des cas où cette représentation est prévue par voie réglementaire
- de proposer la mise en place de groupes de travail dans le cadre des attributions de la CME
- de pouvoir entendre tout praticien de l'établissement soit son statut, en cas de difficulté professionnelle.

Le Bureau se réunit régulièrement à l'initiative de son Président, notamment avant chaque CME. Au cours de ses réunions, il peut entendre ou inviter toute personne dont il souhaite solliciter l'avis.

Article 3 : Commissions au sein de la Commission Médicale d'Établissement

La Commission Médicale d'Établissement met en place des commissions nécessaires à la discussion, à l'analyse et à l'élaboration de ses projets, ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement médical. Le mandat de ces commissions expire en même temps que celui de la Commission Médicale d'Établissement.

Article 4 : Organisation et tenue des réunions (Article R.6144-6 du CSP)

La Commission Médicale d'Établissement se réunit au moins quatre fois par an.

Si la situation le nécessite, la Commission Médicale d'Établissement peut se tenir en visioconférence.

La Commission Médicale d'Établissement se réunit sur convocation de son Président. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la Commission, aux personnes qui y siègent avec voix consultative ainsi qu'aux personnes conviées en tant qu'experts. En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le Président.

Les convocations sont adressées par courriel à l'adresse électronique professionnelle. Les membres de la CME désirant recevoir la convocation par courrier, doivent en faire la demande écrite au secrétariat de la Direction.

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 fonctionnement des travaux de la Commission peuvent être appelés à intervenir en séance sur invitation du Président de la Commission Médicale d'Établissement.

La durée d'une séance de CME ne peut être supérieure à 3 heures, sauf exception. Pour que cette durée soit bien observée, les règles suivantes doivent être respectées :

- les membres de la CME s'engagent à être présents à l'heure indiquée sur les convocations afin que les séances débutent à l'heure.
- les présentations visuelles des dossiers ne devront pas dépasser 10 minutes, sauf exception.

Article 4 : Suspension ou renvoi de séance

Le Président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, la Commission Médicale d'Établissement est réunie à nouveau dans un délai minimal de 3 jours et au plus tard de 8 jours.
(Article R6143-9 Modifié par Décret n°2010-361 du 8 avril 2010 - art. 1 : concerne le conseil de surveillance)

Article 5 : Quorum et votes

La Commission Médicale d'Établissement ne peut délibérer valablement que lorsque le nombre de ses membres assistant à la séance est d'au moins **20 membres**.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, l'avis pris à l'occasion d'une seconde réunion est réputé valable quel que soit le nombre de membres présents.

Article 6 : Votes

Hormis les cas où un vote formel est requis, le Président de la CME peut recueillir, par un vote indicatif, l'avis de la CME sur les matières relevant de ses attributions générales soumises à consultation et de ses attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci peut avoir lieu à mains levées, sauf si l'un des membres présent demande qu'il ait lieu à bulletins secrets. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du Président est prépondérante.

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

Article 7 : Officialisation des débats

Les relevés de conclusions sont conservés dans un registre, sous la responsabilité du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Ce registre est tenu à la disposition des membres de la Commission Médicale d'Etablissement, du Conseil de Surveillance, du Directoire et de l'équipe de Direction qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des relevés de conclusions.

Article 8 : Comptes-rendus

Les contributions, avis et vœux émis par la Commission Médicale d'Etablissement font l'objet d'un procès verbal transmis à tous ses membres et aux praticiens titulaires de l'établissement

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement informe par ailleurs l'ensemble du corps médical des contributions, avis et vœux émis pour la Commission dans le cadre de ses attributions, et en assure le cas échéant la publicité.

Article 9 : Moyens de fonctionnement (Articles R.6144-6 et D.6143-37-4)

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

Article 10 : Assemblée Générale

La Communauté Médicale de l'Etablissement peut se réunir en Assemblée Générale de l'ensemble des praticiens de l'Etablissement sur l'invitation de son Président.

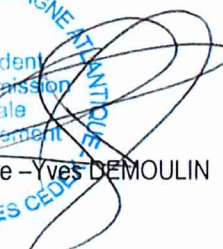
Article 11 : Modification du Règlement Intérieur

Le Règlement Intérieur de la CME peut faire l'objet de modifications sous forme d'avenants à la demande du Président de CME, du Directeur, ou à la demande de 2/3 des membres de la CME.

Tout projet de modification est préalablement soumis au vote des membres de la CME, sauf s'il relève d'une disposition réglementaire.

Fait à Vannes, le 23 juin 2021,

Le Président de la CME


Le Président
de la Commission
Médicale
d'Etablissement
Dr Pierre - Yves DEMOULIN

CENTRE HOSPITALIER BRETAGNE ATLANTIQUE
1095 - VANNES CEDEX 01

Le Directeur du Centre Hospitalier


Bretagne Atlantique,
Etablissement Support du Groupement Hospitalier
Brocéliande Atlantique
Le Directeur
Philippe COUTURIER

CENTRE HOSPITALIER BRETAGNE ATLANTIQUE
Etab. support du GHBA

ANNEXE 2

Règlement Intérieur du

**Comité Technique
d'Établissement**



**BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER
Vannes - Auray

REGLEMENT INTERIEUR

du

Comité Technique d'Établissement

Etabli par le Comité Technique d'Établissement et validé dans sa séance du
22 janvier 2019

Sommaire

TEXTES DE REFERENCE

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre IV : Etablissements publics de santé

Chapitre IV : Organes représentatifs et expression des personnels

Articles L.6144-3 à L.6144-7

Articles R.6144-40 à R.6144-48

Articles R.6144-68 à R.6144-84

Chapitre V : Organisation financière

Articles R.6145-10 à R.6145-20

ARTICLES DU REGLEMENT INTERIEUR

PREAMBULE

ARTICLE 1 – CONSTITUTION DU CTE

ARTICLE 2 – COMPOSITION DU CTE

1- Les membres

2 – Les participants à titre consultatif et occasionnel

ARTICLE 3 – ATTRIBUTIONS ET COMPETENCES

ARTICLE 4 – FONCTIONNEMENT DU CTE

4.1 – Désignation du secrétaire

4.2 - Entrée en fonction et durée du mandat des membres

4.3 – Organisation des réunions

4.4 – Avis et voeux du CTE

4.5 – Les moyens de fonctionnement

ARTICLE 5 – RELATIONS DU CTE AVEC LES AUTRES INSTANCES DU CHBA

5.1- Représentation du CTE à la CME

5.2- Relations avec le CHSCT

ARTICLE 6 – ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

PREAMBULE

Le règlement intérieur de fonctionnement du CTE du CHBA, désigné ci-après par le terme « Comité », a pour objet de préciser la composition, l'organisation et les modalités de fonctionnement de celui-ci, dans le respect de la réglementation en vigueur.

ARTICLE 1 – CONSTITUTION DU CTE

Conformément à l'article L.6144 et suivants du code de la santé publique, il est créé, au Centre hospitalier Bretagne Atlantique Vannes-Auray un Comité Technique d'Etablissement doté de compétences consultatives dans les matières et dans les conditions fixées par voie réglementaire.

ARTICLE 2 – COMPOSITION DU CTE

2.1- Les membres

Le comité technique d'établissement du CHBA comprend :

- le directeur de l'établissement ou son représentant, président
- 15 membres titulaires et 15 membres suppléants représentant les personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires regroupés en **un collège unique**.

2.2 – Les participants à titre consultatif et occasionnel

2.2.1-Représentant de la Commission médicale d'établissement

Un représentant de la commission médicale d'établissement, désignée par celle-ci en son sein, assiste, avec voix consultative, à chacune des réunions du CTE.

2.2.2-Experts et collaborateurs du Directeur

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

Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatifs aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

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

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

ARTICLE 3 – ATTRIBUTIONS ET COMPETENCES

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

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 du CSP soit : le projet d'établissement, la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions, le compte financier et l'affectation des résultats, toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que 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. L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

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

- 1° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- 2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 5° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 6° Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7

ARTICLE 4 – FONCTIONNEMENT DU CTE

4.1 – Désignation d'un secrétaire

Le comité élit chaque année parmi les membres titulaires un secrétaire et un secrétaire adjoint. Le secrétaire adjoint supplée l'absence ou l'indisponibilité temporaire du secrétaire. En l'absence de l'élection d'un secrétaire adjoint, et si le secrétaire était absent en séance, le Président sollicite les membres présents pour désigner le secrétaire de la séance en question.

4.2 Entrée en fonction et durée du mandat des membres

Les modalités de prise de fonctions et la durée du mandat des membres sont définies par l'article R.6144-46 du code de la santé publique.

Le remplacement d'un représentant quittant sa charge en cours de mandat doit être effectuée dans le délai d'un mois.

4.3 – Organisation des réunions

4.3.1-Nombre de réunions

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

4.3.2-Durée des réunions

La durée maximum d'une réunion ne doit pas dépasser 4 heures environ. Au-delà de cette durée, une interruption de séance d'une demi-heure au moins est ménagée.

4.3.3-Convocation et ordre du jour

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

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Communication doit être donnée aux membres des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance, sauf cas exceptionnels justifiés par l'urgence ou le caractère complémentaire de l'information. Cette communication peut être faite via la messagerie interne.

Egalement, à chaque fois que possible, les présentations faites en séance à l'aide d'un support (ex : Powerpoint) feront l'objet d'une diffusion papier en séance.

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Sous réserve de transmettre les questions dans les délais impartis, certaines questions des représentants du personnel pourraient être inscrites à l'ordre du jour de la séance du CTE ou de la suivante notamment, lorsque les trois organisations syndicales représentatives le sollicitent, lorsque la question appelle une réponse fouillée, lorsqu'un syndicat estime que la question mérite d'être débattue en séance.

4.3.4-Quorum

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

pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

4.3.5-Participants

Les suppléants remplacent les titulaires en cas d'absence temporaire.

Il est toutefois admis, dans un objectif de formation, que, lorsqu'ils ne siègent pas avec voix délibérative en application de l'article R. 6144-48, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité dans la limite d'un représentant par organisation syndicale ou par liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6144-4, sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes. Le Président est informé en début de réunion de la présence du suppléant.

Les séances du comité ne sont pas publiques.

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

4.3.6-Commission de formation

Une commission de formation, émanant du CTE, est mise en place pour assurer les missions en lien avec l'élaboration et le suivi du plan de formation, l'étude de thèmes transversaux liés à la formation et notamment suite à des évolutions réglementaires, la mise en œuvre de nouveaux dispositifs de formation et d'actions en faveur de la promotion de la formation continue et la promotion professionnelle.

Elle est composée comme suit :

- la directrice des ressources humaines et le directeur adjoint,
- la coordinatrice générale des soins ou son représentant
- 6 représentants du personnel désignés par les organisations syndicales parmi les élus au CTE, selon une représentation proportionnelle au nombre de voix obtenues lors de l'élection au CTE. Chaque organisation syndicale représentée désigne un suppléant pour chaque membre titulaire.

Le fonctionnement de cette commission est repris dans un règlement intérieur annexé au présent règlement intérieur.

4.4 – Avis et vœux du CTE

Le CTE détermine ses modalités de fonctionnement de façon collégiale. Si le recours à un vote se révèle nécessaire, que ce soit pour son organisation interne ou pour prononcer les avis requis par la loi, la décision est prise à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

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

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

Les avis ou voeux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement qui suit l'approbation du compte-rendu de la séance.

Ils sont également portés par **voie d'affichage et de dépôt sur le site intranet**, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

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

Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président des suites données à ses avis ou voeux.

4.5 – Les moyens de fonctionnement

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

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au comité technique d'établissement selon les modalités définies par l'article D.6144-81 du code de la santé publique. La durée maximale de ce congé est de cinq jours. Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé.

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

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

ARTICLE 5 – RELATIONS DU CTE AVEC LES AUTRES INSTANCES DU CHBA

5.1- Représentation du CTE à la CME prévue par l'article L.6144-3-1 du code de la santé publique.

Le Comité désigne pour le représenter à la CME un représentant titulaire et un représentant suppléant; le représentant suppléant remplace le titulaire en cas d'absence ou d'indisponibilité temporaire.

Le représentant du CTE à la CME rend compte oralement et sans débat des délibérations de la CME susceptibles d'intéresser le CTE.

5.2- Relations avec le CHSCT

Le Comité peut confier au CHSCT le soin de procéder à des études sur les matières de sa compétence.

ARTICLE 6 – ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur de fonctionnement du CTE est soumis au vote du Comité. Il doit être adopté à la majorité absolue des votes exprimés par les membres présents, à défaut par un vote à la majorité relative lors d'un second scrutin.

Une fois adopté par le Comité, le règlement intérieur est porté à la connaissance du Conseil de Surveillance qui l'intègre dans le règlement intérieur général du Centre hospitalier Bretagne Atlantique.

Toute modification du présent règlement intérieur s'effectue selon les mêmes modalités.

Le Directeur du Centre Hospitalier
Bretagne Atlantique,
Etablissement support du Groupement Hospitalier
Brocéliande Atlantique

Philippe COUTURIER

Directeur



ANNEXE 1

Président : M. le Directeur
Représentant de la C.M.E. : M. le Docteur DEMOULIN

Représentants des personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires - Version du 22/01/2019		
	TITULAIRES (15)	SUPPLEANTS (15)
COLLEGE UNIQUE		
	BERTHAULT Christèle Sage-femme	GUEVELLOU Annick Manipulateur Radio
CFDT	PALAUD Gilles Aide-soignant	GUGUIN Catherine Aide-soignante
	DANO Catherine IBODE	Mme LUTRINGER Paule IDE
	PALOMO Isabelle AMA	LE RAY Françoise Aide-soignante
	JEGO Marie Renée Aide-soignante	HAGUET Gilles TSH
	QUILLIVIC Christophe Ouvrier Professionnel	BOUILLY Rose Aide-soignant
	CADUDAL Nolwenn Infirmière	BERGERAS Céline ASH
CGT	EVENO Sylvie Aide-soignante	NICOLET Olivier Aide-soignant
	LE ROHELLEC Denis Infirmier	LE FALHER Nathalie Infirmière
	ALLAIRE Christian Masseur Kinésithérapeute	LEYS POZZO Muriel Aide-soignante
	COUPANEC Virginie Aide-soignante	LE MAITRE Marina Coursier
	NOEL Patricia Infirmière	DAVENET Martial Maître ouvrier
	MEDER Myriam Aide-soignante	CHAOUCHI Vincent Infirmier
FO	DELLISTE Céline Infirmière	ROUSSEAU François Aide-soignant
	BISSERIE Florence Aide-soignant	TENDRON Evelyne Aide-soignante

Participants au titre de l'article R. 6144-71, alinéa 3 du CSP :

DRH

Membre de l'équipe de Direction en fonction des sujets

Commission de formation continue

– REGLEMENT INTERIEUR –

Vu le décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements de santé,

Vu le décret n°2008-824 du 21 août 2008 sur la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie,

Vu l'avis du comité technique d'établissement du 20 décembre 2011,

Vu l'avis de la commission de formation continue du 14 novembre 2011,

I / Composition

La commission de formation est composée de la manière suivante.

- la directrice des ressources humaines et le directeur adjoint,
- la coordinatrice générale des soins ou son représentant
- 6 représentants du personnel : désignation par les organisations syndicales parmi les élus au CTE, selon une représentation proportionnelle au nombre de voix obtenues lors de l'élection au CTE. Chaque organisation syndicale représentée désigne un suppléant pour chaque membre titulaire.

Suite aux élections du 06 décembre 2018, les représentants du personnel à la commission de formation se répartissent comme suit : 3 CFDT, 2 CGT, 1 FO

Un représentant de chaque pôle clinique ou médico-technique participe aux réunions de la commission de formation dont l'ordre du jour concerne le projet de plan de formation et sa réalisation.

Le responsable du service formation et un cadre formateur de l'IFSI participent aux séances en qualité d'experts associés

II / Missions

a) missions liées au plan de formation

- cadrage et orientations du plan de formation
- Examen du projet de plan de formation avant présentation au CTE. Cet examen doit se faire dans le respect des projets de formation des pôles.
- Analyse de la réalisation du plan de l'année précédente : cette analyse est effectuée lors du premier trimestre de l'année N+1, à partir des données statistiques préparées par le service formation
- Analyse de la réalisation du plan de l'année en cours : un bilan intermédiaire de la réalisation du plan de l'année en cours est présenté à la commission de formation à la fin du premier semestre

b) thèmes transversaux

La commission de formation continue a également pour mission de traiter de tous les thèmes transversaux liés à la formation et notamment des modalités de mise en œuvre des évolutions réglementaires et des nouveaux dispositifs de formation.

Elle propose des actions de communication en faveur des agents du CHBA visant à promouvoir la formation continue et la promotion professionnelle.

Elle peut mener, à partir des éléments produits par le service formation, des études statistiques dans le champ de la formation ayant pour objet d'étayer ou d'argumenter des propositions, et/ou de suivre certaines actions de formation.

III / Fonctionnement

1. Dispositions générales

➤ CALENDRIER DES REUNIONS

La commission se réunit 6 fois par an. 4 réunions au moins sont consacrées au plan de formation (cadrage et orientations, projet, bilan intermédiaire, réalisation)

Au cours du dernier trimestre de l'année, un calendrier prévisionnel des réunions est proposé et adopté pour l'année suivante.

Ce calendrier est communiqué à l'ensemble des membres concernés et aux personnes associées.

➤ ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour des réunions est arrêté par le directeur-adjoint chargé des ressources humaines, en concertation avec le responsable de la formation continue.

Tout membre de la commission peut proposer au directeur-adjoint chargé des ressources humaines un point à inscrire à l'ordre du jour.

➤ CONVOCATION

La convocation aux réunions de la commission et les documents joints sont adressés systématiquement à l'ensemble des membres, ainsi qu'aux personnes associées aux réunions, huit jours francs avant la date de la réunion.

Il revient au service de formation de réaliser l'envoi des convocations.

➤ ANIMATION DES REUNIONS

Les réunions sont animées conjointement par le directeur ou le directeur-adjoint chargé des ressources humaines et le responsable de la formation continue.

➤ ORGANISATION DES SEANCES

LES SEANCES DE LA COMMISSION NE SONT PAS PUBLIQUES. CEPENDANT, LA COMMISSION PEUT INVITER ET ENTENDRE TOUTE PERSONNE QUALIFIEE DONT LA PRESENCE LUI PARAIT UTILE A L'EXAMEN DES QUESTIONS INSCRITES A L'ORDRE DU JOUR DE LA SEANCE.

➤ COMPTE-RENDU DES SEANCES

Chaque séance fait l'objet d'un compte-rendu rédigé par le service de formation continue. Ce document est envoyé aux membres de la commission de formation et aux personnes associées ; il est joint à la convocation pour la réunion suivante.

➤ RAPPORT D'ACTIVITE ANNUEL

Dans le cadre de la réalisation du bilan social de l'établissement, un rapport d'activité est élaboré par le service de formation continue. Ce document intègre les données relatives aux réunions de la commission et à la politique de l'établissement en matière de formation continue.

Les membres de la commission de formation continue et les personnes associées sont destinataires de ce rapport.

V / Moyens de fonctionnement

- La commission dispose des moyens nécessaires à son fonctionnement.
- Le secrétariat de la commission est assuré par le service de formation continue.

VI / Modifications du règlement intérieur

- Le règlement intérieur peut faire l'objet de propositions de modifications à l'initiative du directeur-adjoint chargé des ressources humaines ou du tiers des membres de la commission.
- Ces propositions sont adoptées à la majorité absolue des membres en exercice.

Fait à Vannes, le 22 janvier 2019

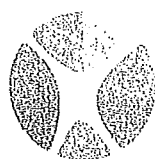
Le Directeur du Centre Hospitalier
Bretagne Atlantique,
Etablissement support du Groupement Hospitalier
Brocéliande Atlantique

Philippe COUTURIER



ANNEXE 3

Règlement Intérieur du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail



**BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER
Vannes - Auray

REGLEMENT INTERIEUR

du

**Comité d'Hygiène, de Sécurité
et des Conditions de Travail**

Présenté au CHSCT du 21 juin 2019 et adopté

Sommaire

TEXTES DE REFERENCE

Code du travail

Circulaire DH/SD n°311 du 8 décembre 1989

ARTICLES DU REGLEMENT INTERIEUR

ARTICLE 1 – REGLEMENT INTERIEUR

ARTICLE 2 – CONSTITUTION DU CHSCT

ARTICLE 3 – COMPOSITION et DEIGNATION DES MEMBRES DU CHSCT

- 3.1 – Présidence
- 3.2 – Les membres ayant voix délibérative
- 3.3 – Les membres consultatifs permanents
- 3.4 – Communication de la composition du CHSCT

ARTICLE 4 – MISSIONS ET COMPETENCES

- 4.1 – Missions du CHSCT
- 4.2 – Compétences du CHSCT
- 4.3 – Consultation du CHSCT (art L4612-8 à L4612-15)

ARTICLE 5 – FONCTIONNEMENT DU CHSCT

- 5.1 – Secrétariat du CHSCT
- 5.2 – La tenue des réunions
- 5.3 – Les délibérations du CHSCT
- 5.4 – Les moyens de fonctionnement
- 5.5 – Les procédures spécifiques prévues par le Code du travail
- 5.6 – Commission Travaux-Aménagements

ARTICLE 6 – RELATIONS DU CHSCT AVEC LES AUTRES INSTANCES DU CHBA

- 6.1 – Avec le Comité Technique d'Etablissement
- 6.2 – Avec d'autres instances

ARTICLE 7 – ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

ARTICLE 1 – REGLEMENT INTERIEUR

Le règlement intérieur de fonctionnement du CHSCT du CHBA a pour objet de préciser la composition, l'organisation et les modalités de fonctionnement du CHSCT mis en place dans l'établissement, telles que définies par la réglementation en vigueur.

ARTICLE 2 – CONSTITUTION DU CHSCT

Un Comité Hygiène et Sécurité des Conditions de Travail est constitué au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique conformément à l'article R 4615-3 du Code du Travail

ARTICLE 3 – COMPOSITION et DESIGNATION DES MEMBRES du CHSCT

Le CHSCT du CHBA est constitué conformément aux dispositions des articles 4615-9 à R 4615-12 du Code du Travail. Il est composé de membres ayant voix délibérative et de personnes présentes à titre consultatif

3.1 Présidence

Le CHSCT est présidé par le chef d'établissement ou son représentant. Le Président ne prend pas part aux votes, sauf lors de la délibération concernant les modalités de fonctionnement et l'organisation des travaux (art L4614-2 du Code du Travail). Le Président peut s'entourer des collaborateurs de son choix, en fonction des points inscrits à l'ordre du jour.

3.2 Les membres ayant voix délibérative

- des représentants des personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires : 9 membres titulaires et 9 membres suppléants. Les représentants sont désignés par les organisations syndicales existant dans l'établissement. Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueillies lors du renouvellement du Comité Technique d'Etablissement

- des représentants des personnels médicaux, pharmaciens et odontologistes : 2 membres titulaires et 2 membres suppléants, désignés par la Commission Médicale d'Etablissement parmi ses membres.

La composition du Comité est jointe en annexe et fait l'objet des actualisations nécessaires.

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

Le mandat d'un représentant peut prendre fin :

- lors du renouvellement du comité
- lorsqu'il cesse ses fonctions dans l'établissement
- lorsqu'il est frappé de l'une des incapacités du code électoral
- lorsque l'organisation syndicale qui l'a désigné en fait la demande.

Le remplacement d'un représentant quittant sa charge en cours de mandat doit être effectué dans le délai d'un mois.

Les suppléants remplacent les titulaires absents lors d'une réunion du CHSCT. Il est admis, dans un objectif de formation, qu'un suppléant par organisation syndicale puisse assister à la séance en plus des titulaires.

3.3 Les membres consultatifs permanents

Selon les termes de l'article R.4615-12, assistent aux réunions à titre consultatif :

- * le médecin du travail
- * le directeur des services économiques ou son représentant
- * l'ingénieur responsable des services techniques ou son représentant
- * le coordonnateur général des soins ou le directeur des soins
- * le médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

L'inspecteur du travail et le responsable de la prévention de la CPAM sont destinataires de l'ordre du jour et peuvent assister aux réunions (art L4614-11).

3.4 Communication de la composition du CHSCT

Un tableau décrivant la composition nominative du CHSCT est diffusé dans l'ensemble des services pour affichage obligatoire et permanent.

ARTICLE 4 – MISSIONS ET COMPETENCES

4.1 Missions du CHSCT

Les missions du CHSCT sont définies par l'article L.4612-1 du Code du Travail :

- Contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs et des travailleuses de l'établissement
- Contribuer à l'amélioration des conditions de travail
- Veiller à l'observation des prescriptions légales dans ces matières
- Analyser les risques professionnels et promouvoir des actions de prévention

4.2 Compétences du CHSCT

Le comité a une compétence générale en matière de surveillance de l'hygiène et de la sécurité dans l'établissement. Le comité s'assure du respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des consignes d'hygiène et de sécurité. Le comité étudie les conditions de travail en termes d'organisation du travail en ce que celles-ci engendrent des effets sur la santé des personnels.

Il est ainsi associé à :

- l'organisation matérielle du travail notamment la charge de travail, le rythme, la pénibilité des tâches, l'élargissement et enrichissement des tâches ;
- l'environnement physique du travail notamment la température, l'éclairage, l'aération, le bruit, la poussière, la vibration) ;
- l'aménagement des postes de travail et leur adaptation à l'homme, en vue notamment de réduire le travail monotone et sous cadence ;
- l'aménagement des lieux de travail et leurs annexes ;
- la durée et les horaires de travail ;
- l'aménagement du temps de travail (travail de nuit, travail posté,...).

4.3 Consultation du CHSCT (art L4612-8 à L4612-15)

Le comité est consulté sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le Directeur d'établissement.

Le comité est obligatoirement consulté sur :

- * le règlement intérieur du CHSCT
- * toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail
- * sur le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies, sur les conséquences de ce projet ou de cette introduction sur la santé et la sécurité des travailleurs
- * mesures prises pour faciliter le maintien au travail des travailleurs handicapés
- * le programme annuel de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail
- * le rapport écrit annuel faisant le bilan de la situation générale de l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail dans l'établissement et concernant les actions menées au cours de l'année
- * le bilan social

ARTICLE 5 – FONCTIONNEMENT DU CHSCT

5.1 Secrétariat du CHSCT

Le comité élit son secrétaire et son secrétaire adjoint ou suppléant parmi les représentants du personnel pour une durée de mandat identique à celle des autres membres. En cas de partage égal des voix entre les candidats, le plus âgé d'entre eux est désigné.

Le secrétaire peut renoncer à sa fonction. Dans ce cas, le comité élit un nouveau secrétaire pour la durée restante du mandat.

Le secrétaire adjoint ou suppléant est chargé de suppléer le secrétaire en cas d'absence prolongée qui nuirait au bon fonctionnement du CHSCT.

5.2 La tenue des réunions

Le CHSCT se réunit au moins 4 fois par an. Il se réunit également, de manière extraordinaire, à la suite de tout accident grave¹ ou ayant pu entraîner des conséquences graves, ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

L'ordre du jour de chaque réunion est établi par le président et le secrétaire du CHSCT.

L'ordre du jour est transmis aux membres du comité, aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et à l'inspecteur du travail. Ces derniers sont également invités aux séances du Comité.

L'ordre du jour et ses documents annexes sont adressés à minima 8 jours avant la réunion et dans l'idéal 15 jours avant, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence.

Le secrétariat et la rédaction des procès verbaux des réunions sont assurés à la diligence du Président.

Ceux-ci sont transmis au Secrétaire préalablement à leur communication pour adoption par le CHSCT.

Les procès verbaux des réunions du CHSCT doivent, une fois approuvés, être diffusés dans un délai propre à permettre la préparation de la réunion suivante dans les meilleures conditions.

Les procès verbaux sont signés par le Président et le secrétaire du CHSCT.

Une version dématérialisée sous format "pdf" est envoyée à chaque organisation syndicale.

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

La notion de discrétion peut être étendue à celle de secret professionnel dans des cas particuliers relatifs à des situations individuelles touchant le personnel ou les usagers, ou à des situations sensibles en matière de projets de travaux.

5.3 Les délibérations du CHSCT

Le CHSCT détermine ses modalités de fonctionnement de façon collégiale. Si le recours à un vote se révèle nécessaire, que ce soit pour son organisation interne ou pour prononcer les avis requis par la loi, la décision est prise à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

Le vote a lieu à main levée. Un vote à bulletin secret peut être demandé par un membre du CHSCT. Dans le cas d'un vote à bulletin secret, le contenu des votes ne doit pas être divulgué.

Hormis lorsque l'avis a été rendu à bulletin secret, l'avis est rendu hors la présence des rapporteurs.

5.4 Les moyens de fonctionnement

¹ Accident de gravité 4 : accident corporel nécessitant une intervention rapide des secours mobiles et/ou une hospitalisation ; décès accidentel

5.4-1 - des réunions régulières : cf article 5-2.

5.4-2 - un crédit d'heures : jusqu'à 20 H par mois par représentant titulaire et suppléant. Le temps des réunions et le temps consacré aux enquêtes menées en cas de danger grave et imminent n'entrent pas dans ce crédit d'heures et donnent lieu à des autorisations d'absence

5.4-3 - des sessions de formation spécifiques : afin de suivre cette formation, d'une durée maximale de cinq jours, les représentants titulaires du comité bénéficient d'un congé de formation, qui peut être pris sur demande de l'agent auprès du chef d'établissement au moins trente jours avant le début du stage et en une ou deux fois. Le coût de cette formation est imputé sur le budget de l'établissement. Le montant ne peut dépasser, par jour et par stagiaire, l'équivalent de 36 fois le montant horaire du SMIC (art R4615-17 du code du travail). Si un suppléant vient à occuper un siège de titulaire, il est inscrit dans une formation dans les meilleurs délais.

5.4-4 - une libre circulation des membres du CHSCT (circulaire du 08/12/1989) les représentants des personnels, dans le cadre de leur crédit d'heures, peuvent se déplacer librement dans l'établissement et y prendre tous contacts nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Les contacts peuvent s'effectuer durant les heures de à condition de ne pas perturber le fonctionnement du service. A ce titre, il est préférable d'en informer le cadre responsable du service en amont. Les représentants du personnel peuvent également utiliser leur crédit d'heures pour des contacts extérieurs. Cette possibilité de libre circulation est un principe général distinct des procédures d'enquête et d'inspection.

5.4-5 - La présentation ou la mise à disposition des documents réglementaires aux membres du CHSCT :

- le rapport écrit annuel faisant le bilan de la situation générale de l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail dans l'établissement et concernant les actions menées au cours de l'année.
- Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIFACT). Le CHSCT émet un avis sur ce document et est tenu informé des suites réservées à ses propositions et avis.
- Aspects du bilan social relatifs aux conditions de travail et du bilan annuel de la gestion des risques.
- Registres et rapports concernant la vérification et le contrôle des appareils ou installations prévus par la réglementation (installations électriques, moyens de lutte contre l'incendie) ainsi que les observations faites par l'inspecteur du travail ou les agents de la sécurité sociale.
- Projets de travaux d'aménagement modifiant les conditions de sécurité ou de conditions de travail.
- Document unique prévu par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001.

5.4-6 - L'obligation d'information du CHSCT : les membres du CHSCT reçoivent du Président les informations qui lui sont nécessaires pour l'exercice de ses missions.

Le comité est tenu informé des suites réservées à ses travaux, contrôles, études, avis et observations

5.5 Les procédures spécifiques prévues par le Code du Travail

5.5-1 - la procédure de danger grave et imminent (art L4131-2 et s.) :

Un représentant du personnel au CHSCT qui constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un travailleur, en alerte immédiatement l'employeur en consignait par écrit son avis dans le registre prévu à cet effet. Les éléments suivants doivent être indiqués, dans un but d'identification du risque :

- Indication du ou des postes de travail concernés
- Nom du ou des agents concernés
- Nature du danger et sa cause.

L'avis est daté et signé.

Le registre est positionné au secrétariat de la Direction des Ressources Humaines. Seuls les membres du CHSCT peuvent y consigner un avis écrit.

L'employeur procède immédiatement à une enquête avec au moins le représentant du CHSCT qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, le CHSCT est réuni d'urgence, dans un délai n'excédant pas 24h.

5.5-2 - Droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement (art L4133-1 et s.)

Un représentant du personnel au CHSCT qui constate, notamment par l'intermédiaire d'un travailleur, qu'il existe un risque grave pour la santé publique ou l'environnement en alerte immédiatement l'employeur.

L'alerte est consignée par écrit.

L'employeur examine la situation conjointement avec le représentant du CHSCT qui lui a transmis l'alerte et l'informe des suites données

5.5-3- Les inspections

Le CHSCT procède à intervalles réguliers à des inspections. Leur fréquence est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité, c'est-à-dire au moins trimestrielle (art. L.4612.4 du Code du Travail).

Les inspections du CHSCT contribuent à son information et nourrissent l'analyse à laquelle les membres doivent procéder.

Le comité vérifie que la réglementation est entièrement et correctement appliquée. Il peut pour cela prendre des contacts avec les agents au travail quelque soit leur activité (exécution ou encadrement). Il ne dispose d'aucun pouvoir de décision : s'il constate une infraction à la sécurité, il peut seulement la signaler au cadre présent et ultérieurement au chef d'établissement. Il peut également la mentionner dans le compte-rendu de l'inspection dont la production est obligatoire et qui doit figurer au procès-verbal de la réunion suivante du CHSCT.

Le CHSCT, sur la base d'indicateurs (nombre d'accidents du travail et/ou maladies professionnelles, nature des accidents du travail, FSEI, etc...) identifie les services pour lesquelles une inspection est à planifier. Le calendrier des inspections est fixé annuellement ou semestriellement.

Le CHSCT privilégie les inspections collégiales selon le format suivant : le ou la secrétaire du CHSCT, un représentant du personnel siégeant au CHSCT, un médecin du Service Santé au Travail, le Président ou son représentant. Un membre du CHSCT ne peut intervenir que s'il a été missionné par le comité (Cass soc, 19 janvier 2010). Avant toute inspection, le rédacteur du rapport doit être identifié.

Le présent règlement intérieur prévoit que les inspections feront l'objet d'une annonce aux Cadres et Chefs de pôles et des services concernés par l'inspection (cf. annexe 4 du présent règlement).

Le CHSCT décide du contenu et de l'organisation des inspections : zone ou poste de travail concerné, durée prévisible, personne en charge de la rédaction du rapport d'inspection notamment.

A l'issue de l'inspection, un rapport d'inspection sera établi par écrit et transmis au Président et au secrétaire du CHSCT pour inscription à l'ordre du jour du CHSCT suivant. Ce rapport d'inspection sera transmis aux Cadres et Chefs de pôles et des services concernés par la dite inspection afin qu'ils disposent d'un droit de réponse.

5.5-4 – les enquêtes (art L4612-2, L4612-5, L431-2, L4132-2 du Code du Travail)

a) situations conduisant à une enquête du CHSCT :

- le CHSCT réalise des enquêtes en matière d'accidents de travail ou de maladies professionnelles
- en cas de danger grave et imminent pour les agents
- en cas de danger grave et imminent pour la santé publique et l'environnement

b) le déroulement des enquêtes

- hors cas de danger grave et imminent, les enquêtes sur les accidents de travail et maladies professionnelles sont mises en place sur demande de la majorité des membres du CHSCT.
- les enquêtes sur les accidents de travail et les maladies professionnelles sont réalisées par une délégation comprenant un représentant de la direction, un représentant du personnel au CHSCT et un médecin du travail. Elles donnent lieu à la réalisation d'une fiche de renseignement signée par les personnes ayant conduit l'enquête et transmise à l'inspection du travail

5.5-5- Le recours à un expert (art L4614-12 Code du Travail)

Le CHSCT peut faire appel à un expert agréé :

- lorsque un risque grave est constaté dans l'établissement
- en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail

Le recours à un expert nécessite un vote à la majorité absolue des membres présents.

5.6 La commission Travaux

Les sujets relatifs à des opérations de travaux de réhabilitation ou construction font l'objet d'une présentation au sein d'une sous-commission du CHSCT appelée Commission Travaux-. Cette commission ne constitue pas un CHSCT à part entière. Aussi pour éviter toute confusion, le président et le secrétaire ne siègent pas à titre permanent.

Cette commission ne formule pas d'avis sur les projets de travaux au sens du Code du Travail (article L4612-8 à L4612-15). Elle est chargée de présenter ses travaux, analyses et recommandations au CHSCT Plénier pour permettre au CHSCT de remplir ses missions. Cette commission se réunit sans nécessité de quorum.

Cette Commission se réunit au moins une fois par trimestre pour échanger sur les points suivants :

- Prise de connaissance des opérations de travaux à différents stades de leur avancée : projets de travaux, travaux à l'étude et en cours de réalisation ;
- veille sur le fonctionnement général et la maintenance des bâtiments ;
- études des demandes de travaux réalisées suite à des visites ou des inspections des membres du CHSCT,
- en fonction des opérations de travaux en cours, visites de chantier sous réserve que cela ne soit pas préjudiciable au bon fonctionnement du chantier et/ou du service concerné par l'opération de travaux.

La composition de cette commission des travaux est la suivante :

Des membres du CHSCT (à titre délibératif ou consultatif), à savoir :

- un représentant titulaire et un représentant suppléant de chaque organisation syndicale, membre du CHSCT,
- un représentant du service de santé au travail,
- le médecin hygiéniste ou son représentant,
- Le Directeur des soins ou son représentant,
- le Directeur des Services Economiques et Logistiques ou son représentant.
- Le directeur des services techniques ou son représentant

Des personnes non membres du CHSCT mais experts associés à la réflexion :

- le DRH ou son représentant
- l'ergonome,
- le responsable de la sécurité,
- ...

Après avoir consulté les représentants des personnels, le Directeur des Services Techniques est chargé d'établir l'ordre du jour et d'adresser les invitations. Il rédige le compte rendu de chaque réunion qu'il transmet au Président du CHSCT qui le diffusera aux membres du CHSCT dans les meilleurs délais.

ARTICLE 6 – RELATIONS DU CHSCT AVEC LES AUTRES INSTANCES DU CHBA

6.1 Avec le Comité Technique d'Etablissement

En sa qualité d'instance spécialisée, l'intervention du CHSCT doit se coordonner avec celle du Comité Technique d'Etablissement. Le CTE peut confier au CHSCT le soin de procéder à des études sur les matières de sa compétence. Le CTE est destinataire du rapport et du programme annuel établi par le Directeur d'établissement ainsi que des avis du CHSCT sur ces rapports. Le CTE est informé, en tant que de besoin, des avis et des résolutions prises par le CHSCT.

6.2 Avec d'autres instances

Le CHSCT peut être appelé à formuler un avis sur les programmes élaborés et les propositions, rapports et avis émis par des commissions spécialisées (CLIN,...), créées en vue de participer à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (article R.6144-30-1 du code de la santé publique).

Sur un plan fonctionnel, le CHSCT est habilité à travailler en liaison étroite avec le service de santé au travail et le service social du personnel.

ARTICLE 7 – ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur de fonctionnement du CHSCT est soumis au vote du Comité. Il est adopté à la majorité absolue des votes exprimés par les membres présents, à défaut par un vote à la majorité relative lors d'un second scrutin.

Une fois adopté par le Comité, le règlement intérieur est porté à la connaissance du Conseil de surveillance qui l'intègre dans le règlement intérieur général du Centre hospitalier Bretagne Atlantique.

La modification du présent règlement intérieur s'effectue selon les mêmes modalités.

Le Président du CHSCT,

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'V' followed by 'J' and 'U'.

V. JOUVET

ANNEXE 1 modifié

LISTE DES MEMBRES DES CHSCT

Composition applicable à compter du 01/01/2019.

Le Directeur ou son représentant	Président
---	-----------

Représentants des personnels non médecins, non pharmaciens, non odontologistes	
Titulaires	Suppléants
au titre de la CFDT 1 40 21	
<ul style="list-style-type: none">• Mme LE DU Rozenn, IDE SSR 1• Mme DANO Catherine, IBODE Bloc op.• Mme JEGO Marie-Renée, Aide-soignante SSR 1• Mme Nolwenn CADUDAL, IDE Samu	<ul style="list-style-type: none">• Mme GUGUIN Catherine, AS Obstétrique• M. HAGUET Gilles, TSH Cinésiologie• Mme LUTRINGER Paule Claude, IDE Maison du Lac• Mme MAGNIER Françoise, Sage-femme
au titre de la CGT 1 44 16	
<ul style="list-style-type: none">• M. Denis LE ROHELLEC, IDE Spagora• Mme Sylvie EVENO, Aide-Soignante MDL• M. Olivier NICOLET, Aide-soignant, Urgences SAMU• Mme Katia LEMAITRE, Aide-soignante, SAU	<ul style="list-style-type: none">• Mme Virginie COUPANEC, AS Obstétrique• Mme Muriel LEYS POZZO, AS Decker• Mme Cécile LE GUENNEC, AS SSR 2• M. Yves GAILLARD Yves, Conducteur Ambulancier, Urgences SAMU
au titre de FO 1 47 82	
<ul style="list-style-type: none">• Mme PENGAM Soazig, Aide-soignant, MDL	<ul style="list-style-type: none">• Mme LE BARON Valérie, Aide-soignante, MDL

Représentants des personnels médecins, pharmaciens, odontologistes	
Dr Nathalie POIRIER, Praticien Hospitalier, DIM Dr Annie WADOWIK, Praticien Hospitalier,	Dr Dominique BALSAC, Praticien Hospitalier, DIM
Membres participant à titre consultatif	
M. Frédéric BOUJU, Ingénieur Chef, Direction de l'Ingénierie et des Services Techniques Mme le Docteur Stéphane LELIMOUZIN, Médecin hygiéniste Mme DERCHE, Coordinatrice Générale des Soins ou son représentant M. Thomas MARECHAL, Directeur du Pôle Services Economiques et Logistiques Mme le Docteur Sophie DOUILLET, Médecin de Santé au Travail Mme le Docteur Nolwen JOSSO, Médecin de Santé au Travail Mme le Docteur PIVERT, Médecin de Santé au Travail	

**Affichage permanent obligatoire dans les locaux de travail
(article R.236-7 du code du travail)**

**DOCUMENTS, REGISTRES
ET RAPPORTS A LA DISPOSITION DES MEMBRES DU CHSCT**

Liste des documents	Lieu de consultation
- Rapports des organismes de contrôle portant sur : · les installations de sécurité incendie · les installations électriques · les ascenseurs et appareil de levage	Direction de l'Ingénierie et des Services Techniques (<i>service incendie</i>)
- Dossier technique amiante (DTA)	Direction de l'Ingénierie et des Services Techniques (<i>service incendie</i>)
- Procès verbaux des commissions de sécurité	Direction de l'Ingénierie et des Services Techniques (<i>service incendie</i>)
- Règlement intérieur	Direction des Ressources Humaines (<i>secrétariat</i>)
- Travaux d'aménagement modifiant les conditions de sécurité et les conditions de travail	Direction de l'Ingénierie et des Services Techniques (<i>service incendie</i>)
- Rapport écrit annuel faisant le bilan de la situation générale de l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail dans l'établissement et concernant les actions menées au cours de l'année	Direction des Ressources Humaines (<i>secrétariat</i>)
- Programme annuel de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail	Direction des Ressources Humaines (<i>secrétariat</i>)
- Programme de formation obligatoire prévu à l'article L.231-3-1 du code du travail	Direction des Ressources Humaines (<i>Formation continue</i>)
- Rapport annuel du service de santé au travail	Service santé au travail (<i>secrétariat</i>)

TEXTES DE REFERENCE

Code du travail

Partie législative

**Livre II – Réglementation du travail
Titre III. Hygiène et sécurité**

Chapitre I - Dispositions générales

Chapitre VI - Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Livre IV – Les groupements professionnels, la représentation des salariés, l'intéressement, la participation et les plans d'épargne salariale.

TITRE III. Les comités d'entreprise

Chapitre IV : Fonctionnement (Article L.434-3)

Partie réglementaire

Chapitre VI - Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Section I - Composition et fonctionnement

Section II - Formation des représentants du personnel aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (Décret n° 84-981 du 2.1.84)

▫ Sous-section 1 - Dispositions communes à tous les établissements

Section III - Dispositions particulières applicables aux 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

Section IV - Agrément des experts auxquels le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel (Décret n° 93-449 du 23.3.93)

Chapitre VII - Prescriptions particulières d'hygiène et de sécurité applicables aux travaux effectués dans un établissement par une entreprise extérieure (Décret n° 92-158 du 20.2.92)

Section I - Dispositions générales

Section IV - Rôle des Institutions représentatives du personnel

▫ Sous-section 1 - Dispositions communes

▫ Sous-section 2 - Dispositions particulières concernant le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'entreprise utilisatrice

▫ Sous-section 3 - Dispositions particulières concernant le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'entreprise extérieure

à [Cadres du (des) secteur(s)
concerné(s)]

[Directeur(s) ou Chef(s) de pôle
concerné(s)]

Objet :

Visite de service en lien avec le CHSCT

Le

M.....,

Le CHSCT dispose d'un pouvoir de surveillance et de possibilité d'intervention au travers des liaisons qu'il doit entretenir avec l'administration, des enquêtes qu'il peut solliciter de la saisine du CHSCT et des inspections qu'il peut mener.

L'analyse des éléments (à définir) amène les membres du CHSCT à se questionner. A ce titre, il a été validé lors du CHSCT du une visite par les membres du CHSCT dans les unités suivantes :.....
.....

L'objet de leur observation sera :

La date de la visite de service est fixée le de h à h. seront présents

Je vous invite à leur faciliter les accès aux locaux et à l'information. Cette visite fera l'objet d'un rapport dont un exemplaire vous sera adressé. Vous aurez la possibilité de faire part de vos remarques éventuelles.

Veillez agréer, M....., mes salutations les meilleures.

Le Directeur,

P. COUTURIER

ANNEXE 4

Règlement Intérieur de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE

L'article L. 6146-9 CSP issu de l'ordonnance du 2 mai 2005 substitue une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) à la commission de service des soins infirmiers (CSSI) créée par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Les attributions de cette instance ainsi que ses règles de composition, d'organisation et de fonctionnement sont définies par le décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la CSIRMT dans les établissements publics de santé.

Le règlement intérieur de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques fixe les modalités de scrutin et de fonctionnement de cette instance.

PARAGRAPHE 1 : COMPETENCES DE LA CSIRMT

ARTICLE 1 : LES COMPETENCES

Aux termes de l'article R. 6146-10 la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée pour avis sur :

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

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

PARAGRAPHE 2 : COMPOSITION DE LA CSIRMT

ARTICLE 2 : LA COMPOSITION

Présidée par le Coordonnateur Général des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnel qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Règlement intérieur revu et validé le 21/06/19
par les membres de la CSIRMT

Les membres de la Commission appartiennent aux différentes catégories de personnel et sont répartis en 3 collèges.

- 1- **Le collège des cadres de santé** à hauteur de 8 sièges
- 2- **Le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques**, à hauteur de 12 sièges, dont 2/3 issus de la filière infirmière
- 3- **Le collège des aides-soignants, et auxiliaire de puériculture** à hauteur de 4 sièges

PARAGRAPHE 3 : DESIGNATION DES MEMBRES

- Les représentants de la CSIRMT sont élus
- La durée du mandat est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Article 3 : DEFINITION DE L'ELECTEUR ET DE L'ELIGIBLE

Est électeur dans chaque collège, tout personnel titulaire, stagiaire ou contractuel relevant des différents corps du collège et en position d'activité **à la date du scrutin**.

Est éligible tout électeur qui n'est pas en arrêt maladie (y compris accident de travail et maladie professionnelle) depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

Article 4 : MODALITES DE SCRUTIN

Type de scrutin :

Les membres de la CSIRMT sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour. La désignation des titulaires et des suppléants se fait dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Chaque électeur vote dans le collège auquel il appartient. Il désigne sur son bulletin de vote au maximum autant de noms de personnes que de sièges de titulaires et de suppléants.

Déroulement du scrutin :

La date de l'élection est fixée par le Directeur de l'établissement.

Au moins un mois avant l'élection, sont affichées les listes provisoires des électeurs et éligibles, la date retenue du scrutin, ainsi que le nombre de sièges des représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Ces listes seront affichées sur l'ensemble des sites du CHBA dans les espaces dédiés à l'affichage.

Pendant un délai de 7 jours francs à compter de l'affichage, les électeurs et éligibles peuvent vérifier la validité des dites listes et présenter des demandes de rectification par courrier adressé au secrétariat de la Direction des Ressources Humaines.

La publication des listes définitives est faite dès le lendemain de l'expiration du délai. Les listes sont définitivement closes et permettent donc aux électeurs éligibles de faire acte de candidature.

Les déclarations de candidatures sont à retirer auprès des cadres de santé du service ou auprès du secrétariat de la direction des soins. Elles doivent être dûment signées et comportent comme indications : nom, prénoms, matricule, grade, service et collège au titre duquel se présentent les intéressés. Elles sont à adresser au secrétariat de la Direction des Soins (envoi postal et/ou remise en main propre contre récépissé).

La date limite de dépôt des candidatures est fixée au plus tard 25 jours avant la date du scrutin. Aucune candidature ne pourra être déposée ou retirée après le délai mentionné.

Après un délai de 3 jours suivant la date d'expiration du délai de dépôt des candidatures, destiné à vérifier leur validité, la liste des candidats est arrêtée par collège et affichée.

Les élections de la CSIRMT se réalisent par un vote électronique, par un accès à un site Web sécurisé.

Organisation du scrutin :

Le vote électronique peut avoir lieu sur le lieu de travail ou à distance.

Au moins 15 jours avant le scrutin, chaque électeur reçoit à son domicile, l'adresse du site, une notice explicative des modalités de vote électronique et ses codes d'accès (identifiant et code secret) générés selon des modalités garantissant la confidentialité du vote. Ce moyen d'authentification permet au serveur de vérifier son identité et de garantir l'unicité du vote.

A l'aide de ses codes d'accès, l'électeur peut voter en toute confidentialité sur le serveur sécurisé des élections.

Le système de vote électronique reproduit sur le serveur les listes des candidats telles qu'elles ont été affichées, présentées dans un ordre alphabétique pour chaque collège.

L'identification de l'électeur est assurée par un serveur dédié, après saisie par l'utilisateur de ses codes d'accès. Toute personne non reconnue n'a pas accès au serveur de vote.

A réception du vote, la saisie du code secret par l'électeur vaut signature de la liste d'émargement pour le collège concerné.

Le vote émis par chaque électeur est crypté et stocké dans l'urne électronique dédiée.

Le vote électronique se déroule pendant une période délimitée et portée à connaissance des électeurs.

Les heures d'ouverture et de fermeture du scrutin sont contrôlées par les membres du bureau de vote (président, assesseurs), habilités pour assurer le contrôle des opérations électorales.

Aucun résultat partiel n'est accessible pendant le déroulement du scrutin.

Les fichiers comportant les éléments d'authentification des électeurs et le contenu de l'urne ne sont accessibles qu'aux personnes chargées de la gestion et de la maintenance du système.

Les bulletins de vote électronique font apparaître la liste complète des candidats éligibles par collège. L'électeur doit faire figurer sur son bulletin de vote, au maximum autant de noms de candidats qu'il y a de sièges de titulaires et de suppléants à pourvoir dans le collège auquel il appartient en cochant le nom des candidats pour lesquels il souhaite voter. Lors du dépouillement, chaque mention du nom d'un candidat sur un bulletin de vote sera décomptée comme une voix en faveur de ce candidat.

Résultats :

Le dépouillement a lieu en présence du président du bureau de vote et des assesseurs.

Les candidats sont déclarés élus dans chaque collège, en qualité de titulaire, puis en qualité de suppléant, dans l'ordre décroissant du nombre de votes obtenus.

Si plusieurs candidats ont obtenu un nombre égal de voix leur permettant de prétendre à un même siège de titulaire ou de suppléant, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

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

PARAGRAPHE 4 : FONCTIONNEMENT

La présidence est assurée de droit par le Coordonnateur Général des Soins.

En cas d'absence du président, celle-ci est assurée par le directeur des soins qui assiste le coordonnateur général des soins.

En cas de vacance du poste de Coordonnateur Général des Soins, la présidence est assurée par le directeur des soins qui assure l'intérim de la fonction.

La commission des soins se réunit au moins 3 fois par an.

Article 5 : CONVOCATION ET ORDRE DU JOUR

La CSIRMT est convoquée par son président, le Coordonnateur Général des Soins ou si le Directeur de l'établissement ou au moins la moitié des membres de la CSIRMT le demandent.

L'ordre du jour est établi par le président.

Article 6 : QUORUM ET VOTE

La CSIRMT ne peut délibérer qu'en présence d'au moins la moitié de ses membres. A défaut, une nouvelle convocation est faite à 8 jours d'intervalle. Les avis sont alors retenus quel que soit le nombre de présents. En cas de vote, celui-ci a lieu à bulletin secret si un membre en fait la demande. En cas de partage des voix, il est procédé à un second tour de scrutin. En cas de nouvelle égalité, la voix du Président est prépondérante.

Article 7 : MODALITES DE REMPLACEMENT DES MEMBRES

En cas d'empêchement temporaire d'un titulaire, celui-ci est remplacé par un suppléant du même collège. La liste des suppléants est établie par ordre décroissant du nombre de votes obtenus lors des élections. Les suppléants sont sollicités par rang de cette liste. En cas d'empêchement du 1^{er} suppléant, il est fait appel au deuxième et successivement.

Lorsqu'un membre cesse ses fonctions en cours de mandat, il est remplacé pour la durée du mandat par le premier suppléant de la liste des suppléants du collège concerné. Lorsque le dernier suppléant de la liste a été désigné comme titulaire, des élections concernant uniquement ce collège sont organisées pour établir une nouvelle liste de suppléants.

Election partielle : elle a lieu dans le trimestre qui suit la vacance totale de suppléants d'un collège et si les élections de l'ensemble de la CSIRMT doivent avoir lieu dans plus de 7 mois. Elle ne concerne que les membres suppléants du collège concerné et suit par ailleurs les mêmes modalités que les élections générales.

Article 8 : ORGANISATION DES ACTIVITES

Le bureau :

La CSIRMT est constituée d'un bureau composé du président et d'un membre de chaque collège. Les membres du bureau sont désignés, parmi les membres de la commission, lors de la 1^{ère} réunion de la CSIRMT sur la base du volontariat et par un vote à main levée.

Ils proposent les thèmes des ordres du jour, préparent les réunions, et élaborent les comptes rendus et rapport d'activité.

Ils animent les groupes de travail issus de la commission et en assurent le suivi.

Le bureau se réunit au moins 3 fois par an.

Les séances de la CSIRMT sont suivies d'un procès verbal adressé au Président du Directoire et aux membres de la commission dans un délai de 15 jours.

Le rapport annuel d'activité est présenté chaque année à la commission, qui le valide puis il est adressé au Directoire.

Assistent aux séances avec voix consultative :

- le directeur des soins qui assiste le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico technique
- le directeur des Instituts de Formation des professionnels de santé du CHBA
- un représentant des étudiants infirmiers de 3ème année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du Directeur de l'institut de formation
- un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du Directeur de l'institut de formation
- un représentant de la CME

Participent aux activités de la CSIRMT :

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

Désignation des membres de la CSIRMT aux instances et commissions :

- CRUQPEC : 1 représentant
- CLAN : 2 représentants
- CLUD : 2 représentants
- Conseil de surveillance : 1 représentant
- COMEDIMS : 1 représentant
- Cercle Ethique : 1 représentant
- CSTH : 1 représentant

Les membres de la CSIRMT peuvent être sollicités pour participer à d'autres commissions, comités et/ou groupes de travail institutionnels compte tenu des attributions de la CSIRMT en regard des thématiques traitées.

ANNEXE 5

Règlement Intérieur de la Commission des Relations avec les Usagers

Commission des usagers

- Règlement intérieur -

Vu la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, notamment son article 158,

Vu la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 183

Vu le décret n°2005-213 du mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie réglementaire),

Vu le décret du 27 juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

Vu la décision du directeur du centre hospitalier Bretagne Atlantique n° portant création d'une commission des usagers,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.1112-3, Art R 1112-80, Art R 1112-81, Art R 1112-81-1

Article 1 : Missions

La commission des usagers (CDU) est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches.

Elle contribue, par ses avis et propositions, à la politique d'évaluation et à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches.

Article 2 : Composition

La commission des usagers du CHBA est composée comme suit :

- le directeur du CHBA ou son représentant
- un médecin médiateur et son suppléant, désignés par le directeur du CHBA, après avis de la commission médicale d'établissement,
- un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le directeur du CHBA,
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation,

- le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission,
- un représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés élus par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres de cette commission.

Assistent également aux réunions de la CRUQ avec voix consultative :

- le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant,
- le directeur-adjoint chargé de la qualité,
- le directeur-adjoint chargé de la clientèle,
- ainsi que toute personne qualifiée désignée par le directeur de l'établissement.

Article 3 : Présidence

La présidence de la commission est assurée par un des membres mentionnés aux 1° à 3°, soit :

1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet

2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;

3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

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

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

Article 4 : Vice présidence

Un vice- président est élu par la commission des usagers dans les conditions identiques à celles prévues pour l'élection du président, prévues aux deux alinéas précédents parmi les membres figurant aux 1° à 3°, soit :

1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet

2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;

3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

Le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

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

Article 3 : Modalités d'examen des plaintes et réclamations

Chaque patient qui en fait la demande peut exprimer oralement ses griefs auprès d'un représentant de la direction, entendre les explications de celui-ci et être informé des suites de sa demande.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmis au directeur de l'établissement.

Si la plainte ne présente pas de caractère médical, le directeur y répond dans les meilleurs délais, en saisissant au besoin le médiateur non médecin. Le patient est avisé qu'il a la possibilité de bénéficier d'une médiation en présence du directeur ou de son représentant, du médiateur non médical et d'un représentant des usagers, membre de la CRUQ.

Lorsque la plainte est susceptible de présenter un caractère médical, le directeur en accuse réception et saisit le chef du service responsable de la prise en charge du plaignant pour éléments d'explication à donner. Le directeur informe le médecin médiateur de la réception de la réclamation en lui transmettant une copie de la réclamation ou de la plainte. A réception des explications obtenues, le directeur répond au plaignant dans les meilleurs délais. A cette occasion, il propose un entretien de médiation au plaignant. Si elle se tient, le patient est reçu par le médecin médiateur, un représentant des usagers et un représentant de la Direction. La médiation fait l'objet d'un compte-rendu.

Le médiateur adresse son rapport au directeur. Le directeur répond au plaignant dans les meilleurs délais en joignant le rapport du médecin médiateur.

Chaque membre de la CDU est également destinataire du rapport du médiateur. La CDU, lors de ses réunions en assemblée plénière, fait un bilan des plaintes reçues depuis la réunion précédente et des réponses qui y ont été apportées. Elle veille également à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Les membres de la CDU sont astreints au secret professionnel, dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal, sur l'ensemble des informations qui sont portées à leur connaissance. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives aux plaintes et aux réclamations, sous réserve de l'obtention au préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.

Article 4 : Participation à l'évaluation de la politique d'accueil et de prise en charge du patient

La commission est tenue informée des actions menées en matière de politique qualité et d'accueil des patients. Elle reçoit, à cette fin, des informations sur les pratiques de l'établissement relatives aux droits des usagers et à la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Elle recense les mesures adoptées au cours de l'année et évalue leur impact. Elle formule des avis et des propositions.

La commission produit, chaque année, un rapport de ses actions et recommandations. Après avis des autres instances, ce rapport est présenté au conseil de surveillance. Il est ensuite transmis à l'agence régionale de santé.

Article 5 : Fonctionnement

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

La commission se réunit sur convocation de son président, 5 fois par an au moins et aussi souvent que nécessaire selon les questions à inscrire à l'ordre du jour. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative sur un ordre du jour précis.

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

L'ordre du jour est établi par le président. L'ordre du jour est communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion, sauf cas d'urgence, auquel cas le délai peut-être réduit sans être inférieur à un jour franc.

Tous les membres titulaires ont voix délibérative. Toutefois, le président ne prend pas part au vote.

Il est dressé un procès verbal de chaque réunion.

Le secrétariat de la commission est assuré par le directeur-adjoint chargé de la clientèle.

A Vannes, le 26 septembre 2019

**Le Directeur du Centre Hospitalier
Bretagne Atlantique,
Établissement support du Groupement
Hospitalier Brocéliande Atlantique**



ANNEXE 6

Règlement de Fonctionnement des :

**Unités de Soins de Longue Durée
(USLD)**

Et

**Etablissements d'Hébergement pour
Personnes Agées Dépendantes
(EHPAD)**



**BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER
Vannes - Auray

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

EHPAD USLD

Le présent document s'adresse aux personnes âgées et aux acteurs intervenant au sein des EHPAD/USLD du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Il définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et des libertés de chacun. Il précise, le cas échéant, les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement.

Il a été adopté par le Conseil de surveillance du Centre hospitalier Bretagne Atlantique le 5 avril 2018, après avis des Conseils de la vie sociale en date du 12 octobre 2017 site d'Auray et du 26 septembre 2017 sur le site de Vannes, du CTE du 13 février 2018 et de la CME du 19 février 2018. Sa durée de validité est de 5 ans.

Il est remis et reste à la disposition de toute personne accueillie ou de son représentant légal avec le livret d'accueil et le contrat de séjour.

Il est affiché dans les locaux de l'établissement.

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

Il est également remis à chaque personne qui exerce à titre libéral, ou intervient à titre bénévole au sein de l'établissement.

Le présent règlement est révisé chaque fois que nécessaire et au moins une fois tous les 5 ans. Les modifications font l'objet d'avenants conclus dans les mêmes conditions que le règlement initial. Les résidents ou leurs représentants légaux sont informés de celles-ci par tous les moyens utiles.

I – GARANTIE DES DROITS DES USAGERS	4
1.1 - PROJET D'ETABLISSEMENT/PROJET DE VIE	4
1.2 - DROITS ET LIBERTES	4
A. VALEURS FONDAMENTALES.	4
B. CONSEIL DE LA VIE SOCIALE	4
C. CONSEIL DE SURVEILLANCE	5
1.3 - DOSSIER DE L'USAGER/RESIDENT	5
A. REGLES DE CONFIDENTIALITE	5
B. DROIT DE CONSULTATION	6
1.4 - RELATIONS AVEC LA FAMILLE ET LES PROCHES	7
1.5 – PREVENTION DE LA VIOLENCE ET DE LA MALTRAITANCE	7
1.6 – CONCERTATION, RECOURS ET MEDIATION	7
A. AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	7
B. LES « PERSONNES QUALIFIEES »	8
II – FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	8
2.1 REGIME JURIDIQUE DE L'ETABLISSEMENT	8
2.2 PERSONNES ACCUEILLIES	8
2.3 ADMISSIONS	9
2.4 - CONTRAT DE SEJOUR	9
2.5 - CONDITIONS DE PARTICIPATION FINANCIERE ET DE FACTURATION	9
2.6 – EN CAS D'INTERRUPTION DE LA PRISE EN CHARGE	10
2.7 – SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES, RESPONSABILITES ET ASSURANCES	10
A. SECURITE DES PERSONNES	10
B. BIENS ET VALEURS PERSONNELS	11
C. ASSURANCES	11
2.8 – SITUATIONS EXCEPTIONNELLES	11
A. VAGUE DE CHALEUR	11
B. INCENDIE	11
C. SECURITE SANITAIRE	12
III –REGLES DE VIE COLLECTIVE	12
3.1 – REGLES DE CONDUITE	12
A. RESPECT D'AUTRUI	12
B. SORTIES	12
C. VISITES	12
D. ALCOOL – TABAC	13
E. NUISANCES SONORES	13
F. RESPECT DES BIENS ET EQUIPEMENTS COLLECTIFS	13
G. SECURITE	13
3.2 – ORGANISATION DES LOCAUX COLLECTIFS ET PRIVES	14
A. LES LOCAUX PRIVES	14
B. LES LOCAUX COLLECTIFS	14
3.3 – PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS	14
3.4 –REPAS	15

A. HORAIRES	15
B. MENUS	15
3.5 - ACTIVITES ET LOISIRS	15
3.6 – PRISE EN CHARGE MEDICALE	15
3.7 - LE LINGE ET SON ENTRETIEN	16
3.8 – NECESSAIRE DE TOILETTE	166
3.9 - PRATIQUE RELIGIEUSE OU PHILOSOPHIQUE	16
3.10 - FIN DE VIE	17
3.11 - COURRIER	17
3.12 – TRANSPORTS	17
A. PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS	17
B. ACCES A L'ETABLISSEMENT - STATIONNEMENT	17
3.13 – PRESTATIONS EXTERIEURES	17

I – GARANTIE DES DROITS DES USAGERS

1.1 - Projet d'établissement/Projet de vie

Les EHPAD et les USLD du CHBA sont des lieux de vie et de soins qui se sont donnés pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins.

L'établissement a pour mission de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé et aux soins, à un suivi médical adapté et de qualité.

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Dans cet esprit, le personnel aide les résidents à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage,...), l'alimentation, l'habillement ; les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place ». De plus, il favorise la vie sociale du résident en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement et favorise le respect de ses choix chaque fois que possible.

Les EHPAD et USLD du CHBA se sont donnés pour objectif de permettre aux résidents de demeurer dans leur logement le plus longtemps possible. Ce principe ne porte pas atteinte aux possibilités de départ volontaire sur l'initiative de résident, ni aux cas de résiliation mentionnés dans le contrat de séjour.

La personne se voit proposer un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur. Son consentement éclairé est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

L'EHPAD doit proposer au résident de désigner par écrit une personne de confiance (*art L 1111-6 du code de la santé publique et la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 art 27, relative à l'adaptation de la société au vieillissement et décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionné à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles*). La personne de confiance a plusieurs missions: accompagnement et présence lors de l'entretien autour du contrat de séjour, l'aide pour la compréhension de vos droits (décret du 18 octobre 2016) et sera consultée au cas où le résident ne peut exprimer sa volonté et n'est pas en mesure de recevoir l'ensemble des informations le concernant, nécessaires à un accompagnement de qualité (art L 1111-6 du code de la santé publique et la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 art 27). La désignation est révocable à tout moment.

1.2 - Droits et libertés

a. Valeurs fondamentales.

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la personne âgée dépendante de la Fédération Nationale de Gérontologie qui répond à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie. La charte est affichée au sein de l'établissement et remise aux résidents au moment de l'admission.

Le résident est une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales, lesquelles s'expriment et s'exercent dans le respect réciproque :

- des salariés
- des intervenants extérieurs
- des autres résidents
- de leurs proches

Ces libertés fondamentales sont les suivantes :

- Respect de la dignité et de l'intégrité
- Respect de la vie privée
- Liberté d'opinion
- Liberté de culte
- Droit à l'information
- Liberté de circulation
- Droit aux visites

b. Conseil de la Vie Sociale

Il existe conformément au décret du 25 mars 2004, un Conseil de la Vie Sociale, instance d'expression des résidents et de leurs familles.

Il s'agit d'un organisme consultatif sur toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement. Il est composé de représentants élus ou désignés pour deux ans par scrutin secret :

- des résidents
- des familles
- des personnels
- de l'organisme gestionnaire.

Leurs noms sont portés à la connaissance des résidents par voie d'affichage.

Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 3 fois par an.

c. Conseil de surveillance

Le Conseil de surveillance définit la politique générale de l'établissement et délibère sur des points tels que le projet d'établissement, le budget, les tarifs, le présent règlement de fonctionnement.

Il est présidé par le maire ou son représentant et se réunit au moins 4 fois par an.

Des représentants d'usagers siégeant au Conseil de la Vie sociale sont également présents au Conseil de Surveillance avec voix délibérative.

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la Commission Médicale d'Etablissement.

1.3 - Dossier du résident

a. Règles de confidentialité

Le respect de la confidentialité des données relatives au résident est garanti dans le respect de la réglementation en vigueur.

La consultation du dossier médical et de soins est exclusivement réservée au personnel médical et paramédical selon le principe du secret médical partagé dans l'intérêt thérapeutique et afin d'assurer la continuité des soins auprès du résident.

b. Droit d'accès

Tout résident et, le cas échéant, son représentant légal, a accès, sur demande formulée selon la procédure en vigueur dans l'établissement, à son dossier médical et de soins (loi du 4 mars 2002).

La communication des données peut, si nécessaire, s'effectuer dans le cadre d'un accompagnement psychologique ou médical approprié.

c. Droits à l'image

L'établissement est amené à effectuer des prises de vue (photos et vidéos), notamment dans le cadre des activités d'animation. Les résidents donneront, préalablement, par écrit, leur accord à la publication ou la reproduction d'une prise de vue le concernant : document proposé à leur entrée dans la structure.
(Art 9 Code civil)

d. Informatique et libertés

L'ensemble des dossiers (administratif et médical) est informatisé conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978. Le résident ou son mandataire ont le droit de consulter les données, demander des modifications et de s'opposer au recueil automatisé de données le concernant.

e. Secret professionnel

L'obligation de respecter le secret professionnel est le corollaire du droit du patient au respect de son intimité et de sa vie privée.

Le secret professionnel peut se résumer en l'interdiction de divulguer à des tiers une information dont un employé a eu connaissance dans l'exercice de sa profession. Le secret médical est la composante du secret professionnel qui concerne les professionnels de santé.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'importance du secret professionnel.

f. Spécificités du secret médical

Les personnels de santé accèdent à la sphère de la vie privée la plus intime des personnes soignées. Le résident, lors de l'interrogatoire relatif à ses antécédents, confie des éléments qui concernent non seulement sa vie personnelle mais aussi sa vie familiale et socio-professionnelle. Le résident livre ainsi au soignant des données intimes sur sa santé et parfois sur son existence.

Dans le cadre de la prise en charge du résident, l'établissement se réserve la possibilité de partager, entre les membres de l'équipe de soin pluridisciplinaire, les informations « utiles et nécessaires » le concernant dans le respect du secret professionnel. **Ce partage d'information ne pourra s'effectuer qu'après le recueil du consentement du résident ou de son représentant légal**

1.4 - Relations avec la famille et les proches

La présence, le plus souvent possible, de la famille et des amis, est une condition fondamentale de la qualité du séjour.

Pendant toute la durée de celui-ci, l'information et la communication entre la famille et l'établissement - dans le respect de la volonté du résident - doit s'instaurer afin d'assurer au mieux une complémentarité dans un climat de confiance mutuelle.

Au cours de périodes d'hospitalisation éventuelles, la famille est invitée à préparer avec l'équipe médico-soignante le retour du parent dans l'établissement.

1.5 – Prévention de la violence et de la maltraitance

La Direction donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive dont elle pourrait avoir connaissance.

Les personnels ont l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions. Ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur.

La direction doit promouvoir une politique de bienveillance et de prévention de la maltraitance.

Le numéro national d'appel contre la maltraitance des personnes âgées est le 3977.

1.6 – Concertation, recours et médiation

a. Au sein de l'établissement

Un recueil de la satisfaction des résidents et de leurs familles est effectué au moins une fois par an, grâce à un questionnaire de satisfaction après avis du conseil de la vie sociale qui sera ensuite destinataire des résultats.

L'établissement est engagé dans une démarche d'auto évaluation de la qualité des prestations qu'il délivre, laquelle est assurée, au moins tous les sept ans, par un organisme extérieur. La dernière évaluation date de décembre 2014.

La Direction, ou un de ses représentants, se tient à la disposition des résidents et de leurs familles souhaitant faire entendre une observation, par téléphone, par écrit ou lors d'un rendez-vous au cours duquel le résident pourra être accompagné de la personne de son choix.

La Commission des Usagers (CDU)

Tout usager d'un établissement de santé peut exprimer, par oral ou par écrit, ses observations. Les réclamations ou les remerciements ainsi formulés pourront être transmis à la Commission des Usagers pour instruction et examen. Une médiation, en présence d'un représentant des usagers et du médiateur médical, pourra être proposée au plaignant et organisée par la Direction des Usagers, Services aux Patients et Partenariats Innovants.

Les numéros de téléphone utiles sont indiqués à l'accueil de l'établissement.

b. Les « personnes qualifiées »

Instituées par la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 14 novembre 2003, les personnes qualifiées sont nommées conjointement par le préfet et le président du Conseil départemental. Elles ont pour mission, sans pouvoir de contrainte, de trouver des solutions, en privilégiant le dialogue et l'échange, aux conflits entre les résidents et l'établissement.

Les coordonnées de ces médiateurs externes ainsi que les modalités pour y recourir sont affichées à l'entrée des résidences.

II – FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

2.1 Régime juridique de l'établissement

L'établissement est rattaché juridiquement et administrativement au CHBA, établissement public de santé géré par un Conseil de surveillance et un Directeur.

Il relève de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'article L312-1 al 6 du code de l'action sociale et des familles.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale, le cas échéant.

Il répond aux normes d'attribution de l'allocation logement.

2.2 Personnes accueillies

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans. En priorité, les personnes accueillies sont originaires du territoire de proximité.

Dans la limite des places disponibles, l'EHPAD reçoit des personnes âgées, d'autres territoires, dans le respect des capacités de prise en charge de l'établissement, définies dans son projet institutionnel.

2.3 Admissions

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement peut demander à en faire une visite préalable auprès de la direction.

Au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie de la personne qui sollicite son admission, réalisée par le médecin traitant, sur la base de la méthodologie réglementaire (AGGIR), le médecin responsable de la commission d'admission donne un avis.

Le Directeur prononce ensuite l'admission selon une procédure définie. La date d'arrivée du résident est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Le dossier administratif d'admission établi le jour de l'entrée comporte les pièces suivantes :

- Le dossier de demande d'admission en EHPAD (Cerfa n° 14732*01) : partie administrative et médicale
- Les coordonnées des correspondants
- Une photocopie de la pièce d'identité
- Une photocopie du livret de famille ou extrait de naissance.
- La carte vitale et l'attestation de carte mutuelle.
- S'il y a lieu, la notification d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (ou le justificatif de dépôt de dossier).
- Les justificatifs des ressources (titres et les déclarations fiscales de toutes les pensions de retraite, dernier avis d'imposition ou de non-imposition)
- Le R.I.B et les 3 derniers relevés de tous les comptes existants.
- S'il y a lieu, un jugement de tutelle ou curatelle.
- S'il y a lieu, une carte d'invalidité.
- Un engagement de payer de tous les obligés alimentaires.
- L'assurance de responsabilité civile.
- La désignation d'une personne de confiance.
- Le nom d'une entreprise de transports sanitaires de votre choix.
- Le contrat de séjour.

2.4 - Contrat de séjour

Il est signé un contrat de séjour entre la personne âgée et l'établissement conformément à la loi du 2 janvier 2002

Un exemplaire est remis au résident en même temps que le présent règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.

2.5 - Conditions de participation financière et de facturation

Le prix de journée d'hébergement et de la dépendance est fixé annuellement par le Président du Conseil départemental sur proposition du Directeur. Ce prix comprend l'hébergement complet du résident (logement, repas, entretien du linge, aide et accompagnement dans les actes de la vie quotidienne). Les prix sont précisés dans le contrat de séjour et son annexe.

Les frais d'hébergement sont payables mensuellement à terme échu par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public. En effet, du fait du statut public de l'établissement, l'argent est géré par le Percepteur, comptable de l'établissement.

En cas de dégradation volontaire, le résident ou sa famille s'engage à prendre en charge en temps réel, les frais de remise en état de l'espace dégradé.

2.6 – En cas d'interruption de la prise en charge

Les situations suivantes sont examinées :

- En cas d'hospitalisation d'un résident de plus de 72 heures, le logement est conservé. Le prix de journée reste dû, déduction faite de montant du forfait hospitalier.

- En cas d'absence pour convenances personnelles inférieure à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement.

- En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement minoré de la moyenne des forfaits journaliers généraux et psychiatriques, pour une durée maximale de 35 jours par année civile. Au-delà, le résident est redevable du tarif hébergement.

- Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, les frais de séjour ne sont plus facturés au bénéficiaire de l'aide sociale et à l'aide sociale départementale au-delà de 5 semaines d'absences, soit à partir du 36ème jour d'absence dans l'année civile.

Les modalités de facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence de convenance personnelle sont prévues par le règlement départemental d'aide sociale et s'imposent à l'établissement comme aux résidents accueillis.

Actuellement, le tarif dépendance (ticket modérateur) est déduit dès le premier jour d'absence (hospitalisation et absence pour convenances personnelles).

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis de 15 jours (en référence au contrat de séjour).

Départ définitif :

En cas de départ définitif, la chambre du résident doit être libérée dans les 48 heures. Au-delà de ce délai, l'établissement se réserve le droit de disposer de la chambre.

2.7 – Sécurité des biens et des personnes, responsabilités et assurances

a. Sécurité des personnes

L'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour garantir le niveau de sécurité maximum aux résidents dans la limite de l'exercice de leur liberté.

Notamment, il assure une permanence 24h/24h : appel malade, astreinte médicale, présence infirmière jour et nuit.

b. Biens et valeurs personnels

Dans la limite d'éventuelles mesures de protection juridique et de l'intervention de décisions de justice, le résident peut conserver des biens, effets et objets personnels, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Les biens de valeur peuvent être déposés dans un coffre, prévu à cet effet, contre réception d'un reçu et après inventaire. Ils seront restitués après un nouvel inventaire lors de la sortie de l'établissement.

Pour les biens non déposés, l'établissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de dégradation.

L'acquisition et la pose d'un coffre individuel sont sous la responsabilité du résident sous réserve de l'accord de la direction de l'établissement dans le respect de la procédure en place.

c. Assurances

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlement en vigueur.

Cette assurance n'exonère pas le résident pour les dommages dont il pourrait être à l'origine. Il lui est donc demandé de souscrire une assurance responsabilité civile individuelle dont il fournit chaque année une attestation à l'établissement. Une assurance couvrant les risques liés à ses modes de déplacements est également requise.

2.8 – Situations exceptionnelles

a. Vague de chaleur

L'établissement dispose d'une salle climatisée ou rafraîchie. Des boissons fraîches sont mises à la disposition des résidents.

Les bonnes pratiques sont rappelées chaque année aux professionnels et aux familles avant la période estivale.

Il est institué dans chaque département un plan d'alerte et d'urgence qui est mobilisé au profit des personnes âgées en cas de risques climatiques exceptionnels.

b. Incendie

Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité appropriés, et ont reçu la visite de la commission départementale de sécurité (voir tableau d'affichage)

Des exercices et formations du personnel contre l'incendie sont régulièrement organisés.

c. Vigilances sanitaires

L'établissement met en œuvre des vigilances sanitaires visant notamment à prévenir les infections nosocomiales, les toxi-affections alimentaires et le risque de légionellose.

III – REGLES DE VIE COLLECTIVE

3.1 – Règles de conduite

L'harmonie et le bon fonctionnement de la vie collective supposent le respect de règles de vie commune :

a. Respect d'autrui

La vie collective et le respect des droits et des libertés respectif impliquent une attitude qui rend la vie commune agréable : délicatesse, politesse, courtoisie, convivialité, solidarité.

Une hygiène corporelle satisfaisante doit être respectée par tous.

b. Sorties

Chacun peut aller et venir librement sous réserve de contre indication médicale. En cas d'absence, afin d'éviter toutes inquiétudes et d'organiser le service, l'information sera donnée à l'infirmière ou au secrétariat. A défaut, l'établissement mettra en œuvre une recherche de la personne.

L'accès à la résidence est libre de 7 heures à 21 heures. En dehors de ces horaires, l'accès est contrôlé par le personnel de nuit.

c. Visites

Les visites sont en accès libre de 7h00 à 21h00. Elles peuvent, le cas échéant, être adaptées aux contraintes liées aux soins, aux besoins du résident et/ou aux souhaits de l'entourage.

Les animaux de compagnie sont autorisés à rendre visite au résident (hors chiens de 1ere et 2eme catégorie et sous réserve de la mise à jour des vaccinations). Ils doivent être tenus en laisse et rester sous la responsabilité de la personne qui les accompagne.

Les visites sont également possibles en dehors de ces horaires sous réserve que le visiteur ait prévenu au préalable l'établissement. Dans cette hypothèse, les visiteurs doivent veiller à ne pas troubler la sérénité des lieux et gêner son fonctionnement.

Les familles accompagnées de jeunes enfants devront veiller à garantir le calme et la sérénité des autres résidents. Les enfants devront rester sous la surveillance permanente et la responsabilité de leurs parents.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne peuvent rendre visite aux résidents sans l'accord préalable du Directeur. Il en va de même pour les bénévoles extérieurs (hors convention), qu'ils appartiennent ou non à une association.

d. Alcool - Tabac - Stupéfiants

L'état d'ivresse et les comportements afférents à un état de dépendance (résident et accompagnant) ne sont pas tolérés dans l'établissement.

Conformément à la loi du 10 janvier 1991 dite « loi Evin » et au décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, il est interdit de fumer ou de « vapoter » dans les espaces publics de l'établissement en dehors des lieux prévus à cet effet.

Il est de plus interdit de fumer ou de « vapoter » au sein des chambres pour des raisons de sécurité incendie.

e. Nuisances sonores

L'utilisation d'appareil de radio, de télévision ou de tout autre système phonique se fera avec discrétion. En cas de difficultés auditives et de gêne pour la collectivité, le port d'écouteurs sera demandé.

L'accès à la télévision et la WIFI sera mise en œuvre dans le respect des modalités en place dans la structure.

f. Respect des biens et équipements collectifs

Chaque résident doit, dans la mesure de ses possibilités, veiller à ne pas nuire à la propreté des locaux et respecter le mobilier mis à sa disposition.

Exceptionnellement, et après en avoir informé les professionnels, **des produits frais à consommation immédiate peuvent être apportés au résident sous couvert de la responsabilité « du donneur » et seront systématiquement détruits après 24 heures.**

Si le résident souhaite apporter du petit matériel électroménager (bouilloire, cafetière,...), il devra en informer préalablement les professionnels, devra s'assurer que l'appareil correspond aux règles de sécurité et en garantir l'entretien. Le personnel ne pourra être tenu pour responsable en cas de dégradation de l'appareil pré-cité.

g. Sécurité

Toute personne qui constate un fait portant atteinte à une personne ou à un bien doit en informer, immédiatement, le personnel de service ou la direction pour que des mesures adaptées soient prises.

L'utilisation d'appareillage ne doit pas être détournée de son objet.

Tout dysfonctionnement matériel doit être signalé sans qu'il soit opéré de manipulation préalable en dehors de celle qui permettrait une sauvegarde des personnes ou des biens.

3.2– Organisation des locaux privés et collectifs

a. Les locaux privés

Le logement est meublé par l'établissement. Après accord du cadre de santé, il est néanmoins possible et conseillé de le personnaliser (fauteuil, commode, table, bibelots, photos, ...) d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie affectée, la sécurité et l'organisation des soins tant pour le résident que le personnel et les visiteurs.

Il est demandé au résident d'assurer les biens dont il est le propriétaire.

Le ménage du logement est assuré par le personnel de l'établissement.

Les réparations concernant le matériel de l'établissement sont assurées par un agent d'entretien de l'établissement, l'intervention est comprise dans le tarif journalier.

Lorsque l'exécution de travaux nécessite l'évacuation temporaire des lieux, le gestionnaire en informe chaque résident concerné qui ne peut s'y opposer. Le Directeur s'engage dans ce cas à reloger le résident pendant la durée des travaux dans les conditions qui répondent à ses besoins.

b. Les locaux collectifs

Toute personne souhaitant pénétrer dans l'établissement doit se faire connaître auprès du personnel présent. L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite.

3.3 – Prise en charge des résidents

Chaque résident a droit au professionnalisme et à une attention constante des membres du personnel qui veille à son bien-être et à son confort.

Les expressions de familiarité (tutoiement, etc.) ne sont utilisées qu'avec l'accord du résident.

Le personnel frappe systématiquement à la porte avant de pénétrer dans l'espace privatif de la chambre.

Les toilettes et soins sont effectués avec la porte de la chambre ou de la salle de bain fermée.

3.4 –Repas

a. Horaires

Les repas sont servis en salle de restaurant ou en chambre si l'état de santé du résident le justifie aux heures suivantes :

- petit déjeuner : à partir de 7 heures
- déjeuner : à partir de 12 heures
- dîner : à partir de 18 heures

Une collation est servie à partir de 15 heures. Ces horaires sont transmis à titre indicatif.

Toute absence à l'un des repas doit être signalée 48 heures à l'avance à l'infirmière.

L'invitation à déjeuner ou à dîner de parents ou d'amis doit être signalée au plus tard 48 heures à l'avance auprès du secrétariat. Le prix du repas est fixé par le Directeur. Le règlement se fait auprès de l'accueil du Centre Hospitalier (Vannes ou Auray).

b. Menus

Les repas sont préparés par un prestataire extérieur. Les menus sont élaborés en concertation avec la diététicienne, dans le respect de l'équilibre nutritionnel et des prescriptions médicales.

Une commission restauration spécifique au secteur des résidents des EHPAD met en oeuvre la politique d'amélioration continue des prestations alimentaires. Cette commission, qui se réunit à périodicité régulière, est composée d'un cuisinier prestataire, de la responsable de la qualité hôtelière, de résidents, de représentants des familles, d'un représentant du personnel médical ou soignant, et du directeur des affaires gériatriques.

3.5 - Activités et loisirs

Chaque résident est libre d'organiser ses loisirs dans le respect de la vie en EHPAD.

Des activités ainsi que des animations collectives et individuelles sont proposées plusieurs fois dans la semaine, ponctuellement pendant les week-ends. Chaque résident est invité à y participer.

Les prestations ponctuelles d'animation seront signalées au cas par cas ainsi que les conditions financières de participation, s'il y a lieu (voyages, sorties...).

3.6 – Prise en charge médicale

Un médecin gériatre hospitalier suit chaque résident. Il devient, sauf avis contraire du résident, le médecin de traitant de celui-ci. Toute consultation par un médecin extérieur sera rémunérée par le résident.

L'établissement fournit les médicaments sur prescription du médecin gériatre de l'EHPAD.

Il est recommandé aux résidents de souscrire une assurance maladie complémentaire auprès de la mutuelle ou de l'assureur de leur choix. Une mutuelle leur sera également fort utile pour s'acquitter des frais de transport sanitaire.

Dans tous les cas, les soins prescrits par le médecin gériatre sont à la charge de l'établissement.

Les matériels spécifiques d'aide au déplacement ne sont pas à la charge de l'EHPAD.

3.7 - Le linge et son entretien

L'établissement fournit et assure l'entretien du linge hôtelier (draps, couverture, serviette et gant de toilette, serviette de table...).

L'entretien du linge personnel est assuré par l'établissement. La famille peut souhaiter l'assurer sans, cependant, que cette décision ne donne lieu à une diminution du tarif hébergement. Afin d'éviter les pertes et disparitions, le linge sera systématiquement marqué par l'établissement au nom du résident, la localisation de la chambre pourra également être notée afin de garantir la sécurité des vêtements.

Les vêtements délicats en soie, laine... sont vivement déconseillés. L'établissement ne peut être tenu pour responsable en cas de dégradation du linge.

Le résident devra renouveler son trousseau aussi souvent que nécessaire et s'assurer qu'il correspond à la saison.

3.8-Le nécessaire de toilette :

Le résident apporte et renouvelle, aussi souvent que nécessaire, les objets et produit de toilette (savons, shampoing dentifrice, rasoirs, brosse à dents, brosse à cheveux, peigne, maquillage...).

Le cas échéant, il est demandé au résident d'apporter une boîte pour appareil dentaire, ainsi que tout le matériel pour son entretien (produit nettoyant, fixateur...). Il en est de même pour les lunettes et l'appareil auditif.

3.9 - Pratique religieuse ou philosophique

Les conditions de la pratique religieuse ou philosophique, y compris la visite de représentants des différentes confessions, sont facilitées aux résidents qui en font la demande.

Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions.

Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.

3.10- Fin de vie

Les moments de fin de vie font l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des directives anticipées lorsqu'elles ont été transmises, des appartenances confessionnelles et des convictions de la personne.

La présence de la famille est facilitée de jour comme de nuit. Elle peut demander aide, soutien et conseils aux équipes.

3.11 Courrier

Le courrier est distribué quotidiennement. Une boîte aux lettres est prévue pour le courrier départ qui doit être affranchi. Elle est située à proximité du secrétariat.

3.12- Transports

a. Prise en charge des transports

L'établissement assure quelques transports dans le cadre de ses activités d'animation.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement et notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge de résident et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

b. Accès à l'établissement - Stationnement

L'établissement est accessible en transports en commun : se renseigner auprès de la commune d'implantation de l'EHPAD.

Le stationnement des véhicules se fait dans l'enceinte de l'établissement sur les parkings prévus à cet effet. Les véhicules doivent être soigneusement fermés à clé. L'établissement n'est pas responsable en cas de détérioration ou de vol.

3.13 – Prestations extérieures

Le résident pourra bénéficier des services qu'il aura choisi : coiffeur, pédicure..., et en assurera directement le coût de la prestation.

Fait à....., le

Je soussigné(e),

M....., résident,

Et/Ou M....., représentant légal de M....., résident

Déclare avoir pris connaissance du présent document "Règlement de fonctionnement".

Lu et approuvé

Signature du résident

ANNEXE 7

Règlement Intérieur de La Crèche

CRECHE

du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

- REGLEMENT INTERIEUR -

Vu le code de la santé publique modifié par le décret 2000-762 du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, modifié
Vu la convention Prestation de Service Unique du 28/02/2011 entre la Caisse d'Allocation Familiale et le CHBA
Vu l'avis du Conseil de crèche du 30/11/2018;

1- MISSIONS

Art. 1- Mission générale

La crèche du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique veille à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants qui lui sont confiés, ainsi qu'à leur développement. Elle comprend 56 places d'accueil permanent.

La crèche du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique veille à offrir des prestations adaptées aux besoins de l'enfant et des familles, en permettant notamment aux parents de concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale.

Elle concourt à l'intégration sociale des enfants ayant un handicap ou atteints d'une maladie chronique.

Art. 2- Enfants accueillis

La crèche du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique dispose de 56 places à l'accueil d'enfants de 2 mois et demi à 3 ans:

- 42 places sont réservées pour le personnel du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.
- 14 places sont réservées par des partenaires extérieurs : La Ville de Vannes, L'EPSM de St AVE, Le Ministère de la Défense, Le SILGOM Restauration. Une convention spécifique entre le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et chaque partenaire précise les modalités d'attribution des places et l'accueil de ces enfants.

De manière exceptionnelle, si les besoins de l'enfant le nécessitent, il peut être accueilli jusqu'à 4 ans (notamment en cas de départ retardé à l'école). La structure peut accueillir un enfant porteur d'un handicap jusqu'à l'âge de 6 ans.

Le mode d'accueil régulier :

Il s'agit de la garde de l'enfant, selon un temps d'accueil régulier, quelque soit le rythme et la durée de fréquentation. L'enfant est inscrit dans la structure selon un contrat établi avec les parents pour un nombre de demi-heure défini par mois. Ce contrat est révisable tous les ans ou lors d'un changement de la situation familiale ou professionnelle.

Art. 5- L'IDE Puéricultrice Responsable de la Crèche

L'IDE puéricultrice responsable de la crèche, sous l'autorité du directeur du CHBA (ou son représentant), a pour mission d'assurer le bon fonctionnement de la structure. Elle veille à la qualité de la prise en charge des enfants et au maintien d'une bonne communication avec les familles. Elle encadre et anime une équipe pluridisciplinaire (Puéricultrice, EJE, Auxiliaire de Puériculture, Aide Petite Enfance) et élabore le projet pédagogique commun et le règlement intérieur. Elle travaille en lien constant avec la DRH, la DAF, le Bureau de la Paie, La CAF, La PMI, ... Elle est responsable de l'application du présent règlement, et peut prendre toutes les dispositions nécessaires à son application.

Art. 6 – L'IDE Puéricultrice

Elle assure l'encadrement des enfants essentiellement sur le secteur des bébés. Elle collabore avec la Directrice de la Crèche pour la gestion quotidienne et veille à la qualité de prise en charge des enfants. Elle assure la commande des repas. En cas d'absence de la puéricultrice responsable de la crèche et afin d'assurer la continuité de la fonction et la sécurité des enfants, l'infirmière puéricultrice adjointe la supplée et est référent de l'équipe pour la période concernée.

Art. 7 – L'Educatrice de Jeunes Enfants

Elle accompagne les jeunes enfants dans une démarche éducative et sociale globale, en lien avec leur famille, dans une fonction de prévention, d'animation et en vue d'un développement progressif de l'enfant. Elle assure l'application du projet pédagogique.

Art. 8 – L'Auxiliaire de Puériculture

Elle répond aux besoins individuels de chaque enfant et assure sa sécurité psycho-affective. Elle participe à l'application du projet pédagogique.

Art. 9 – L'Aide Petite Enfance

Elle répond aux besoins individuels de chaque enfant et assure sa sécurité psycho-affective. Elle réalise l'entretien et l'hygiène des différents espaces de vie et assure la logistique des repas. Elle participe à l'application du projet pédagogique.

Art 10 – Le Médecin Pédiatre

Un médecin pédiatre du CHBA est désigné pour intervenir auprès des enfants de la crèche. Il effectue une vacation d'une demi-journée par mois. Il est chargé de :

- donner son avis lors de l'admission d'un enfant de moins de 4 mois après examen médical. Pour les enfants de plus de 4 mois, la structure demande un certificat médical, réalisé par le médecin traitant attestant que l'enfant est apte à la collectivité et à jour de ses vaccinations.
- assurer des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel et/ou auprès des parents,
- valider la mise en place des PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
- évaluer la compatibilité du handicap de l'enfant avec son accueil à la crèche (mission réalisée en lien avec la cadre puéricultrice responsable de la crèche).

Art. 11- Liens avec le service de pédiatrie

Il peut être fait appel, en cas de nécessité, à un pédiatre hospitalier et aux équipes des urgences pédiatriques.

La Responsable de la Crèche assure, autant que de besoin, un lien fonctionnel avec le cadre coordonnateur du Pôle femme-mère-enfant, notamment pour ce qui concerne la gestion des Ressources Humaines.

Art. 12- Le conseil de crèche

Le conseil de crèche, réuni à l'initiative du Directeur ou de son représentant, constitue un lieu d'information et d'échanges pour toute question d'importance intéressant le fonctionnement de la crèche. Le conseil de crèche émet notamment un avis sur le projet de service et sur le Règlement Intérieur.

Le conseil de crèche est composé de plusieurs membres, avec voix délibérative :

- le Directeur ou son représentant,
- le Directeur des Soins ou son représentant,
- l'IDE Puéricultrice Responsable de la Crèche,
- des Représentants du Personnel (un représentant désigné par chaque organisation syndicale représentée au comité technique d'établissement),
- deux Représentants des Parents élus,
- le Médecin Pédiatre intervenant à la crèche.

Un représentant de chaque partenaire est invité au Conseil de Crèche, avec voix consultative.

Le Directeur ou son représentant peut être accompagné des collaborateurs de son choix, qui ont une voix consultative.

L'IDE puéricultrice Adjointe assiste au Conseil de Crèche avec une voix consultative.

Afin d'assurer un bon fonctionnement et un accueil de qualité et sécurisant durant toute l'amplitude d'ouverture de la structure, une procédure de Continuité de Direction est validée.

3- MODALITES D'ADMISSION

Les articles 13 à 14 ne s'appliquent qu'aux places réservées aux enfants du personnel du CHBA.

Art.13 - Instruction des demandes d'inscription

Les demandes d'inscription sont recueillies par l'IDE Puéricultrice Responsable lors d'un entretien avec les parents. Celui-ci doit intervenir le plus tôt possible, après la déclaration de grossesse. Les familles doivent confirmer cette pré-inscription régulièrement (tous les 2 mois) par téléphone ainsi qu'au moment de la naissance.

Le contrat doit être déterminé lors de la pré-inscription. La famille doit évaluer ses besoins de garde en nombre de demi-heures par mois et la durée du contrat. Elle doit également indiquer le nombre de semaines de congés annuels qui seront prises. Ces éléments permettent de déterminer le nombre d'heures de garde demandées pour une année et d'évaluer la mensualisation.

Les parents doivent produire une attestation de l'employeur du conjoint non employé par le CHBA précisant ses horaires de travail.

Art.14 - Examen des demandes d'inscription des agents du CHBA

L'attribution des places est effectuée tous les deux mois. Ce délai peut être modifié en fonction des entrées et des sorties.

La puéricultrice responsable de la crèche classe les demandes selon un ordre prioritaire établi à partir des critères suivants :

- situation des parents (horaires de travail atypiques, situation familiale, mutation, situation géographique, revenus de la famille)
- adéquation entre la demande et les places disponibles
- regroupement de fratrie (à condition que les enfants fréquentent la crèche au moins 4 mois ensemble)
- raisons médicales
- date de pré-inscription (réalisée après la déclaration de grossesse)

La Commission est souveraine dans sa décision.

Les familles reçoivent par courrier la réponse concernant l'accueil de leur enfant.

Lorsqu'une place est attribuée à une famille, celle-ci dispose **de 10 jours ouvrables** pour accepter ou refuser la place. En cas de non réponse, la place sera réattribuée à une autre famille.

Un seul passage en commission est réalisé. Il n'est, en principe, pas possible de faire une deuxième demande pour le même enfant. Toutefois, la Commission d'Attribution des places se réserve le droit d'examiner, à titre exceptionnel, certaines situations.

Une liste complémentaire d'une durée de 2 mois permet de suppléer les abandons d'inscription.

Dès lors que plus aucun des deux parents n'est employé par le CHBA, l'enfant ne peut plus être accueilli dans les places réservées à cet effet.

Critères de maintien ou non d'enfants entre 2 ans et demi et 4 ans:

Lorsque l'enfant atteint 2 ans et demi, il est nécessaire de prendre en compte son niveau d'autonomie ou une raison médicale évaluée par le pédiatre pour décider de son maintien à la crèche ou de son orientation vers l'école.

Les pré-inscriptions des enfants pour les places louées par les partenaires se font auprès de chaque organisme (service Petite Enfance de la Ville de Vannes, DRH EPSM de St AVE, DHR SILGOM). Pour le Ministère de la Défense, les pré-inscriptions se réalisent auprès la Responsable de la Crèche. Cette dernière transmet leur demande auprès du référent du Ministère de la Défense. **Chaque partenaire attribue ses places selon ses critères et en fait part à la Responsable de la Crèche.**

Les admissions définitives sont prononcées sur avis conforme du médecin de la crèche pour les enfants de moins de 4 mois ou du médecin de famille qui suit l'enfant de plus de 4 mois

Art. 15- Constitution du dossier d'admission

Les parents doivent fournir avant l'entrée définitive de leur enfant :

- Le contrat de mensualisation signé et non révisable pour l'année en cours sauf changement de situation familiale ou professionnelle.

- La photocopie des deux avis d'imposition du couple si la famille ne dépend pas de la CAF du Morbihan

- L'autorisation d'utilisation du service CAF PRO pour avoir accès aux revenus de la famille par le biais de leur numéro d'allocataire. Cet accès est réservé et confidentiel.
En cas d'indisponibilité du service CAFPRO, les pièces à fournir pour permettre de calculer la participation financière des parents est l'avis d'imposition ou de non imposition (N-2)

- L'autorisation de prélèvement sur salaire pour les familles qui dépendent du CHBA (le numéro de matricule de l'agent hospitalier doit être mentionné)

- L'attestation d'autorité parentale fournie par le tribunal en cas de séparation du couple

- Un document libellant :

- L'autorisation de soins d'urgence
- L'autorisation d'administrer des médicaments

- La liste des personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant en l'absence du père ou de la mère (cette personne doit être majeure et présenter une pièce d'identité)

- L'autorisation de photographier l'enfant et d'afficher les photos. (crèche, journal interne, presse...)

- L'autorisation de sortie de l'enceinte de la crèche

- Le Règlement de fonctionnement daté signé avec la mention lu et approuvée (document détachable à la fin du règlement et à remettre à la responsable)

- Une photocopie du carnet de vaccinations

- Un 2ème document notifiant :

- Le matricule du parent hospitalier
- L'adresse de la famille et ses coordonnées
- Les coordonnées professionnelles des 2 parents
- Nom et adresse du médecin de l'enfant
- Le nom de l'assurance responsabilité civile + une attestation
- votre adresse mail

- Une photocopie d'une pièce d'identité pour les familles qui ne dépendent pas du CHBA

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais. (changement d'adresse, de N° de téléphone, de service, de médecin, ...)

Lors de la période d'adaptation, un membre de l'équipe professionnelle remplira avec la famille un document sur les habitudes de vie de leur enfant notamment en ce qui concerne le sommeil, l'alimentation, les habitudes d'endormissement, le doudou...

Art.16 - L'adaptation.

L'adaptation se fait sur 2 semaines avant l'arrivée de l'enfant à la crèche, soit sur 6 temps définis à l'avance. Elle est obligatoire, et donne lieu à une facturation (forfait de 10h).

Cette période indispensable vise à favoriser l'intégration de l'enfant. Lors des premiers contacts les parents sont invités à rester un moment avec leur enfant puis à le confier progressivement à l'équipe. Il peut ainsi s'habituer doucement à son nouvel environnement et à s'intégrer à un groupe. Ce moment permet aux parents de faciliter la séparation, de prendre des repères dans la structure et de donner au personnel tous les renseignements nécessaires à un accueil personnalisé de leur enfant.

Art. 17- Départ définitif de la crèche

Le départ définitif d'un enfant de la crèche, qu'elle qu'en soit la cause, devra être signalé à la puéricultrice responsable au moins deux mois auparavant et par écrit.

Tout départ non signalé deux mois avant le départ donnera lieu à la facturation d'un mois de prestation, sur la base du forfait horaire prévu dans le contrat.

4- Fonctionnement de la crèche

Art. 18 - Jours et horaires d'ouverture

L'amplitude journalière d'accueil est de 15 heures 45 minutes pour répondre aux besoins spécifiques des agents du CHBA.

La crèche "Les Câlines Bleus" est ouverte du lundi au vendredi de 6h à 21h45, et le samedi de 06h à 15h. Les parents désirant placer leur enfant à la crèche le samedi doivent réserver au minimum 15 jours à l'avance, pour permettre d'organiser le planning du personnel. Cette réservation est ferme et définitive. Les heures réservées seront facturées même si l'enfant n'est pas présent.

La crèche reste ouverte durant les 52 semaines de l'année. Elle est fermée les jours fériés ainsi que le 24 et le 31 décembre. La structure est également fermée 2 samedis dans l'année pour des journées de travail pédagogique en équipe. Une note d'information sur les jours de fermeture de l'année en cours sera remise aux familles en début d'année.

En raison du peu de fréquentation, la crèche peut exceptionnellement être fermée plus tôt et le samedi matin. Toute fermeture fait l'objet d'une information préalable et de concertation avec les parents concernés.

La structure ferme à 21h45, et les parents doivent venir chercher leur enfant avant cette heure. En cas de dépassement répété de cet horaire, la situation sera examinée par la Responsable de la Structure.

Art.19- Arrivées et départs

Les horaires de présence de l'enfant doivent **être enregistrés sur le Portail Familles impérativement avant le 20 du mois** en cours pour le mois suivant. Toute journée réservée sera facturée. L'enregistrement des horaires de présence doit se faire à la 1/2h tout en conservant un cadran horaire au ¼ d'h (Par ex : 8h15 – 8h30- 8h45 – 9h... et non 8h05 ou 8h20...etc...).

En cas de non réception du planning avant le 20 du mois précédent et sans raison justifiée, votre enfant ne sera pas accepté à la crèche la première semaine du mois concerné.

Une présence d'une amplitude horaire d'au moins deux heures est demandée pour une meilleure intégration de l'enfant à la crèche.

Le changement d'horaire est possible jusqu'à une semaine avant le jour de réservation prévu initialement. Des feuilles de « modification d'horaires » sont à la disposition des parents. Elles doivent être datées, signées et déposées dans la boîte aux lettres. Le changement ne sera effectif qu'après validation de la responsable ou de l'adjointe (validation par le biais des transmissions écrites ou validation orale). Pour pouvoir accepter l'enfant, la responsable doit s'assurer que les conditions de capacité et d'encadrement sont remplies. Si les conditions ne sont pas remplies, le ou les parents concernés seront avertis et l'enfant, par mesure de sécurité, ne sera pas accepté. Les familles ne doivent pas utiliser de manière abusive ce type de fonctionnement afin d'assurer un encadrement sécuritaire et un respect du besoin de garde des autres familles. Si cette règle n'est pas respectée, elle peut donner lieu à la perte de la place.

Si le changement d'horaire est inférieur à 8 jours. Cette modification devra se faire à la demande de l'encadrement et pour nécessité de service. L'enfant sera systématiquement accueilli sur des places d'urgence et peut entraîner l'annulation d'une place d'accueil pour un enfant inscrit en temps personnel. Tout abus entraînera la réévaluation du besoin de garde et du contrat.

Dans le cas où l'enfant vient sans être inscrit ou sur une amplitude horaire différente que celle réservée, il peut être refusé si les conditions de capacité d'accueil et d'encadrement ne sont pas réunies. Il sera facturé aux familles les heures réservées et les heures supplémentaires en plus du contrat.

S'il n'était pas inscrit, cet accueil lui sera facturé en heures supplémentaires.

La famille doit badger «en arrivant avec son enfant à la crèche» et après «l'avoir récupéré». Le temps de transmission est un temps de garde.

5- Vie quotidienne

Une journée en structure doit respecter les rythmes biologiques d'un enfant en ce qui concerne ses heures de sommeil, de repas et d'activités.

Un temps d'échange et de transmissions a lieu à l'arrivée et au départ de chaque enfant. Il est important de le prévoir et de respecter la disponibilité du professionnel et la confidentialité en présence d'autres parents.

Art. 20 - Soins et hygiène

L'enfant arrive à la crèche en parfait état de propreté de corps et de vêtements.

Durant la présence des enfants, les couches sont fournies par la crèche.

Art. 21 - Habillement

Les vêtements que les enfants portent pendant leur séjour à la crèche sont fournis par les parents. Ils doivent être pratiques et adaptés à la saison.

Tous les vêtements doivent être marqués du nom et du prénom de l'enfant, sans oublier tétine, doudou, sac, manteau, chaussure, chapeau ...La crèche et le personnel ne peuvent être tenus responsable de la perte de linge et des vêtements s'ils ne sont pas marqués.

Un petit sac de rangement est demandé aux parents.

Les bijoux et les barrettes sont interdits durant l'accueil de l'enfant.

Les enfants qui arrivent avant 7h pourront être habillés par les professionnelles. Par contre, la couche de la nuit aura dû être changée. Les parents auront pris soin de préparer ses habits dans son casier personnel.

Si l'enfant arrive donc après 7h, il devra être revêtu de ses habits du jour.

Les professionnelles pourront, si les parents le souhaitent, mettre l'enfant en pyjama s'il est inscrit après 20h30.

Art. 22 - Les repas

Les repas sont livrés par un prestataire extérieur (le SILGOM Restauration).

Les menus sont établis par la puéricultrice de la crèche.

Les laits infantiles sont fournis par la structure et la marque communiquée à la famille.

Des indications particulières peuvent être données par les parents, sur avis du médecin traitant. Elles feront l'objet d'une ordonnance nominative. Les familles apportent les boîtes de lait non ouvertes et identifiées au nom de l'enfant. Aucune déduction financière ne sera effectuée.

Concernant l'allaitement maternel, les mamans, qui souhaitent continuer d'allaiter, ont la possibilité de le faire en respectant les consignes qui leur seront transmises à ce sujet. Une convention est signée avec la maman.

Les enfants qui arrivent avant 7h pourront prendre leur 1^{er} repas à la crèche.

Si l'enfant arrive après 7h, il devra avoir pris son petit déjeuner.

Tout enfant prenant son déjeuner à la crèche doit arriver **au plus tard à 10h45** pour des raisons d'organisation. Si vous arrivez après cet horaire, votre enfant devra avoir pris son repas à la maison ou bien vous prendrez le temps de le lui donner dans la structure.

L'enfant pourra prendre son goûter à la crèche s'il est présent après 15h30.

Le repas du soir sera proposé aux enfants inscrits après 19h30. Toutefois, les familles qui récupèrent leur enfant entre 19h15 et 19h30 peuvent faire le choix de donner eux même un repas de la crèche à leur enfant.

Art. 23 - Le sommeil

Le rythme de sommeil de chaque enfant est respecté, dans la mesure du possible.

Chaque enfant a son lit personnel soit à barreaux soit sur des couchettes selon son âge.

Art. 24 - Personne venant chercher l'enfant

Les parents doivent impérativement signaler par écrit les coordonnées de la personne susceptible de venir chercher l'enfant et informer l'équipe obligatoirement le jour prévu. Une pièce d'identité sera obligatoirement demandée à toute personne inconnue de l'équipe.

Les appels téléphoniques doivent être confirmés par écrit le plus rapidement possible.

Art. 25 - Activités et sorties

L'équipe propose des activités adaptées à l'âge et au rythme des enfants en lien avec le projet pédagogique de la crèche. Des sorties ponctuelles peuvent être organisées. L'encadrement est alors renforcé pour assurer la sécurité des enfants selon la réglementation en vigueur. Les sorties font l'objet d'une autorisation écrite de la part des parents.

Art. 26 - Responsabilité et Sécurité

Lorsque les parents sont présents dans l'établissement, ils doivent respecter les consignes de fonctionnement et les règles de sécurité élémentaires. Leur enfant est alors sous leur responsabilité.

Des consignes de sécurité sont à respecter : refermer les portes de la structure, ne pas transmettre le code d'entrée à des personnes extérieures, prévenir la responsable ou les professionnelles de tout comportement suspect ou situation inhabituelle, s'assurer que les personnes autorisées à récupérer leur enfant soient munies de leur carte d'identité,...

La crèche n'est pas responsable des biens et matériels apportés par les parents notamment la poussette, le cosy...

Art. 27 - Surveillance médicale

A l'admission de l'enfant, le pédiatre référent de la crèche réalise une visite médicale en présence des parents pour les enfants de moins de 4 mois. Le but de cette visite est d'échanger avec les parents et de vérifier les vaccinations de l'enfant, d'apprécier son état de santé et de connaître ses traitements éventuels.

Les enfants qui ont plus de 4 mois et qui intègrent la structure sont examinés par leur médecin traitant. La famille devra nous fournir une attestation médicale validant l'enfant est à jour de ces vaccinations et une photocopie des vaccins du carnet de santé.

Les vaccinations :

Les vaccinations doivent être faites par le médecin traitant.

Pour être admis en collectivité, tous les enfants devront avoir reçu les onze vaccins obligatoires du calendrier vaccinal :

	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois
Diphtérie-Tétanos- Polioomyélite		X	X		X		
Coqueluche		X	X		X		
Haemophilus Influenzae de type B (HIB)		X	X		X		
Hépatite B					X		
Pneumocoque		X	X				
Méningocoque C				X		X	
Rougeole - Oreillons - Rubéole						X	X

Vaccinations Conseillés :

- Rotavirus.

Les parents doivent signaler régulièrement les vaccinations à la responsable de la crèche ou son adjointe (photocopie du carnet de santé ou remplir sur le Portail famille).

Un contrôle des vaccinations sera réalisé lors du renouvellement du contrat annuel. L'accueil de votre enfant pourra être suspendu si les vaccins obligatoires n'ont pas été effectués.

La responsable de la structure peut réaliser un Projet d'Accueil Individualisé pour sécuriser la prise en charge particulière d'un enfant (exemple : intolérance alimentaire, pathologie, traitement au long court...). Le PAI sera validé par le pédiatre et soumis aux parents de l'enfant.

Art. 28 - Conditions d'admission d'un enfant malade

Dans le cas où l'enfant présenterait des symptômes de maladies (fièvre, toux, éruption...), la Responsable ou son Adjointe disposent d'un pouvoir d'appréciation concernant la possibilité d'accueil de l'enfant. L'enfant peut être refusé à son arrivée.

Les parents sont informés systématiquement de l'état de santé de leur enfant. En raison de la nature ou de la gravité de l'infection, l'enfant peut-être :

- en cas de fièvre, découvert et l'équipe applique le protocole paracétamol validé par le Pédiatre
- gardé à la crèche jusqu'à l'arrivée des parents
- récupéré plus tôt par ses parents
- dirigé vers les urgences pédiatriques, accompagné obligatoirement en l'absence des parents, par un membre de l'équipe.

Les parents doivent signer, préalablement à l'admission de l'enfant une autorisation de soins et d'hospitalisation et un accord pour la délivrance de médicaments antipyrétiques et prescrits sous ordonnance.

Aucun médicament n'est donné à l'enfant sans ordonnance nominative, lisible, datée et précisant la durée du traitement. Tous les médicaments prescrits doivent être fournis par les parents et remis au personnel de la crèche. En l'absence d'ordonnance, aucun traitement ne sera administré par le personnel. Sauf exception, les prises médicamenteuses du matin et du soir seront données par la famille et nous exigeons que la première prise d'un nouveau traitement se réalise par la famille.

Les médicaments sont impérativement remis à la crèche dans leur emballage d'origine, non reconstitué le nom de l'enfant mentionnée sur la boîte par la famille. Un protocole d'administration d'un médicament à la crèche a été validé par l'institution.

En cas de remplacement par un générique, le pharmacien a l'obligation d'indiquer sur l'ordonnance le nom du générique. Les traitements homéopathiques ne sont pas administrés à la crèche.

L'absence pour maladie de l'enfant doit être signalée au plus tard le jour même par respect des enfants en accueil occasionnel qui souhaitent une place.

Dans le cas de maladies contagieuses avérées, l'éviction devra être précisée par le médecin traitant ou le pédiatre référent de la crèche.

Art. 29- Modalités d'intervention médicale en cas d'urgence

La proximité avec le service des urgences pédiatriques a permis de formaliser des relations entre la crèche, les praticiens, les équipes et de préciser dans un protocole les modalités d'intervention. Les professionnelles doivent solliciter par téléphone (appel du 15) une expertise médicale ou l'intervention d'une équipe mobile pour apporter les premiers soins à la crèche,

avant le transfert de l'enfant en pédiatrie. Les parents sont systématiquement prévenus de la situation de leur enfant.

6-Dispositions particulières de prise en charge d'enfant en situation de handicap ou porteur d'une maladie chronique.

Art.30 – Dispositions particulières

L'acceptation d'un enfant porteur d'un handicap ou d'une maladie chronique, se fait en concertation avec les parents, le pédiatre et l'ensemble de l'équipe, elle est également subordonnée à l'avis de la commission d'attribution des places. Les conditions d'accueil doivent être adaptées au cas particulier et respecter la sécurité des enfants confiés. Le projet d'accueil individualisé organise les modalités de prise en charge au sein de la crèche en tenant compte des rendez-vous à l'extérieur de la structure : CAMPS, kinésithérapeute, orthophoniste. Le projet d'accueil implique l'adhésion et l'implication de l'ensemble de l'équipe, et il est régulièrement réévalué.

7- MODALITES D'INFORMATION ET PARTICIPATION DES PARENTS A LA VIE DE LA CRECHE

Art. 31- Remise du règlement intérieur

Un exemplaire du règlement intérieur est remis aux parents lors de l'inscription de l'enfant et de la signature du contrat. Il doit être signé et daté par les familles.

Art. 32- Réunion des parents

Une réunion est organisée au moins une fois par an à l'attention des parents, à l'initiative de la puéricultrice responsable de la crèche. Cette rencontre est l'occasion d'informer les parents sur le fonctionnement de la crèche et les évolutions éventuelles ; elle constitue également un moment d'échanges entre les équipes de la crèche (personnels soignants, éducatifs et autres) et les familles.

La date et le thème d'intervention sont communiqués au moins quinze jours avant.

Des rencontres conviviales

Les familles sont conviées par les professionnelles à se rassembler à la crèche pour un moment convivial fin juin. C'est l'occasion pour tous de se rencontrer dans une atmosphère différente qui prête à une relation de partage.

La crèche : « la maison des parents »

La crèche est un lieu ouvert, où les parents sont les bienvenus. Ils évoluent librement en accord avec la responsable, tout en respectant l'organisation du service.

8-TARIFICATION

Art. 33- Tarifs appliqués

Le financement de la crèche est assuré par une participation du CHBA ou la location de places aux différents partenaires, par une participation de la Caisse d'Allocations Familiales (MSA, CAF maritime, ou autre, selon l'affiliation des parents) et par une participation des familles.

Les tarifs horaires à la charge des parents sont ceux fixés par la Caisse d'Allocations Familiales dans le cadre de la convention PSU (Prestation de Service Unique). Chaque année, les participations sont encadrées par un plancher et un plafond de revenus arrêtés par la CAF.

Tous les revenus imposables de la famille sont pris en compte, y compris les pensions alimentaires reçues, les revenus fonciers et les revenus complémentaires. Les données concernant les ressources des familles sont extraites de la base allocataires de la CAF (régime général), grâce au service CAF-Pro. L'utilisation de ce service est subordonnée à l'autorisation écrite des parents.

Le taux de contribution des familles prend en compte les ressources mensuelles des familles, le taux d'effort qui varie en fonction de la composition de la famille.

Famille 1 enfant	Famille 2 enfants	Famille 3 enfants	Famille 4 enfants
0.06%	0.05%	0.04%	0.03%

Si la famille a à charge un enfant porteur d'un handicap, dès lors qu'il est reconnu bénéficiaire d'une allocation enfant handicapé, celle-ci peut bénéficier d'un taux d'effort inférieur. La structure applique ce taux d'effort même si l'enfant concerné n'est pas celui bénéficiant de la place à la crèche.

Le tarif horaire se calcule de la manière suivante :

$$\frac{\text{Revenus annuel de la famille}}{12 \text{ mois}} \times \text{Taux d'effort} = \text{Tarif horaire}$$

Exemple de calcul de tarif :

Famille ayant 3500 € de revenus mensuel avec 1 enfant à charge

Tarif Horaire = 3500 X 0,06 % = 2,10 € de l'heure

Lorsque les ressources de la famille ne sont pas connues (accueil occasionnel), la structure appliquera le tarif horaire moyen de l'année précédente.

Si la famille refuse de fournir son avis d'imposition et/ou l'accès à CAF PRO, la structure appliquera le tarif horaire plafond de l'année en cours.

Pour l'accueil d'urgence, les ressources de la famille n'étant pas connues, la structure appliquera le tarif moyen de la structure.

Art. 34- Le contrat de mensualisation

Le contrat détermine le nombre de demi-heure réservé par chaque famille en fonction de ses besoins de garde.

Il précise :

- l'amplitude journalière
- le nombre de demi-heure réservé par semaine ou par mois
- le nombre de mois de fréquentation dans l'année
- le nombre de semaines annuelles de congé

Toute place réservée est facturée, pour la totalité du volume horaire réservé, quelle que soit la fréquentation réelle de l'enfant.

Le contrat est réévalué tous les ans sauf changement de situation familiale ou professionnelle. Les familles doivent signaler à la responsable de la crèche tout changement récent de leur situation familiale, et/ou personnelle pouvant entraîner un changement de contrat. Il sera fait application de ce nouveau contrat dès réception des pièces justificatives : (ex : temps partiel, reprise à 100 %, congé maladie, congé maternité, chômage...).

Le contrat est également révisable au bout des 2 premiers mois d'utilisation pour les nouveaux arrivants.

Cas de modification de contrat :

Lors d'un congé maternité, d'une période de chômage ou d'un arrêt maladie supérieur à 1 mois, le contrat d'accueil doit être modifié. La structure s'engage à proposer au moins 20h/mois, en fonction des places disponibles. Ce type d'accueil est possible une fois que les demandes en accueil régulier pour besoin de travail sont satisfaites. Il se fait sur la base d'une réservation, et nécessite une inscription dans la structure. Un planning des plages horaires disponibles est mis à disposition des familles la dernière semaine du mois précédent. Les familles peuvent inscrire leur enfant entre 9h et 16h15. Toute journée réservée et non annulée 8 jours au préalable est facturée. La responsable de la crèche pourra annuler une réservation si les normes d'encadrement ne sont pas respectées. La Crèche s'engage à reprendre l'enfant sur un contrat régulier dès la reprise de travail des 2 parents.

Lors d'un congé parental : La prise d'un congé parental entraîne une suspension de l'accueil pendant toute sa durée. Toutefois, la Direction de la Crèche se réserve la possibilité de proposer un accueil de 20h/mois en fonction des places disponibles et la situation particulière de la famille.

Tout fraude ou fausse déclaration entraîne l'annulation de l'admission.

La Direction s'autorisera à revoir le contrat si l'utilisation réelle du volume d'heure souscrit ne correspond pas aux indications transmises lors de l'inscription par la famille.

Si la famille dépasse régulièrement le nombre d'heures réservées dans son contrat, la responsable de la structure peut l'obliger à augmenter le volume horaire mensuel réservé, ou demander à ne pas dépasser le volume prévu, si les capacités d'accueil de la crèche ne sont pas suffisantes.

Les familles ont la possibilité de prendre le nombre de **semaine de congés** qu'elles souhaitent dans une année. Les familles ont un délai de prévenance de **8 semaines** pour assurer la déduction de leur semaine de congé. Le congé se prend à la semaine complète.

La facturation est établie selon la moyenne mensuelle d'heures réservées, avec déduction des congés annuels prévisionnels. Pour la validation, un formulaire doit être remis à la Responsable de la Crèche. Ce préavis peut être réduit en cas de situation exceptionnelle, à l'appréciation de la responsable de la crèche ou sur demande du cadre.

Tous les ans, **en janvier ou à la fin du contrat**, la responsable réajuste la facturation en comptabilisant le nombre de congé pris durant l'année.

Si la famille a pris tous les congés formulés et choisis dans le contrat, il n'y aura pas de remboursement.

Par contre, si la famille a pris moins de congé que prévu et qu'elle a donc utilisé plus d'heures de présence, ces heures lui seront facturées au tarif horaire calculé à l'inscription.

Art. 35- Modalités de facturation et déductions

Tout placement à la crèche donne lieu à un badgeage à l'arrivée et au départ de l'enfant, au moyen de la tablette tactile affectée à cet effet.

Les horaires de présence sont établis sur la base du relevé automatisé, validé par la cadre puéricultrice responsable de la crèche.

En cas d'absence de badgeage répétée (+ de 3 fois/mois), une journée complète d'ouverture sera facturée (16h).

La facturation est mensuelle et réalisée sur la base du montant de demi-heures réservées figurant dans le contrat. Si le relevé validé par la responsable de la crèche constate un nombre de demi-heure de présence supérieur au montant réservé, la facturation est établie par rapport aux demi-heures de présence réelle (montant réservé + dépassement).

Il ne sera délivré qu'une seule facture par famille.

La facturation couvre la prise en charge de l'enfant pendant son temps de présence y compris les repas et les soins d'hygiène.

Le montant de la première facture est déterminé au prorata et en fonction du temps réservé.

La période d'adaptation est facturée forfaitairement sur la base de 10h de garde lors du premier règlement.

Les arrivées avant la demi-heure réservée et les départs après la demi-heure réservée seront facturés en demi-heure complémentaire sur la base du tarif horaire appliqué à la famille. Des dépassements horaires répétés entraîneront une réévaluation de contrat.

Des déductions sont admises par rapport au forfait de base dans les cas suivants :

- hospitalisation de l'enfant,
- éviction par le médecin de l'établissement,
- maladie de l'enfant entraînant une absence supérieure à une journée à la crèche (justifiée par un certificat médical). La structure décompte la journée à partir du deuxième jour;
- fermeture de la crèche non prévisible en début d'année.

En cas d'absence de l'enfant pour un autre motif que ceux énoncés ci-dessus, la facturation demeure due dans sa totalité.

Le contrat d'accueil commence à la date sollicitée par la famille au moment de la pré-inscription. Dans le cas où les parents diffèrent l'entrée de leur enfant, une facturation égale au montant du contrat pourra être demandée.

Pour les agents hospitaliers, le montant de la facture est prélevé sur le salaire le mois suivant.

Pour les familles ayant obtenu une place par un partenaire extérieur, le paiement doit être effectué auprès de la Trésorerie, après émission d'un titre de recettes par le CHBA. Tout impayé entraînera une exclusion définitive de la structure.

La crèche offre également la possibilité de financer la garde de votre enfant, 4 mois durant l'année avec des chèques CESU.

9- ADOPTION ET REVISION DU REGLEMENT INTERIEUR

Art. 36- Adoption et révision du règlement intérieur

Le présent Règlement Intérieur est arrêté par le Directeur, après avis du Conseil de Crèche.

Il peut être révisé selon les mêmes modalités.

◆◆◆◆◆◆◆◆

Fait à Vannes, le 1 janvier 2019

Le Directeur du Centre hospitalier Bretagne Atlantique,

Philippe COUTURIER



ANNEXE 8

Charte du bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication



**BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER
Vannes - Auray

Charte de bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication

*Charte adoptée par le Conseil d'Administration du 25 septembre 2008
par délibération n° 08/44 après avis du Collège du DIM du 29 mai 2008,
de la Commission Médicale d'Etablissement du 22 septembre 2008 et
du Comité Technique d'Etablissement du 23 septembre 2008.*

Date d'effet : 01/07/2009

Date dernière modification : 04/04/2019

**Charte de bon usage
des systèmes informatiques et de télécommunication
du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique**

I – OBJET	3
II – CHAMP D'APPLICATION DE LA CHARTE.....	3
III – GESTION DES ACCES	4
IV – DROITS ET OBLIGATIONS.....	4
V – UTILISATION D'INTERNET	5
VI – UTILISATION DE LA MESSAGERIE ET DU TELEPHONE.....	6
VII – ROLE DES ADMINISTRATEURS SYSTEMES, APPLICATIFS, RESEAUX ET TELECOMMUNICATION	6
VIII – CONTROLES	7
IX – SANCTIONS.....	7
X – CADRE LEGAL	8
ANNEXES :	9

I – OBJET

La présente charte définit les conditions de bonne utilisation des systèmes informatiques et de télécommunication mis en œuvre au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA).

Elle est également destinée à préciser les droits et les devoirs de chaque utilisateur quant à l'exploitation de ces systèmes, à le sensibiliser aux exigences de sécurité, à préciser les moyens de contrôle et à rappeler les sanctions encourues en cas de non respect des règles définies et de la législation en vigueur.

Cette charte est à la fois un code de bonne conduite et un texte réglementaire. A ce titre, elle est annexée au Guide des règles de gestion du personnel non médical et à la Charte du temps de travail médical du CHBA.

Tout utilisateur des systèmes informatiques et de télécommunication du CHBA signe une déclaration attestant avoir pris connaissance de la charte et de la législation en vigueur ainsi que des sanctions encourues.

II – CHAMP D'APPLICATION DE LA CHARTE

Cette charte concerne et est opposable à toute personne intervenant au sein du CHBA et notamment :

- tout salarié de l'établissement,
- les internes,
- les étudiants,
- les stagiaires,
- les intervenants extérieurs exploitant les équipements et/ou réseaux informatiques et téléphoniques du CHBA,
- les membres de réseaux de soins, les structures hébergées dans l'enceinte de l'établissement (l'EPSM, l'EFS, le Centre de Médecine Nucléaire du Morbihan, ...),
- les organisations syndicales,
- tout utilisateur accédant aux systèmes d'information du CHBA à partir de l'extérieur,
- les assistants et techniciens de recherche clinique mandatés par le promoteur de l'essai.

La charte porte sur l'ensemble des **systèmes informatiques, matériels et logiciels**, installés au CHBA. Pour les matériels, ce sont notamment les serveurs, les micro-ordinateurs, les stations de travail, les imprimantes et tout autre équipement périphérique détenus par le CHBA, ainsi que les systèmes exploités dans l'enceinte de l'établissement et appartenant à des salariés du CHBA ou à des intervenants. Par extension, la charte concerne aussi l'ensemble des systèmes informatiques accessibles à partir du CHBA par utilisation des services réseaux.

Elle porte également sur les **équipements de télécommunication** installés au CHBA, notamment **les services réseaux, les services de téléphonie et de radiocommunication**.

- **Les services réseaux** recouvrent les ressources logicielles et matérielles destinées à l'échange d'informations à travers le réseau informatique. Elles incluent les adresses réseau proprement dites. Les Services Internet font partie des services réseaux et désignent la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants, de moyens d'échange et d'information divers : Web, messagerie, forums.
- **Les services de téléphonie** intègrent les postes téléphoniques fixes et mobiles mis en œuvre au CHBA et raccordés aux autocommutateurs du CHBA, les téléphones GSM et Smartphones, les logiciels de gestion et de taxation des communications téléphoniques, ainsi que le système d'enregistrement des appels utilisé au SAMU.
- **Les services de radiocommunication** concernent les équipements radio mis en œuvre sur les réseaux gérés par le CHBA.

Les systèmes informatiques et de télécommunication sont gérés par la Direction des Systèmes d'Information Territoriale (DSIT). Les équipements informatiques en lien avec les appareils biomédicaux sont gérés par le service biomédical.

III – GESTION DES ACCÈS

Deux types de postes de travail sont mis en œuvre dans l'établissement :

- des postes de travail individuels, pour lesquels l'utilisateur dispose d'un code d'accès nominatif pour accéder au réseau et à l'ensemble des applications,
- des postes de travail partagés (salles de soins, bureaux polyvalents, ...), avec pour chacun de ceux-ci un code générique d'accès au réseau. En règle générale, chaque utilisateur dispose d'un code d'accès nominatif pour utiliser les applications. Il reste toutefois quelques cas où seul un code d'accès générique est requis.

A terme, le CHBA sera en mesure d'affecter des accès nominatifs à l'ensemble des utilisateurs. Il se conformera au décret confidentialité du 15 mai 2007, en utilisant la carte CPS ou une carte d'établissement comme support d'authentification forte de chaque professionnel utilisateur des systèmes informatiques du CHBA.

Cependant, quel que soit le type de poste de travail utilisé, les droits d'accès sont personnels et révocables. Chaque utilisateur est responsable de son droit d'accès aux systèmes d'information du CHBA et des données associées. Il est tenu d'en assurer la confidentialité. Toute diffusion de droits d'accès est donc interdite.

La gestion des droits d'accès est assurée par la DSIT ou par des administrateurs délégués par application, sous la responsabilité de la DSIT garante de la sécurité générale des systèmes d'information du CHBA. Cette administration se fait dans le respect des règles définies à la mise en œuvre des applications pour les logiciels administratifs, et des décisions prises par la Commission Médicale d'Etablissement ou le Comité de Pilotage du dossier patient pour les applications gérant des données à caractère médical (cf. article R6113-6 du Code de Santé Publique).

Pour bénéficier des droits d'accès aux systèmes d'information du CHBA, chaque nouvel utilisateur d'un poste informatique doit être déclaré dans le logiciel de Gestion des Ressources Humaines qui alimente l'annuaire des professionnels de l'établissement, ou créé directement dans l'annuaire d'établissement. Tout départ ou changement de situation ou d'affectation doit être traité par la DRH pour que les droits d'accès au Système d'Information soient automatiquement modifiés en conséquence.

IV – DROITS ET OBLIGATIONS

Les droits et obligations des personnes concernées par la charte sont listés ci-après :

- chaque utilisateur est tenu d'assurer la confidentialité des moyens d'accès mis à sa disposition (comptes, codes, mots de passe, cartes, clés, tout dispositif de contrôle d'accès),
- toute diffusion de droits d'accès est interdite,
- chaque utilisateur est responsable de l'utilisation de son accès,
- toute tentative d'usurpation d'identité dans l'utilisation des outils mis à la disposition d'un utilisateur est considérée comme une violation de la charte et doit être signalée à la DSIT,
- il est interdit d'installer du matériel informatique ou de télécommunication sans l'accord de la DSIT,
- chaque utilisateur s'engage à ne pas dégrader ou déménager le matériel informatique ou de télécommunication mis à sa disposition,
- l'utilisateur ne doit pas modifier la configuration matérielle ou logicielle de son poste de travail sans autorisation de la DSIT. L'installation de tout logiciel sans accord de la DSIT est donc prohibée,
- il est interdit de procéder au développement d'applications informatiques sans l'accord de la DSIT,
- chaque utilisateur est responsable des informations qu'il stocke ou qu'il diffuse sur les différents systèmes informatiques du CHBA. Les données stockées ne peuvent comporter que subsidiairement des informations relevant de la vie privée,

- l'accès aux données analytiques et d'activité, leur agrégation, leur croisement et leur diffusion nécessitent une traçabilité et une validation, en fonction de leur nature, par le DIM ou la Cellule d'Analyse de Gestion.
- les sessions de travail doivent être proprement terminées. Il convient notamment de ne pas quitter son poste de travail individuel en laissant une session ouverte. Dans le cadre de l'exploitation de moyens partagés, les dispositifs visant à protéger les sessions en cours ne doivent être utilisés que pour des absences limitées dans le temps. Toute utilisation prolongée du verrouillage de la session d'un poste de travail pourra faire l'objet d'une déconnexion sans préavis de la part de l'administrateur,
- dans le cadre de poste non partagé, l'utilisateur doit verrouiller sa session même pour les absences courtes,
- l'utilisateur s'engage à ne pas apporter volontairement ou par négligence des perturbations au bon fonctionnement des systèmes informatiques et de télécommunication que ce soit par des manipulations anormales du matériel, par l'introduction ou la transmission de logiciels, la connexion de périphériques visant la détérioration de données ou de systèmes,
- il est strictement interdit d'effectuer des copies de logiciels pour quelque usage que ce soit. Aucun utilisateur n'est donc autorisé à dupliquer un logiciel, même pour sauvegarde. Sa responsabilité est engagée dès lors qu'il procède ou est complice d'une duplication illicite de logiciels,
- les utilisateurs des outils informatiques et de télécommunication du CHBA ou se trouvant dans les locaux du CHBA s'interdisent d'utiliser ces outils à des fins de persécution, harcèlement, diffamation, racisme, insultes ou de toute autre diffusion d'information ou d'opinion relevant du domaine privé sur un ou plusieurs individus,
- toute divulgation d'information sur la vie privée d'autrui est sanctionnée par des dispositions du code pénal,
- la publication de photographies de personnes identifiables ne peut se faire sans que les personnes concernées aient signé une autorisation préalable. Les intéressés ont la possibilité, conformément au Règlement Général de Protection des Données, de s'opposer pour des motifs légitimes à ce que leurs données à caractère personnel fassent l'objet d'un traitement,
- l'utilisateur s'interdit de copier ou de reproduire les photos se trouvant sur les sites Intranet et Internet du CHBA,
- l'utilisation des systèmes informatiques et de télécommunication, des services Internet notamment de la messagerie n'est autorisée que dans le cadre exclusif du domaine d'activité du CHBA. Toutefois, un usage privé raisonnable de ces moyens est admis dès lors qu'il n'affecte pas la productivité ni la performance et la disponibilité des réseaux informatique et téléphonique de l'établissement.

V – UTILISATION D'INTERNET

Seuls ont vocation à être consultés les sites Internet présentant un lien direct avec l'activité professionnelle du CHBA, sous réserve que la durée de connexion n'excède pas un délai raisonnable et que les accès Internet présentent une utilité au regard des fonctions exercées ou des missions à mener.

Une consultation ponctuelle dans des limites raisonnables du Web, pour un motif personnel, des sites Internet dont le contenu n'est pas contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs et ne mettant pas en cause l'intérêt et la réputation du CHBA est tolérée.

La DSIT met en œuvre un logiciel de filtrage permettant de contrôler l'usage d'Internet et de filtrer les accès :

- filtrage des domaines selon la CNIL : interdiction d'accès à des sites diffusant des produits à caractères pornographiques, pédophiles, incitation à la haine raciale, révisionniste, ...,
- filtrage des sites non professionnels,
- interdiction d'accès aux sites de téléchargement.

Sur demande justifiée, l'ouverture de l'accès à de nouveaux sites pourra être accordée et réalisée par la DSIT.

VI – UTILISATION DE LA MESSAGERIE ET DU TÉLÉPHONE

Chaque utilisateur devra faire un usage responsable et licite de la messagerie et du téléphone dans le cadre de ses activités.

La messagerie doit être utilisée avec tact, mesure et retenue dans l'expression, et dans le strict respect des personnes.

Un usage raisonnable dans le cadre des nécessités de la vie courante et familiale est toléré, à condition que l'utilisation du courrier électronique n'affecte pas le trafic normal des messages professionnels et que cet usage reste en très faible proportion de l'usage global.

Il est interdit d'envoyer des informations nominatives concernant les patients à des destinataires autres qu'à des professionnels du CHBA sans passer par des messageries sécurisées. L'envoi par messagerie sécurisée d'informations couvertes par le secret médical exclusivement, doit respecter le cadre légal (art. L 1110-4, L 1111-7, R1112-4 du CSP).

Chaque organisation syndicale dispose d'un accès Internet/Intranet et est autorisée à utiliser la messagerie électronique dans le cadre de l'exercice du mandat syndical de ses représentants.

La messagerie électronique est utilisée librement par les organisations syndicales pour leurs communications avec des interlocuteurs externes. En interne, l'usage de la messagerie n'autorise pas l'envoi massif de tout document ou information de nature syndicale à l'ensemble des correspondants ou groupes de correspondants (à l'exception d'un groupe d'adhérents).

VII – RÔLE DES ADMINISTRATEURS SYSTÈMES, APPLICATIFS, RÉSEAUX ET TÉLÉCOMMUNICATION

Les administrateurs systèmes, applicatifs, réseaux et télécommunication de la DSIT doivent veiller à assurer le fonctionnement normal des systèmes et applications informatiques ainsi que la sécurité des réseaux. Ils sont conduits de par leurs fonctions, à avoir accès à l'ensemble des informations relatives aux utilisateurs (messagerie, Internet, données administratives, données médicales et administratives des patients, ...) stockées sur les serveurs et sur les disques durs des postes de travail.

L'administrateur possède ou peut posséder tous les droits sur le ou les systèmes, la ou les applications dont il est responsable. Ces droits s'appliquent dans le cadre exclusif de la qualité de service ou du maintien en conditions opérationnelles qu'il doit garantir. Il doit respecter la confidentialité des informations auxquelles ses droits lui donnent accès.

Lorsqu'un contrôle est effectué sur les données stockées ou transmises, le CHBA s'engage à le réaliser dans le respect des principes de finalité, de proportionnalité et de transparence tels que prévus dans la législation en vigueur.

Lors du changement d'un poste de travail informatique ou de l'évolution d'une configuration, la DSIT s'engage à détruire l'ancien disque dur ou à l'épurer de l'ensemble des données qu'il contient.

La DSIT informe les utilisateurs de toute intervention technique susceptible de perturber ou d'interrompre l'utilisation habituelle des systèmes informatiques et de télécommunication.

Des outils de prise de main à distance sont mis en œuvre pour réparer ou assister à distance l'utilisateur. La prise de main à distance ne peut s'opérer qu'après information et accord téléphonique préalable de l'utilisateur.

Aucune exploitation de données à des fins autres que celles liées au bon fonctionnement des applications et à la sécurité des informations dont les administrateurs systèmes, applicatifs, réseaux et télécommunication peuvent avoir connaissance dans l'exercice de leurs fonctions ne saurait être opérée, d'initiative ou sur ordre hiérarchique.

Tenus au secret professionnel, les administrateurs systèmes, applicatifs, réseaux et télécommunication ne doivent pas divulguer des informations qu'ils auraient été amenés à connaître dans le cadre de leurs fonctions, et en particulier lorsque celles-ci sont couvertes par le secret des correspondances, le secret médical ou relèvent de la vie privée des utilisateurs et ne mettent en cause ni le bon fonctionnement technique des applications, ni leur sécurité, ni l'intérêt du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Les données nominatives ne doivent pas faire l'objet d'une information auprès d'autres interlocuteurs, ou être utilisées pour une quelconque action en dehors d'une requête judiciaire. Ils ne sauraient non plus être contraints de le faire, sauf disposition législative particulière en ce sens.

VIII – CONTRÔLES

La DSIT met en œuvre des fichiers de journalisation des connexions qui permettent d'identifier et d'enregistrer toutes les connexions ou tentatives de connexion à un système automatisé d'informations. Ces fichiers traces n'ont pas pour vocation première le contrôle des utilisateurs. Ils constituent des mesures de sécurité.

La DSIT établit périodiquement des statistiques globales d'utilisation d'Internet dans l'établissement. La DSIT réalise également des statistiques téléphoniques ponctuelles afin de maîtriser les coûts des communications de l'établissement.

IX – SANCTIONS

Pour des motifs purement techniques liés à la recherche d'un fonctionnement optimal et à la sécurité générale du réseau informatique, notamment en cas de tentative d'intrusion ou d'encombrement par transfert de fichiers en grand nombre, la DSIT se réserve la possibilité de détruire les messages adressés par l'extérieur ou à destination de l'extérieur, d'interdire ou de limiter les accès à Internet.

Les utilisateurs sont responsables de l'utilisation qu'ils font des ressources mises à leur disposition. La DSIT se réserve toutefois le droit, en cas de manquement aux règles précitées, de déconnecter un utilisateur sans préavis ou de neutraliser tout fichier manifestement illégal, voire de clore ses accès au Système d'Information sur demande du directeur.

La DSIT a la possibilité d'appliquer des mesures de sauvegarde en urgence :

- informer l'utilisateur, le déconnecter, avec ou sans préavis selon la gravité de la situation,
- isoler ou neutraliser provisoirement toute donnée ou fichier manifestement en contradiction avec la charte ou qui mettrait en péril la sécurité des systèmes informatiques,
- prévenir le responsable hiérarchique de l'utilisateur en infraction,
- informer le Directeur du CHBA par l'intermédiaire du Directeur des Systèmes d'Information.

X – CADRE LÉGAL

L'utilisation des systèmes informatiques et de télécommunication du CHBA doit être conforme aux dispositions législatives en vigueur et notamment à :

- le Code du Travail
- la Loi sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992,
- la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004,
- le Code Civil,
- le Code de la propriété intellectuelle,
- le décret de confidentialité du 15 mai 2007,
- le Règlement Européen sur la protection des données personnelles (RGPD).

La Direction du CHBA peut être amenée à engager une procédure pénale, civile ou disciplinaire à l'encontre de tout utilisateur ayant commis des manquements à l'une des obligations mentionnées dans la présente charte de bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication et à informer le Procureur de la République des infractions commises.

Annexes :

Annexe 1 : Déclaration d'engagement à respecter la charte de bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Déclaration d'engagement à respecter la charte de bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication (*)

Je, soussigné(e), *Nom Prénom (matricule)* exerçant en qualité de *Fonction* déclare avoir pris connaissance de la charte de bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, et m'engage à respecter les dispositions légales en la matière et les règles édictées par le CHBA dans cette charte.

Cet engagement vaut pour la durée de mon exercice au CHBA.

Fait à Vannes/Auray, le

Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

(*) Note : la charte de bon usage des systèmes informatiques et de télécommunication et les textes de loi la régissant sont consultables sur le site Intranet du CHBA.

Exemplaire à transmettre au secrétariat de la DRH/DAM.

Annexe 2 : Formulaire de demande d'accès

Demande d'accès aux systèmes informatiques et de télécommunication
(Formulaire à adresser au secrétariat de la Direction des Systèmes d'Information Territoriale)

Demander

Nom, Prénom : Fonction : N° téléphone :
Service/UF : Date de la demande : / /

Bénéficiaire de la demande

Nom, Prénom : N° téléphone à contacter :
Service/UF : N° Inventaire Poste de Travail :

Fonction : Médecin Infirmière Cadre
 Secrétaire médicale Aide-soignant(e) Autre : préciser

Demande

Date d'effet : / /

<input type="checkbox"/>	Création de code d'accès au réseau et aux applications métier
<input type="checkbox"/>	Modification d'accès au réseau et aux applications métier (agent déjà en fonction au CHBA) Préciser ancienne affectation : Service / UF : Nom/Prénom de la personne remplacée :
<input type="checkbox"/>	Suppression de code d'accès au réseau et aux applications métier <input type="checkbox"/> Départ définitif <input type="checkbox"/> Départ formation <input type="checkbox"/> Autre :

Réponse DSIT

<input type="checkbox"/>	Création de code d'accès au réseau et aux applications métier		
Application	Login	Mot de passe	Remarques

<input type="checkbox"/>	Suppression de code d'accès
--------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/>	Modification de code d'accès au réseau et aux applications métier		
Application	Login	Mot de passe	Remarques

Date de réalisation : / /

Intervenant :

ANNEXE 9

Charte de Fonctionnement du bloc opérateur

1. DÉFINITION DE LA CHARTE DE BLOC OPÉRATOIRE

Ce document est un acte constitutionnel définissant les règles de fonctionnement du bloc opératoire. Elle s'applique aux blocs opératoires (vert et bleu).

La charte s'inscrit dans la démarche qualité et dans les valeurs défendues par le CHBA :

- **Qualité**
- **Sécurité**
- **Responsabilité**
- **Respect**
- **Bienveillance**

Elle a pour objectif :

- de définir les conditions de fonctionnement nécessaires et suffisantes pour garantir la qualité des soins dispensés au bloc opératoire dans le respect des intérêts du patient et du personnel.
- de coordonner et de faciliter l'exercice professionnel des personnels médicaux et paramédicaux.

Elle s'applique à l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux et toutes personnes susceptibles d'entrer au bloc opératoire.

Elle a été élaborée en collaboration avec les représentants des intervenants concernés afin que son application puisse être respectée et défendue par tous.

Elle est validée par le conseil de bloc opératoire et présentée en CME.

Elle est révisée tous les ans par le conseil de bloc et réactualisée le cas échéant.

2. RAPPEL DES COMPORTEMENTS ÉLÉMENTAIRES

2.1. Règles générales de comportement

La sécurité dépend non seulement du strict respect des normes et procédures ordonnées mais également du comportement de chaque intervenant au bloc opératoire qui est déterminant dans la démarche qualité et dans la prévention des risques.

Il incombe à chacun des acteurs intervenant au bloc opératoire de se soumettre aux règles suivantes :

- **Ponctualité** : les intervenants médicaux et paramédicaux du bloc opératoire doivent respecter les horaires prévus par le programme opératoire.
- **Discrétion** : dans ses actes, paroles et déplacements.
- **Respect (des personnes, du matériel, de l'intimité des patients)** : il est dû envers TOUS, sans exception, en toutes circonstances !
- **Rigueur** : elle est exigée de TOUS dans le comportement, dans l'application et le respect des protocoles et des procédures établis.
- **Esprit d'équipe** : chaque acteur intervient à un moment précis dans le processus de prise en charge du patient. Chaque maillon est indispensable à la chaîne de la qualité globale et chacun doit veiller à favoriser l'esprit d'équipe et d'entraide.
- **Honnêteté** : cela signifie de savoir signaler et reconnaître ses limites, ses erreurs ou ses manques afin de s'intégrer personnellement dans une dynamique de maîtrise des risques, et d'évolution des compétences.

Il est rappelé que toute personne travaillant en établissement de santé est tenue :

- À une **obligation du secret professionnel**
- À un **devoir de confidentialité**
- À un **devoir de réserve**

L'encadrement du bloc opératoire s'engage à communiquer un exemplaire de la charte de bloc à tout nouvel arrivant afin qu'il puisse en prendre connaissance.

2.2. Modalités d'entrée, de déplacement et de sortie du personnel et des patients

L'accès au bloc opératoire est strictement réservé aux intervenants médicaux et paramédicaux de bloc.

Il est autorisé aux visiteurs médicaux et aux personnes extérieures sous réserve de l'accord de l'encadrement du bloc opératoire et du praticien concerné. Pour des essais de matériel, ceux-ci doivent être validés au préalable par le pharmacien ou le Biomédical. Le représentant légal de l'enfant opéré peut accéder en salle de transfert, ou en SSPI, en accord des équipes.

Toute personne entrant au bloc opératoire doit revêtir la tenue réglementaire. (Cf. : procédure hygiène). Elles sont mises à disposition dans les vestiaires du bloc.

Sauf circonstances de soins particulières, toute entrée au bloc opératoire impose le port d'une tenue et des sabots de bloc propre. L'accès au self et à l'internat se fait systématiquement en tenue de ville ou tenue blanche.

2.3. Règles d'hygiène des intervenants médicaux et paramédicaux

- Les bijoux sont interdits : colliers fantaisie apparents, boucles d'oreilles longues, bagues y compris alliance
- Les ongles doivent être courts, propres et sans vernis.
- Les cheveux doivent être propres et attachés. Une coiffe couvrira et enfermera tous les cheveux.
- Un lavage hygiénique des mains est OBLIGATOIRE avant d'accéder aux blocs opératoires selon protocole en vigueur dans l'établissement.
- Le lavage des mains obéit à des protocoles : fréquence, produit et temps de contact, avant l'entrée au bloc, et avant et après chaque geste de soin.

2.4. Règles de radioprotection des patients et des personnels

Les règles de radioprotection doivent être connues et respectées. Les personnels du bloc doivent s'inscrire aux formations dispensées par l'établissement (tous les 3 ans - radioprotection des travailleurs - et tous les 10 ans – radioprotection patients).

2.4. Règles générales au sein du bloc opératoire

➤ Accès des patients

La préparation du patient pour l'entrée en salle de transfert se réalise selon le protocole en vigueur (Cf. protocole de préparation de l'opéré) sauf exception.

Les patients doivent entrer en salle d'intervention : déshabillés, vêtus d'une chemise de bloc, cheveux couverts, sans bijou ni effets personnels et porteur du bracelet d'identification.

➤ **Matériel piquant coupant tranchant**

Les intervenants médicaux et paramédicaux sont responsables du matériel coupant, tranchant et des aiguilles qui sont sur leurs champs opératoires. Ils doivent veiller personnellement ou déléguer à leurs aides opératoires à la centralisation, et l'élimination de tous ces objets, dans les conteneurs OPCT prévus à cet effet.

➤ **Propreté de la salle d'intervention**

Les intervenants médicaux et paramédicaux doivent veiller à jeter les compresses et les éléments souillés dans les baquets réservés à cet effet afin de limiter la contamination de la salle d'opération. Le tri des déchets doit être respecté au regard des protocoles (Cf. procédure d'élimination des déchets).

➤ **Changement de casaques, gants et de masques**

Le port et changement de masque :

Le port de masque est obligatoire et permanent en salle d'opération, de pré-anesthésie, dans l'aire de lavage chirurgical des mains et même hors présence de patients en salle d'opération. Le port de masque est efficace s'il couvre le nez et la bouche. Il doit être changé :

- Au moins toutes les 3 heures
- En cas de souillures et de projections
- A chaque fois qu'il a été touché et/ou mis à hauteur du cou.

Le port et changement de casaque :

Le port de la casaque chirurgicale se fait en salle d'opération et toute personne sortant d'une salle d'opération doit avoir retiré sa casaque chirurgicale et ses gants chirurgicaux.

Le changement de gants :

Les gants doivent être changés régulièrement en cours d'intervention afin de respecter l'asepsie de chaque temps opératoire ainsi que d'éviter l'apparition de micro-trous. Il est recommandé d'avoir un double gantage durant l'intervention.

3. CONDITIONS GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT

3.1. Structures du bloc

Bloc Vert :	Bloc Bleu
8 salles d'intervention 1 salle de transfert 1 SSPI de 9 postes	5 salles d'intervention 1 salle de pré anesthésie 1 SSPI de 12 postes (9 ouverts) 1 zone de traitement des endoscopes

3.2. Principes généraux de fonctionnement du bloc opératoire

Le bloc opératoire assure:

- La préparation des interventions conformément aux protocoles opératoires et aux règles d'hygiène en vigueur.
- Les actes para médicaux et médicaux en pré, per et post opératoires immédiats conformément à la réglementation en vigueur.
- La réalisation et la traçabilité de la check-list conformément aux recommandations de l'HAS.
- La réalisation des actes opératoires.
- L'acheminement des différents prélèvements selon la procédure.

- La surveillance post interventionnelle jusqu'au rétablissement définitif des fonctions vitales (sauf transfert du patient en unités de réanimation ou de soins intensifs)
- La préparation et la distribution des produits, médicaments, et matériels nécessaires à la réalisation des fonctions précitées, de même que le stockage indispensable à leur disponibilité.
- La gestion des dispositifs médicaux implantables, conformément à la législation en vigueur et en lien avec la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur).

Principes d'organisation :

- Le bloc vert assure les urgences 24h/24 et 7j/7 (Cf. 4. et 5.)
- Le même niveau de sécurité est assuré dans les 2 blocs.
- Toutes les chirurgies sont possibles dans les 2 blocs (hors césarienne) selon tout type d'hébergement ou modalité d'hospitalisation. Cependant :
 - les chirurgies les plus lourdes, nécessitant possiblement transfusion massive, système de récupération du sang ou encore transfert en réanimation, doivent être réalisées dans la mesure du possible dans le bloc vert
 - les chirurgies orthopédiques prothétiques sont réalisées dans le bloc vert
 - Les patients opérés au bloc bleu doivent préférentiellement être hospitalisés en ACA ou en HDS
 - Les arbitrages sont faits par la cellule de programmation
- L'ouverture des salles du bloc est effectuée tous les matins. Elles doivent être opérationnelles à 8h15.
- Les premiers patients doivent être rentrés en salle à 8h25, après que la Visite Pré-Anesthésique ait été faite.
- Une salle dédiée à la Césarienne urgente doit toujours être disponible (salle1). Si la salle 1 est occupée, une autre salle doit être rendue disponible dans les plus brefs délais
- 1 seule césarienne programmée est possible par jour de 8h45 à 10h.
- Personnels :
 - 1 MAR pour 2 salles d'opération et 1 IADE par salle.
 - En salle d'opération : 2 Infirmières de bloc par salle (hors locale et sites) sauf Césariennes (1 seule) puisqu'un interne est disponible 24h/24 et 7j/7 pour cet acte.
 - 1 IADE est posté obligatoirement en SSPI. Le nombre maximum de patients par IADE ou IDE est de 3. Au-delà, chaque salle doit attendre l'autorisation de la SSPI pour sortir son patient de la salle d'opération. Et si besoin, l'IADE reste avec son patient.
 - La spécificité des vacations de pédiatrie (prise en charge de plusieurs « tout petits » entre 1 et 5 ans en ORL ou chirurgie pédiatrique) est prise en compte. 1 renfort IADE en SSPI est positionné à partir de 4 enfants programmés, le MAR étant dédié à cette salle.
 - 1 MAR dédié au bloc bleu assure la prise en charge en SSPI jusqu'à 18h30. Passé cette heure, les patients nécessitant la poursuite d'une surveillance continue post-opératoire seront transférés en SSPI du bloc vert ou aux soins intensifs.

3.3. Les acteurs du bon fonctionnement du bloc opératoire

Le conseil de bloc est l'instance de pilotage du bloc opératoire et a pour rôle d'assurer l'application de la charte. Au quotidien, le chef de bloc et les cadres organisent le

fonctionnement du bloc opératoire et la mise en œuvre des décisions prises en conseil de bloc, en lien avec le CoPil Bloc.

Le CoPil bloc aide le **Chef de bloc** à organiser au quotidien le fonctionnement du bloc opératoire et la mise en œuvre des décisions du conseil de bloc. Il analyse les événements indésirables graves qui lui sont déclarés, assure la mise en œuvre des actions immédiates et propose des plans d'action au conseil de bloc. En cas de litige, tout intervenant peut faire appel au CoPil bloc soit par la messagerie professionnelle, soit en s'adressant à l'encadrement du bloc. Le CoPil bloc se compose :

- De l'encadrement du bloc : chef de bloc (ou CCP), cadre IADE, cadre IBODE
- Des responsables médicaux : des Présidents du conseil de Bloc et chef de pôle

La cellule de programmation est l'instance pluri-professionnelle qui valide le programme opératoire de la semaine suivante. Son but est de répondre le mieux possible à la demande de programmation, d'utiliser les salles de façon optimale (prévision du matériel spécifique et des moyens humains nécessaires) et d'éviter les débordements. Elle alerte en cas de difficulté potentielle et aide les intervenants à trouver des solutions. Elle se tient le Jeudi matin de la semaine S-1 à partir de 11h. La programmation par les chirurgiens est donc possible jusqu'au jeudi à 10h.

La cellule de programmation se compose de :

- 1 médecin : Anesthésiste ou Chirurgien selon disponibilité
- L'encadrement du bloc : chef de bloc, cadre IADE, cadre IBODE
- Les IBODE : référentes logistique et coordinatrice du bloc bleu
- La secrétaire du bloc
- Services partenaires : Le cadre du secteur ambulatoire, Le cadre de stérilisation

Un régulateur des urgences gère en première ligne le déroulement des vacations d'urgences. Il fait le lien avec les services et organise le programme opératoire.

4. DÉFINITION DES PLAGES HORAIRES

- ✚ Le bloc opératoire VERT est ouvert 7 jours sur 7 et 24h sur 24 pour les urgences, avec une SSPI opérationnelle.
- ✚ Les jours ouvrés, les 2 blocs ouvrent à 8h, la SSPI bloc bleu ferme à 19h00.
- ✚ Vacation opératoire :
 - Vacation longue avec 1 seul praticien : 8h25 (entrée du patient en salle) à 17h30 (sortie du patient de salle)
 - Vacation longue partagée par 2 praticiens (ou +) :
 - 8h25 (entrée du patient en salle) à 13h00 (sortie du patient de salle)
 - 13h25 (entrée du patient en salle) à 17h30 (sortie du patient de salle)
 - Vacation courte (matin) : 8h25 (entrée du patient en salle) à 13h30 (sortie du patient de salle)
- ✚ Au bloc VERT après 17h30, l'activité d'urgence peut être poursuivie sur 2 salles jusqu'à 19h30. Après 20h, une seule salle de chirurgie est ouverte pour assurer le code rouge ou l'urgence extrême.
- ✚ **Les médecins de chaque salle doivent tout mettre en œuvre pour respecter les horaires de fermeture.**
- ✚ L'entrée du patient se fait après la validation de la visite pré-anesthésique signalée par l'outil informatique, qui doit être réalisée au plus tard à 8h15.

Des réunions de bloc sont organisées 10 fois par an, de 8h00 à 9h30. Par conséquent, les horaires d'installation sont décalés d'une heure trente minutes ces jours-là.

5. ORGANISATION DES GARDES ET ASTREINTES

5.1. Planification des gardes et astreintes des praticiens

Le tableau prévisionnel des gardes et astreintes médicales par spécialité est affiché dans chaque bloc.

5.2. Organisation de la présence para médicale la nuit, le week-end et jours fériés

En poste la nuit de 20h00 à 8h00 :	2 IADE 2 IBODE/IDE
En poste la nuit de 21h00 à 7h00 :	1 AS
En poste le week-end et jour férié :	2 IADE de 8h00 à 20h00 1 IADE de 10h00 à 18h00 2 IBODE/IDE de 8h00 à 20h00 1 IBODE/IDE de 9h00 à 18h00 1 AS de décontamination de 9h00 à 21h00 1 AS BLOC de 6h45 à 18h45 1 AS brancardier de 9h00 à 17h00
D'astreinte la nuit et le week-end :	2 IBODE/IDE pour PMO, qui peuvent être sollicités en cas de situation de suractivité au bloc, sur validation de l'administrateur de garde.

5.3. Fonctionnement de base et modalité d'ordonnancement des urgences

Les entrées en salle d'opération se font avec l'accord de tous les acteurs. Selon la présence ou non d'un interne « aide opérateur » et la lourdeur de l'intervention, 2 salles d'urgences (hors césarienne) peuvent fonctionner en même temps les WE et jours fériés de 8h30 à 17h30. Ce fonctionnement n'est possible qu'avec l'accord de tous les acteurs, et doit permettre qu'1 IBODE et 1 IADE se libèrent sans délai pour une césarienne urgente.

Les patients de la SSPI doivent être surveillés par un IADE ou un MAR.

L'ordre de passage des urgences au bloc, se fait en concertation entre les praticiens (MAR et chirurgiens) au regard des effectifs para médicaux nécessaires et disponibles et des degrés d'urgence des patients.

Le code rouge césarienne est prioritaire.

6. PLANIFICATION, REALISATION, SUIVI DU PROGRAMME OPÉRATOIRE

6.1. Attribution des vacances

Une nouvelle allocation des vacances a été faite pour l'ouverture de « Blocs 2017 » le 25/09/2017 et est en annexe. Il est défini 3 périodes de fonctionnement : 36 semaines (période normale) 9 semaines (fermeture partielle du bloc) et 7 semaines (fermeture complète du bloc bleu).

Les plages opératoires sont fixées par le Conseil de bloc pour une durée d'1 an de Novembre à Novembre. Elles sont attribuées à chaque spécialité en fonction des besoins pour réaliser leur activité chirurgicale. L'attribution des salles correspond, a priori, aux nécessités techniques d'une chirurgie donnée. Elle ne constitue pas un droit de propriété.

Le Conseil de bloc et le CoPil Bloc suivent les indicateurs d'activité pour ajuster l'offre de vacations aux besoins.

- Temps Réel d'Occupation de Salle (TROS) et TROS 24h pour l'activité d'Urgence
- Temps de Vacation Offert (TVO)
- Par spécialité et par salle sont suivis
 - TROS/TVO
 - TVO théorique / TVO effectué (après redistribution ponctuelle de vacation)

Les objectifs sont :

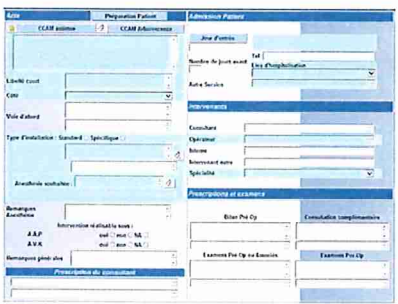
- TROS/TVO compris entre 85 et 90% par salle et par spécialité
- TVO effectué / TVO théorique = 1

Ces indicateurs sont suivis de façon hebdomadaire en lien avec la cellule d'analyse de gestion de la Direction, et un bilan selon les périodes est présenté en conseil de bloc. La non-atteinte des objectifs est de nature à questionner l'offre de vacation.

6.2. Programmation des interventions

Chaque chirurgien ou secrétaire de la spécialité programme **obligatoirement** l'intervention sur l'outil informatique (Blocqual).

L'information doit comporter les renseignements ci-après :

	<ul style="list-style-type: none"> - L'identité complète du patient (nom, prénom, date de naissance) - Le nom du praticien responsable = nom de l'opérateur - Le motif de l'intervention + la latéralité + la durée de l'intervention - Le type d'hospitalisation : hospitalisation, ambulatoire, externe, séance ou urgence - La date de l'intervention souhaitée - Le lieu d'intervention (bloc vert ou bleu) - Le type d'anesthésie envisagé <p>Dans la partie équipement : préciser les spécificités de matériel, installation, les besoins en équipement (ampli, laser, ...) etc....</p>
---	--

Le CoPil Bloc est saisi en cas de difficultés liées à la programmation des interventions et trouve les solutions en lien avec les intervenants. Pour cela il utilise tous les moyens mis à sa disposition y compris la messagerie professionnelle.

Les intervenants du bloc s'engagent à lire leur messagerie professionnelle régulièrement pour se tenir informés d'éventuelles difficultés concernant leurs vacations opératoires.

6.3. Régulation journalière du programme opératoire

Le programme opératoire est validé la veille par l'encadrement.

6.4. Réalisation du programme

La procédure de check-list du patient au bloc opératoire doit être effective pour chaque intervention. Elle est sous la responsabilité conjointe du chirurgien et de l'anesthésiste. L'ensemble des personnels de la salle doivent participer à son remplissage (Médecin, IADE et IBODE/IDE).

6.5. Planification des urgences

➤ Urgences non vitales

Elles seront incluses dans les vacations d'urgences sur deux salles d'interventions : l'une en priorité pour l'ortho-traumatologie et l'autre en priorité pour les autres spécialités (**selon une chronologie établie par le régulateur des vacations d'urgences en concertation entre les chirurgiens et l'anesthésiste**). Elles peuvent aussi s'ajouter dans des salles d'activité programmée en tenant compte des disponibilités.

A l'ouverture de Blocs 2017, les demandes d'interventions en urgence doivent être faites le plus rapidement possible par tous les moyens qui sont mis à disposition :

- Appel téléphonique aux heures ouvrables à la régulation des salles d'urgence, et à l'anesthésiste de garde en dehors de ces heures
- Remplissage systématique de la feuille « bleue » qui précise les besoins en matériel et autres contraintes techniques, et affichage de cette feuille au bloc opératoire sur le « tableau d'urgence »

La saisie de l'intervention (patients issus des urgences ou hospitalisés) dans le logiciel blocqual se fait, dès que connue.

Toute intervention pouvant répondre à une prise en charge ambulatoire doit être priorisée.

L'objectif à court terme (2018-2019) est l'informatisation de la demande d'intervention en urgence (disparition de la « feuille bleue »).

➤ Urgences obstétricales

Les césariennes en urgence, quel que soit le code, seront réalisées dans les salles dédiées (salles 1 et 3). En cas de césarienne urgente, une salle d'opération doit être maintenue disponible en cas de code rouge.

➤ Urgences vitales

Les urgences vitales sont réalisées sans délai. L'arrivée d'une urgence vitale en cours de programme opératoire entrainera l'interruption de celui-ci dans la salle libérée le plus rapidement, si les deux salles d'urgences sont occupées.

6.6. Suivi et affichage des indicateurs de fonctionnement

Suivi hebdomadaire

- Volume d'activité quotidien
- Respect des heures de début et de fins de vacation

Réalisation d'audit régulier des pratiques professionnelles

Affichage après communication en Conseil de Bloc

- TROS/TVO
- TVO eff. / TVO th.

6.7. Gestion des débordements

Le respect du programme opératoire tel qu'élaboré par la cellule de programmation permet de respecter les horaires.

La modification du programme pré-établi est possible avec l'accord de l'équipe en salle. Le respect de la plage horaire globale doit être intégré dans la discussion.

Malgré tout, si un débordement survient, il faut faire le maximum pour opérer les derniers patients sans déroger aux règles de sécurité du bloc opératoire (accepter le débordement).

Pour ce faire, quelques repères :

- Au bloc vert, une des 2 vacations d'urgence sera fermée en cas de débordement du programme.
- Au bloc bleu la limite de fermeture de la SSPI à 19h doit être prise en compte. Les transferts en SSPI bloc vert sont possibles mais doivent être exceptionnels (notamment en ce qui concerne les patients intubés/ventilés).

Il est possible le cas échéant d'annuler/reporter la ou les dernières interventions. Cette décision doit être collégiale (opérateur, anesthésistes et cadre). L'anesthésiste et l'opérateur sont responsables de la communication de la décision au patient.

6.8. Non-respect des horaires de prise en charge

Le respect des plages horaires (début et fin de vacations ou temps entre 2 interventions), par tous les professionnels médicaux et para médicaux, est fondamental. Il permet le bon fonctionnement de l'ensemble du bloc opératoire. Il est un élément majeur de la qualité de vie au travail. En cas de non-respect répété, le CoPil Bloc analysera les causes et procédera aux éventuelles améliorations organisationnelles. Il rencontrera les intervenants si nécessaire, et un rappel de la charte de bloc sera effectué. Si les écarts persistaient malgré tout, le CoPil bloc pourra alors proposer au Conseil de bloc les mesures à mettre en œuvre pour obtenir le respect des horaires.

6.9. Vacance des plages opératoires

Des « référents plannings » sont identifiés par spécialité et doivent informer le secrétariat du bloc, le plus tôt possible, de l'organisation souhaitée pour chaque période de vacances scolaires. L'échéance pour annoncer le maintien des vacations pour une période de vacances scolaires, est posée pour le 1er jour des vacances scolaires précédentes. En cas de non confirmation, une suppression de vacations pourra être réalisée pour une meilleure organisation du bloc.

Le conseil de bloc détermine alors le planning de fermeture partielle ou totale des blocs et l'organisation des vacations durant cette période. Ceci doit être fait au moins 3 mois à l'avance.

Les opérateurs doivent prévenir le secrétariat du bloc au moins 3 semaines à l'avance toute vacance ponctuelle de leurs plages opératoires, afin de permettre :

- D'attribuer le créneau ainsi libéré à un autre chirurgien.
- D'optimiser les ressources humaines, cette **anticipation est un facteur essentiel aux bonnes conditions de travail du personnel.**

Le CoPil bloc décide de la suppression ou de la réattribution des vacations ainsi libérées.

7. QUALITE ET GESTION DES RISQUES

7.1. Analyse a priori

Le CoPil Bloc actualise la cartographie des risques annuellement en lien avec La Direction Qualité. Pour se faire, il fait appel au personnel qu'il juge nécessaire selon les thèmes abordés.

7.2. Analyse a posteriori

Le signalement de tout dysfonctionnement est un élément indispensable à l'amélioration permanente et continue de la qualité des soins prodigués. Le signalement de tout dysfonctionnement s'intègre dans l'évaluation des pratiques professionnelles et la certification de nos établissements. C'est l'un des principes élémentaires d'une démarche qualité. Son but est de :

- Reconnaître, identifier
- Analyser, comprendre,
- Apporter une solution d'amélioration,
- Evaluer les actions proposées,
- Adapter les consignes.

Tous les dysfonctionnements générateurs de difficultés de gestion, d'insécurité, de dérive du bon fonctionnement du bloc opératoire doivent être déclarés à l'encadrement. Les événements les plus graves seront analysés par le CoPil bloc qui constitue le CREX (Comité de retours d'expériences) du bloc. Le CoPil bloc met en place les mesures immédiates qu'il juge nécessaire et fait le retour d'expérience au Conseil de bloc qui valide les plans d'action.

Ce document a été présenté et approuvé par le Conseil de bloc

Il sera remis à tous les intervenants du bloc opératoire et sera signé par eux.

Dr THIEBOT
Coprésident du
Conseil de bloc

Dr SOLTNER
Coprésident du
Conseil de bloc

Dr PEPION
Chef de Pôle

Mr LE ROUX
Cadre
Coordonnateur
de Pôle

Mme CHEMIN
Cadre de santé,
Anesthésie

Mr HENO
F-f Cadre de
santé, Bloc
opératoire

Le 29/03/18

Le 30/03/18

Le 29/03/18

Le 29/03/18

Le 29 mars
2018

Le 29/03/2018

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature

Signature