

REGLEMENT INTERIEUR

Centre Hospitalier
Intercommunal du Pays
du Revermont

SOMMAIRE

INTRODUCTION

5

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

6

CHAPITRE 1 : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE	8
Art. 1 Composition (Art L6143-5, L6143-6, R6143-2)	8
Art. 2 Nomination des membres (Art R6143-4)	8
Art. 3 Fonctionnement (Art R6143-8 à R6147-16)	9
Art. 4 Rôle (Art L6146-1)	10
CHAPITRE 2 : LE DIRECTEUR ET LE DIRECTOIRE	11
Art. 5 Le directeur (Art L6143-7)	11
Art. 6 Missions du directeur (Art L6143-7)	11
Art. 7 Pouvoir de nomination (Art L6143-7)	11
Art. 8 Autorité (Art L6143-7)	11
Art. 9 Signature (Art L6143-7, D6143-33 à D6143-35)	11
Art. 10 Compétences du directeur, président du directoire (Art L6143-7)	11
Art. 11 Le directoire (Art L6143-7-4)	12
Art. 12 Composition du directoire (Art L6143-7-5, D6143-35-1 à D6143-35-4)	12
CHAPITRE 3 : LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)	13
Art. 13 Composition (Art L.6144-3)	13
Art. 14 Nomination du président (Art R.6144-5 CSP)	13
Art. 15 Fonctionnement (Art R.6144-6 CSP)	14
Art. 16 Attributions (Art R.6144-1, R.6144-2 CSP)	14
Art. 17 Le président de la CME, vice-président du directoire (Art R.6144-5, D.6143-37 à D.6143-37-5 CSP)	15
CHAPITRE 4 : LE COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT (CTE)	16
Art. 18 Composition (Art R.6144-42 à R.6144-67 CSP)	16
Art. 19 Fonctionnement (Art L.6144-4, R.6144-69 à D.6144-81 CSP)	16
Art. 20 Compétences (Art R.6144-40 CSP)	17
Art. 21 Dispositions communes à la Commission Médicale d'Etablissement et au comité technique d'établissement (Art R.6144-82 à D.6144-85)	17
CHAPITRE 5 : LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUES	18
Art. 22 Composition (Art L.6146-9, R.6146-10 à R.6146-16)	18
Art. 23 Fonctionnement (Art R.6146-14 à R.6146-16 CSP)	18
Art. 24 Attributions (Art R.6146-10)	18
CHAPITRE 6 : LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHS-CT) (ARTICLES TIRES DU CODE DU TRAVAIL)	19
Art. 25 Composition (Art R.4613-5 CSP)	19
Art. 26 Fonctionnement (Art R.4614-2 à R.4614-5 CSP)	19
Art. 27 Attributions (Art L.4612-1 à L.4612-7 CSP)	20
CHAPITRE 7 : LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES	20
Art. 28 Les commissions administratives paritaires locales (CAPL) (Décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010)	20

L'ORGANISATION MEDICALE

22

Art. 29 Déontologie	23
CHAPITRE 1 : ORGANISATION MEDICALE	23
Art. 30 Les pôles (Art L.6146-1 CSP)	23
Art. 31 Les chefs de pôle (Art D.6146-1 à R.6146-9 CSP)	23
Art. 32 Contrat et projet de pôle (Art L.6146-1, R.6146-1 CSP)	24
Art. 33 Structures internes, services, ou unités fonctionnelles (Art R.6146-4 et R.6146-5 CSP)	24
Art. 34 Le département d'information médicale (Art L.6113-7, R.6113-1 à R.6113-11 CSP)	24
CHAPITRE 2 : LES FONCTIONS MEDICALES (ART L.6152-1 CSP)	25
Art. 35 Fonctions du praticien hospitalier temps plein (Art R.6152-26 à R.6152-33 CSP)	25
Art. 36 Activité libérale des praticiens à temps plein (Art L.6154-1 à L.6154-7, R.6154-1 à R.6154-27 CSP)	26
Art. 37 Commission de l'activité libérale (Art L.6154-5, R.6154-11 à D.6154-17 CSP)	27
Art. 38 Praticiens exerçant à temps partiel (Art R.6152-201 à D.6152-277)	28
Art. 39 Praticiens contractuels (Art R.6152-401 à R.6152-420)	29
Art. 40 Assistants (Art R.6152-501 à R.6152-541)	30
Art. 41 Assistants associés (Art R.6152-538 à R.6152-542 CSP)	31
Art. 42 Praticiens attachés (Art R.6152-601 à R.6152-634 CSP)	32
Art. 43 Praticiens attachés associés (Art R.6152-632 à R.6152-635 CSP)	32
Art. 44 Internes et résidents (Art R.6153-1 à R.6153-40 CSP)	33
Art. 45 Faisant fonction d'interne (Art R.6153-4 à R.6153-45 CSP)	33

DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET A L'AMBULATOIRE	34
TITRE I. AMBULATOIRE	35
TITRE II. LES ADMISSIONS	35
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES (ART R1112-11 A R1112-23)	35
Art. 46 Mode d'admission	35
Art. 47 Pouvoir de l'ARS	35
Art. 48 Transfert	35
Art. 49 Information de la famille	35
Art. 50 Prise en charge des frais d'hospitalisation (Art R1112-24 à R1112-26)	35
CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS PARTICULIERES	36
Art. 51 Majeurs légalement protégés (Art L1112-37)	36
TITRE III. SECOURS D'URGENCE	36
Art. 52 Plan blanc (Art L3131-7)	36
Art. 53 Contenu du plan blanc (Art R3131-4, R3131-5)	36
TITRE IV. CONDITIONS DE SEJOUR	36
Art. 54 Régime d'hospitalisation	36
Art. 55 Accueil des malades	36
Art. 56 Livret d'accueil	37
Art. 57 Dépôt des objets (Art R1113-1 à R1113-9)	37
Art. 58 Majeurs protégés - Gestion de biens (Art R1112-37)	37
Art. 59 Information du malade sur les soins et sur son état de santé (Art R1111-1 à R1111-8)	37
Art. 60 Information des familles	38
Art. 61 Discrétion demandée par le malade (Art R1111-6)	38
Art. 62 Exercice du culte	38
Art. 63 Modalités d'exercice du droit de visite	38
Art. 64 Présence des visiteurs	39
Art. 65 Comportement des visiteurs	39
Art. 66 Comportements des hospitalisés – Désordres	39
Art. 67 Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital	39
Art. 68 Interdiction des gratifications et des dépôts	40
Art. 69 Hygiène à l'hôpital	40
Art. 70 Repas aux accompagnants	40
Art. 71 Nuitées des accompagnants	40
Art. 72 Restauration	40
Art. 73 Effets personnels	40
Art. 74 Service social	40
Art. 75 Courrier	40
Art. 76 Téléphone et télévision à disposition	40
Art. 77 Télévision et poste de radio personnels	40
TITRE V. SORTIES (ART R1112-56 A R1112-67)	41
Art. 78 Autorisations de sortie – Permissions	41
Art. 79 Formalités de sortie	41
Art. 80 Sortie contre avis médical	41
Art. 81 Sortie disciplinaire	41
Art. 82 Sortie après refus de soins	41
Art. 83 Sortie des malades à l'insu du service	41
Art. 84 Aggravation de l'état de santé	42
Art. 85 Transports	42
Art. 86 Questionnaire de sortie	42
Art. 87 Horaires de sortie	42
TITRE VI. PLAINTES ET RECOURS	42
Art. 88 La Commission des usagers (Art R1112-79 à R1112-94)	42
TITRE VII. RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET MALADES	43
Art. 89 Garde des informations concernant la santé des patients (Art R.1112-7)	43
Art. 90 Information du médecin traitant (Art R1112-6 CSP)	44
TITRE IX. MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES (ART R1112-68 A R1112-76-2)	44
Art. 91 Fin de vie	44
Art. 92 Constat du décès	44
Art. 93 Notification du décès	44
Art. 94 Indices de mort violente ou suspecte	45
Art. 95 Toilette, inventaire et transport des corps	45
Art. 96 Mesures de police sanitaire	45
Art. 97 Inhumation	45
Art. 98 Transport de corps à résidence avant mise en bière	45
Art. 99 Transport de corps après mise en bière	46

DISPOSITION RELATIVES AUX PERSONNELS

47

Art. 100 Assiduité et ponctualité du personnel.....	48
Art. 101 Exécution des ordres reçus.....	48
Art. 102 Droit de grève.....	48
Art. 103 Information du supérieur hiérarchique de tout incident	48
Art. 104 Conservation en bon état des locaux, des matériels et effets.....	48
Art. 105 Utilisation des matériels informatiques	48
Art. 106 Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades	48
Art. 107 Interdiction des pourboires.....	48
Art. 108 Interdiction d'exercer une activité privée lucrative.....	48
Art. 109 Identification du personnel	49
Art. 120 Tenue des personnels.....	49
Art. 121 Lutte contre le bruit et attitude envers les malades	49
Art. 122 Neutralité et laïcité du service public	49
Art. 123 Respect de la liberté de conscience et d'opinion	49
Art. 124 Accueil des familles	49
Art. 125 Envoi rapide des avis d'aggravation	49
Art. 126 Secret professionnel.....	49
Art. 127 Obligation de discrétion professionnelle.....	50
Art. 128 Respect du libre choix des familles.....	50
Art. 129 Interdiction des réunions publiques à la Communauté Hospitalière	50
Art. 130 Effets et biens personnels	50
Art. 131 Téléphone portable	50
Art. 132 Exposition aux rayonnements ionisants	50
Art. 133 Alcool et Stupéfiants	50

DISPOSITIONS DIVERSES

51

Art. 124 Règles de Sécurité Incendie.....	52
Art. 125 Animaux.....	52
Art. 126 Règles de circulation dans l'hôpital	52
Art. 127 Règles de sureté	52
Art. 128 Associations.....	52
Art. 129 Mise à disposition du règlement intérieur (<i>Art R1112-78</i>).....	53
Art. 130 Mise à jour du règlement intérieur	53

Introduction

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique.

Son siège est situé rue du Docteur Germain à Salins-les Bains. Il est soumis au contrôle de l'état, et pour partie au contrôle du Conseil Départemental du Jura.

Le CHIPR est constitué de plusieurs sites sur Arbois, Poligny, Salins-les-Bains et Sellières.

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont

en 5 chiffres clés

(Données 2018)

42 836
Journées
d'hospitalisation



155 900
Journées
d'hébergement



629
Professionnels



37 138 668 €
de budget
(en recettes)



615
Lits et places



MISSIONS (Art. 6111-1 du CSP)

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont a pour mission :

- De participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention
- De participer à la mise en œuvre des dispositifs destinés à garantir la sécurité sanitaire
- De participer à la prise en charge des personnes âgées dépendantes
- De développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité

- De procéder à l'évaluation de son activité
- De mener, en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale et médico-sociale
- De permettre la délivrance des soins palliatifs
- De développer une politique de lutte contre la douleur
- De proposer des soins de suite et réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion

Pour accomplir ses missions, il est organisé en pôles :

- Pôle EHPAD
- Pôle SSR
- Pôle médicotechnique
- Pôle logistique et administratif

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont exerce principalement ses missions au sein de la communauté de commune Arbois, Poligny, Salins Cœur du Jura :

Il est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service.

La dispensation de soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles (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 souffrance, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du CHIPR.

La continuité du service est assurée par une organisation adéquate sur le plan des soins et des relations avec les malades, les résidents et leurs proches, ainsi que dans le domaine technique.

PREMIERE PARTIE

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

L'organisation administrative

Du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont

CHAPITRE 1 : Le Conseil de surveillance

Art. 1 Composition (Art L6143-5, L6143-6, R6143-2)

Le conseil de surveillance du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont comporte 15 membres répartis de la manière suivante :

1° Au titre des représentants des collectivités territoriales :

- 2 représentants des communes ;
- 2 représentants de la communauté de communes d'Arbois, Poligny, Salins Cœur du Jura ;
- 1 représentant du Conseil Départemental du Jura ;

2° Au titre des représentants du personnel :

- a) un membre de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques, désigné par celle-ci ;
- b) deux membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement ;
- c) deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité Technique d'Etablissement ;

3° Au titre des personnalités qualifiées :

- a) deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche Comté;
- b) trois représentants des usagers désignés par le Préfet du Jura.

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

- 1° A plus d'un titre ;
- 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
- 3° S'il est membre du directoire ;
- 4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé, toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;
- 5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;
- 6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;
- 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Art. 2 Nomination des membres (Art R6143-4)

Les membres du conseil de surveillance sont nommés par arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche Comté.

Le directeur général de l'agence régionale de santé saisit à cet effet les autorités et instances appelées à siéger, à être représentées ou à désigner des membres au sein du conseil de surveillance.

Les membres du conseil de surveillance qui ne sont ni membres de droit ni personnalités qualifiées, sont désignés dans les conditions suivantes :

1° Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au conseil de surveillance tombe sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article 1 du présent règlement intérieur, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.

A défaut de désignation par les collectivités territoriales ou leurs groupements de leurs représentants dans un délai d'un mois après la saisine du directeur général de l'agence régionale de santé, le représentant de l'Etat procède à cette désignation ;

2° Les membres désignés par la Commission Médicale d'Établissement sont élus au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats ;

3° Le membre désigné par la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est élu, en son sein, à l'exclusion de son président (qui est membre de droit du Directoire). L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats ;

4° Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le directeur général de l'agence régionale de santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement, à l'occasion des élections au comité technique d'établissement.

Ainsi, le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.

Art. 3 Fonctionnement (Art R6143-8 à R6147-16)

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du conseil de surveillance prennent fin, son mandat prend également fin.

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

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

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

En cas de vacance des fonctions de président du conseil de surveillance et de vice-président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées.

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

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

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

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

Les convocations à la première réunion du conseil de surveillance sont adressées par le président du directoire.

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

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Dans ce cas, le conseil de surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une réunion ultérieure.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.

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

Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence du directeur de l'établissement.

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques. Les débats et délibérations revêtent un caractère confidentiel.

Le procès-verbal de la séance est adopté lors de la séance suivante et consigné sur le registre des délibérations.

Assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil de surveillance :

- Le vice-président du directoire
- Le directeur de l'agence régionale de santé
- Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie
- La personne chargée des questions d'éthique, si elle existe

Art. 4 Rôle (Art L6146-1)

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

1° Le projet d'établissement

2° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

3° 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 ;

4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

5° Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

6° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

— La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

— Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat

— Le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

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

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes. Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Art. 5 Le directeur (Art L6143-7)

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Art. 6 Missions du directeur (Art L6143-7)

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° de l'article 10 et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance (art. 4 du présent règlement intérieur). Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Art. 7 Pouvoir de nomination (Art L6143-7)

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre National de Gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la Commission Médicale d'Établissement, il propose au directeur général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques. L'avis du président de la Commission Médicale d'Établissement est communiqué au directeur général du Centre National de Gestion.

Art. 8 Autorité (Art L6143-7)

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Art. 9 Signature (Art L6143-7, D6143-33 à D6143-35)

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature.

Toute délégation doit mentionner :

1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;

2° La nature des actes délégués ;

3° Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation.

Ces délégations, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

Art. 10 Compétences du directeur, président du directoire (Art L6143-7)

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la Commission Médicale d'Établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d'Établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la VIème partie du CSP ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1;

- 9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- 10° Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location;
- 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- 12° Conclut les délégations de service public ;
- 13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- 14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- 15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3.
- 16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ;
- 17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.
- 18° Définit, après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

Art. 11 Le directoire (Art L6143-7-4)

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Art. 12 Composition du directoire (Art L6143-7-5, D6143-35-1 à D6143-35-4)

Le directoire est composé de SEPT membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical et pharmaceutique.

Il comporte des membres de droit :

- Le directeur, président du directoire ;
- Le président de la Commission Médicale d'Etablissement, vice-président du directoire;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- Des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le directeur sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le directeur peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

La durée du mandat des membres du directoire nommés par le président du directoire de l'établissement est de quatre ans. Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

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

I - Art. 13 Composition (Art L.6144-3)

En application de des articles L.6144-3 et suivants du code de la santé publique, la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont est composée des membres suivants :

- L'ensemble des chefs de pôles d'activités cliniques et médicotechniques,
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ;
- un représentant des internes par spécialité

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

- Le (la) président (e) du directoire ou son représentant
- Le (la) président (e) de la CSIRMT
- Le (la) praticien (ne) responsable de l'information médicale
- Le (la) représentant(e) du CTE, élu (e) en son sein
- Le (la) praticien (ne) responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- Un (e) représentant (e) des pharmaciens hospitaliers

Les représentants élus de personnels temporaires sont des personnels exerçant au moins 3 demi-journées hebdomadaires. Le nombre des représentants élus est au moins égal à la moitié des chefs de pôles. Si le nombre de chefs de pôles est impair, le nombre de représentants est arrondi à l'entier supérieur.

L'article L.6144-4 précise les modalités de désignation des membres de la CME.

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

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.

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

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

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement.

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

Art. 14 Nomination du président (Art R.6144-5 CSP)

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

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

Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

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

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la Commission Médicale d'Établissement, ses fonctions au sein de la Commission Médicale d'Établissement sont assumées par le vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Art. 15 Fonctionnement (Art R.6144-6 CSP)

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

Pour l'accomplissement de ses missions, la CME définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes.

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

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit 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 et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

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

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.

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

Art. 16 Attributions (Art R.6144-1, R.6144-2 CSP)

La Commission Médicale d'Établissement est consultée sur les matières suivantes :

- Le projet médical de l'établissement ;
- Le projet d'établissement ;
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;
- Les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

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

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

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

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

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

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale et médico-sociale ;
- L'évaluation de la prise en charge des patients ;
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- Le fonctionnement de la permanence des soins hospitaliers ;
- L'organisation des parcours de soins.

Dans ces matières, la Commission Médicale d'Établissement propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Le Président de la CME présente au directoire ce programme.

Pour assurer ces attributions, le président de la CME décide de la création des sous-commissions.

Art. 17 Le président de la CME, vice-président du directoire (Art R.6144-5, D.6143-37 à D.6143-37-5 CSP)

Le président de la Commission Médicale d'Établissement, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Établissement.

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

Le président de la Commission Médicale d'Établissement, vice-président du directoire, élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné conclu avec l'agence régionale de santé.

Il comprend notamment :

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

Le temps consacré aux fonctions de président de la Commission Médicale d'Établissement, vice-président du directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

Une indemnité de fonction est versée au président de la Commission Médicale d'Établissement, vice-président du directoire en application de l'arrêté du 30 avril 2010 fixant le montant et les modalités de

versement de l'indemnité forfaitaire de fonction au président de la Commission Médicale d'Établissement, vice-président du directoire.

Le président de la Commission Médicale d'Établissement, vice-président du directoire, dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions.

Une formation est proposée au président de la Commission Médicale d'Établissement à l'occasion de sa prise de fonction.

A sa demande, le président de la Commission Médicale d'Établissement peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales. Les modalités de cette formation sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Chapitre 4 : Le comité technique d'établissement (CTE)

Art. 18 Composition (Art R.6144-42 à R.6144-67 CSP)

Le Comité Technique d'Établissement du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont comprend des représentants du personnel non médical élus pour 4 ans regroupés dans un collège unique.

Il comporte un nombre égal de suppléants et un représentant de la Commission Médicale d'Établissement siège avec voix consultative.

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

Lors du renouvellement d'un Comité Technique d'Établissement, les nouveaux membres entrent en fonction à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Art. 19 Fonctionnement (Art L.6144-4, R.6144-69 à D.6144-81 CSP)

Le Comité Technique d'Établissement est présidé par le directeur. Celui-ci peut être suppléé par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

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.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

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

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.

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.

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

Lorsque l'ordre du jour 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.

Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire.

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

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 le 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.

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 vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement.

Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.

Les séances du comité ne sont pas publiques.

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

Les 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.

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.

Art. 20 Compétences (Art R.6144-40 CSP)

Le Comité Technique d'Etablissement est obligatoirement consulté sur :

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

Le 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 conclu avec l'agence régionale de santé, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses et des décisions de coopération.

Art. 21 Dispositions communes à la Commission Médicale d'Etablissement et au Comité Technique d'Etablissement (Art R.6144-82 à D.6144-85)

La Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

Lorsque la commission médicale ou le comité technique d'établissement ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune de ces instances, demander au directeur de leur fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission et du comité.

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

Un représentant du Comité Technique d'Etablissement et un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement assistent, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives de ces deux instances,

dans des conditions fixées par décret. La désignation de ces représentants procède d'un vote à bulletin secret de chacune des assemblées concernées.

Chapitre 5 : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

Art. 22 Composition (Art L.6146-9, R.6146-10 à R.6146-16)

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est présidée par la Directrice des Soins.

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

Les représentants élus constituent trois collèges :

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

Un représentant de la Commission Médicale d'Établissement participe aux séances de la commission avec voix consultative.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 23 Fonctionnement (Art R.6146-14 à R.6146-16 CSP)

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé.

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

La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents.

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

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte-rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques dans un rapport adressé au directoire.

Art. 24 Attributions (Art R.6146-10)

La commission est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des malades ;

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques ;
- 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.

Chapitre 6 : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHS-CT) (articles tirés du code du travail)

Art. 25 Composition (Art R.4613-5 CT)

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail comprend :

Des membres délibérants :

- Le directeur (ou son représentant) qui en assure la présidence
- Des représentants des personnels parmi lesquels est élu le secrétaire du CHS-CT
- Un représentant des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes

Des membres participant à titre consultatif :

Sont convoqués en tant que membres consultatifs :

- Le médecin du travail ;
- Le responsable du service sécurité ;
- L'inspecteur du travail ;
- Le contrôleur sécurité de la CARSAT ;
- Le responsable des services économiques ;
- La directrice des soins ;
- L'ingénieur ou le technicien chargé de l'entretien des installations
- Le praticien chargé de l'hygiène (cf. article R236-25 : 4° du code du travail) ;
- Un représentant de la CME.

Le renouvellement des représentants du personnel intervient dans un délai de trois mois à compter du renouvellement des commissions paritaires consultatives départementales. Le mandat est renouvelable. Lorsque, pendant la durée normale de son mandat, un représentant du personnel cesse ses fonctions, il est remplacé dans le délai d'un mois, pour la période du mandat restant à courir. Il n'est pas pourvu à son remplacement si la période de mandat restant à courir est inférieure à trois mois.

Lorsque le mandat du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail vient à expiration, ou lorsqu'un siège de ce comité devient vacant et doit être pourvu dans les conditions prévues au paragraphe précédent, le collège chargé de désigner les membres de la représentation du personnel se réunit dans un délai de quinze jours à compter des dates d'expiration du mandat ou d'ouverture de la vacance.

Le procès-verbal de la réunion du collège renouvelant le comité ou palliant la vacance du siège est remis dès sa conclusion à l'employeur. Ce dernier l'adresse à l'inspecteur du travail, dans un délai de huit jours à compter de la réception.

Art. 26 Fonctionnement (Art R.4614-2 à R.4614-5 CT)

L'ordre du jour des réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est transmis par le président aux membres du comité et à l'inspecteur du travail. Cette transmission est faite, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence, huit jours au moins avant la date fixée pour la réunion.

L'ordre du jour est transmis dans les mêmes conditions aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale qui peuvent assister aux réunions du comité.

Lorsqu'une réunion du comité comporte l'examen de documents écrits, ceux-ci sont joints à l'envoi de l'ordre du jour.

Les réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ont lieu dans l'établissement, dans un local approprié et, sauf exception justifiée par l'urgence, pendant les heures de travail.

Les procès-verbaux des réunions ainsi que le rapport et le programme annuels sont conservés dans l'établissement. Ils sont tenus à la disposition de l'inspecteur du travail, du médecin inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale.

Art. 27 Attributions (Art L.4612-1 à L.4612-7 CT)

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

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

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

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

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède, à intervalles réguliers, à des inspections. La fréquence de ces inspections est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité.

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

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut demander à entendre le chef d'un établissement voisin dont l'activité expose les travailleurs de son ressort à des nuisances particulières. Il est informé des suites réservées à ses observations.

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

Chapitre 7 : Les Commissions administratives paritaires locales

Art. 28 Les commissions administratives paritaires locales (CAPL) (Décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010)

Au niveau local ou départemental, les CAP émettent des avis sur les questions suivantes :

- Titularisations,
- Notation,
- Avancements d'échelon,
- Avancements de grade,
- Conseil de discipline,
- Licenciements pour insuffisance professionnelle,
- Refus de congé pour formation syndicale,
- Activité privée des fonctionnaires en disponibilité,
- Saisine de la Commission des Recours,
- Recrutement au tour extérieur de fonctionnaires relevant d'autres administrations (pour certains corps seulement).

Elles peuvent également être saisies de toutes questions d'ordre individuel concernant le personnel.

Les CAPL comprennent en nombre égal, des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Un membre de la CAPL ne peut se prononcer sur le cas d'un agent titulaire d'un grade supérieur au sien, ni sur son propre cas.

Les CAPL sont tenues de se réunir au moins 2 fois par an. Les séances ne sont pas publiques.

Les CAPL sont présidées par le président du conseil de surveillance (ou son représentant).

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

Le secrétariat est assuré par un agent de l'établissement désigné par le directeur.

Un représentant du personnel est désigné par la commission en son sein, lors de chaque séance, pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint.

Les CAPL se réunissent sur convocation du président :

- Soit à son initiative,
- Soit à la demande du directeur d'établissement,
- Soit à la demande écrite du tiers des membres titulaires des CAPL,
- Soit à la demande écrite du tiers des membres du conseil de surveillance.

Dans les trois derniers cas, les CAPL doivent se réunir dans le délai d'un mois.

DEUXIEME PARTIE

L'ORGANISATION MEDICALE

L'organisation Médicale du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont

Art. 29 Déontologie

Le praticien doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient leur sexe, leur condition, leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Dans les limites fixées par la loi, le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Le praticien ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Les praticiens ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Chapitre 1 : Organisation médicale

Art. 30 Les pôles (Art L.6146-1 CSP)

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Elaboré par le responsable de pôle avec le conseil de pôle, le projet de pôle a pour objet de préciser, en cohérence avec le projet d'établissement, en particulier le projet médical, l'organisation interne du pôle.

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médicotechniques ainsi que les structures médicotechniques qui leur sont associées.

Art. 31 Les chefs de pôle (Art D.6146-1 à R.6146-9 CSP)

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur pour une période de quatre ans renouvelable.

Le directeur nomme les chefs de pôle clinique ou médicotechnique sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le directeur nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par l'arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique.

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par l'arrêté du 11 juin 2010 précité.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du directeur après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du

pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

Art. 32 Contrat et projet de pôle (Art L.6146-1, R.6146-1 CSP)

Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle.

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

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

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Il est conclu pour une période de quatre ans.

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 les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

Le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

Art. 33 Structures internes, services, ou unités fonctionnelles (Art R.6146-4 et R.6146-5 CSP)

Les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médicotechnique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement. Ils sont nommés pour une durée de quatre ans renouvelables.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement. Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Art. 34 Le département d'information médicale (Art L.6113-7, R.6113-1 à R.6113-11 CSP)

Les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Lorsque les praticiens ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961 (loi n° 61-825 du 29 juillet 1961).

Le praticien responsable de l'information médicale, au sein du CHIPR, est un médecin désigné par le directeur du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

Dans le cadre du GHT, un département de l'information médicale de territoire est mis en place avec un médecin DIM de territoire désigné par le directeur de l'établissement support.

Les médecins chargés de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers comportant de telles données sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Il en est de même des personnels placés ou détachés auprès de ces médecins et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous leur autorité, ainsi que des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées.

Le département d'information médicale est chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le département d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Les praticiens hospitaliers sont responsables de la validité et de l'exhaustivité des informations produites.

Ils mettent en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utile à cette réalisation.

Chapitre 2 : Les Fonctions Médicales (Art L.6152-1 CSP)

Art. 35 Fonctions du praticien hospitalier temps plein (Art R.6152-26 à R.6152-33 CSP)

Les praticiens des hôpitaux à temps plein assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par l'établissement.

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

Les praticiens hospitaliers à temps plein consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'établissement de santé et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement après avis de la Commission Médicale d'Etablissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.

Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au paragraphe précédent, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. Lissées sur le quadrimestre.

Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel.

Il bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent, il peut accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.

Les médecins à temps plein ont la responsabilité médicale de la continuité des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement. Les pharmaciens à temps plein ont la responsabilité de l'organisation de la permanence pharmaceutique, conjointement avec les autres pharmaciens de l'établissement.

A ce titre, ils doivent en particulier :

- Dans les structures organisées en temps continu, assurer le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par le tableau de service ;
- Dans les autres structures, assurer le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique organisée en astreinte à domicile ;
- Effectuer les remplacements imposés par les différents congés.

Toutefois, si l'intérêt du service l'exige, le directeur, après avis motivé du président de la Commission Médicale d'Etablissement, peut décider de suspendre leur participation à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Le directeur transmet sans délai sa décision au directeur général du Centre national de gestion, qui met en œuvre, suivant le cas, les dispositions prévues par l'article R. 6152-36.

Les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent, après accord du directeur, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 CSP dès lors que l'activité envisagée concerne l'une desdites missions ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé.

Le remplacement des praticiens hospitaliers durant leurs congés ou absences occasionnelles est assuré par des praticiens de même discipline exerçant dans le même établissement de santé, sauf impossibilité et circonstances particulières étudiées par le chef d'établissement.

Tout praticien qui est dans l'impossibilité de rejoindre son poste ou d'exercer sa fonction doit en aviser immédiatement le directeur de l'établissement et lui communiquer son adresse sauf cas de force majeure. A défaut, il est radié des cadres pour abandon de poste, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, après mise en demeure assortie d'un délai de quinze jours.

Art. 36 Activité libérale des praticiens à temps plein (Art L.6154-1 à L.6154-7, R.6154-1 à R.6154-27 CSP)

Dès lors que l'exercice des missions de service public n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans l'établissement sont autorisés à exercer une activité libérale.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation.

Elle s'exerce exclusivement au sein de la Communauté Hospitalière, à la triple condition :

- Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

- Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation medicotechnique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.

Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du directeur, du chef de pôle et du président de la Commission Médicale d'Établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Le contrat, signé par les deux parties, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'agence régionale de santé accompagné de son avis, de celui du chef de pôle et de celui du président de la Commission Médicale d'Établissement. Le délai d'approbation est fixé à deux mois à compter de la réception du contrat par le directeur général de l'agence régionale de santé. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition. Le contrat peut, avec l'accord des deux parties, faire l'objet d'une révision avant sa date d'expiration. La révision et le renouvellement du contrat sont soumis à la même procédure de consultation et d'approbation que le contrat initial.

En cas de renouvellement du contrat, celui-ci, signé par les deux parties, est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé, accompagné des avis mentionnés au premier alinéa, trois mois au moins avant la date d'expiration du précédent contrat. L'approbation est réputée acquise si, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande, le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition au renouvellement.

Art. 37 Commission de l'activité libérale (Art L.6154-5, R.6154-11 à D.6154-17 CSP)

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

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la Commission Médicale d'Établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5 CSP.

Le rapport est communiqué, pour information, à la Commission Médicale d'Établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission comprend :

- Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- Un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;
- Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la Commission Médicale d'Établissement ;
- Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la Commission Médicale d'Établissement ;

- Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

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

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 CSP ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

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

Lorsque la commission est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien ou qu'elle décide de se saisir du cas d'un praticien, son président désigne, parmi les membres de la commission, un rapporteur chargé d'instruire le dossier.

Le praticien peut prendre connaissance des pièces de son dossier trente jours au moins avant la réunion de la commission. Il peut demander à être entendu par celle-ci ou présenter des observations écrites et se faire assister par un ou des défenseurs.

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La Commission Médicale d'Etablissement ou, le cas échéant, la Commission Médicale d'Etablissement locale lui désigne un remplaçant pour la durée de la procédure.

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

Les avis et propositions de la commission sont motivés.

Lorsqu'elle a été saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, la commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine ; passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

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

Art. 38 Praticiens exerçant à temps partiel (Art R.6152-201 à D.6152-277)

Les médecins et pharmaciens à temps partiel ont la responsabilité médicale de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique, conjointement avec les autres membres du corps médical et les autres pharmaciens de l'établissement.

Ils doivent en particulier :

- Participer à l'ensemble de l'activité de la structure, dans les conditions définies par le tableau de service, et :
 - o dans les structures organisées en temps continu, assurer le travail de jour et de nuit ;
 - o dans les autres structures, assurer le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la permanence des soins ou à la permanence pharmaceutique organisée en astreinte à domicile.
- Participer au remplacement des praticiens à temps plein, ou à temps partiel, imposé par les différents congés, dans les conditions définies par l'article R. 6152-31 CSP.

Toutefois, si l'intérêt du service l'exige, le directeur de l'établissement, après avis motivé du président de la Commission Médicale d'Etablissement, peut décider de suspendre leur participation à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Le directeur transmet sans délai sa décision au directeur général du CNG, qui met en œuvre les dispositions prévues à cet effet.

Le service normal hebdomadaire des praticiens des hôpitaux à temps partiel est fixé à six demi-journées.

Il peut être ramené à cinq demi-journées ou à quatre demi-journées lorsque l'activité hospitalière le justifie.

La durée du service hebdomadaire est fixée par la décision d'affectation du praticien dans une structure de l'établissement, conformément au profil de poste établi en application du premier alinéa de l'article R. 6152-205 CSP.

A l'initiative de l'établissement en cas de restructuration ou de modification d'activité affectant directement la structure d'affectation du praticien des hôpitaux à temps partiel concerné, ou à la demande du praticien, la durée du service hebdomadaire de ce praticien peut être modifiée par décision motivée du directeur prise après avis du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.

Cette modification est reportée dans la décision d'affectation du praticien.

Lorsque le service hebdomadaire est accompli la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien ne peut excéder une durée horaire définie, sur la base de quarante-huit heures, au prorata des obligations de service hebdomadaires du praticien et calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement après avis de la Commission Médicale d'Etablissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur d'établissement sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne dont relève le praticien.

La décision d'affectation fixe le nombre de demi-journées ou, lorsque le praticien exerce dans une structure organisée en temps médical continu, la durée horaire hebdomadaire que le praticien doit consacrer au service en application du règlement intérieur. L'intéressé reçoit du directeur notification du règlement intérieur, notamment en ce qui le concerne. Il doit en accuser réception et s'engager à exercer son activité professionnelle pendant les périodes prévues au tableau de service.

Le tableau de service précise les conditions dans lesquelles est effectuée la demi-journée de service qui peut être répartie entre la matinée et la contre-visite de l'après-midi, ou être effectuée l'après-midi et éventuellement la nuit au titre des services de permanence.

Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat, au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu à récupération ou au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel et au deuxième alinéa du présent article.

Le praticien bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, il peut accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.

Tout praticien qui est dans l'impossibilité de rejoindre son poste ou d'exercer sa fonction doit en aviser immédiatement le directeur de l'établissement et lui communiquer son adresse sauf cas de force majeure. A défaut, il est licencié sans indemnité pour abandon de poste, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, après mise en demeure assortie d'un délai de quinze jours.

Art. 39 Praticiens contractuels (Art R.6152-401 à R.6152-420)

Les praticiens contractuels employés à temps plein s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement public de santé employeur, sous réserve des activités autorisées au titre du cumul d'activités et de rémunérations, conformément aux dispositions de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires et des dispositions réglementaires prises pour leur application.

En aucun cas, les praticiens contractuels ne peuvent exercer une activité libérale au sein de l'établissement.

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, il est compté pour deux demi-journées.

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels à temps partiel correspond à une quotité comprise entre quatre et neuf demi-journées hebdomadaires.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire des praticiens est, par dérogation aux deux alinéas ci-dessus, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures, au prorata de la durée des obligations de service hebdomadaires du praticien.

Les praticiens peuvent accomplir, sur la base du volontariat au-delà de leurs obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation.

Les praticiens contractuels bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, ils peuvent accomplir une durée de travail continue n'excédant pas vingt-quatre heures ; dans ce cas, ils bénéficient, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.

Les praticiens contractuels participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical ou avec les autres pharmaciens de l'établissement.

A ce titre, ils assurent en particulier :

- Dans les structures organisées en temps continu, le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par le tableau de service ;
- Dans les autres structures, le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique organisée en astreinte à domicile.

Les praticiens contractuels sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont relève le praticien, du président de la Commission Médicale d'Etablissement et, dans le délai de trente jours, du directeur général de l'agence régionale de santé. Celui-ci vérifie notamment que le recrutement est compatible avec le projet médical de l'établissement et qu'il respecte les dispositions de la présente section.

Art. 40 Assistants (Art R.6152-501 à R.6152-541)

Les postes d'assistant à pourvoir font l'objet d'une publication organisée par l'établissement concerné par voie d'affichage et par tous autres moyens. La date limite de dépôt des candidatures est postérieure d'un mois au moins à la date de l'affichage dans l'établissement.

Les assistants sont recrutés par contrat écrit passé avec le directeur de l'établissement public de santé, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne, après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement et du directeur général de l'agence régionale de santé ; l'avis de celui-ci est formulé dans le délai de trente jours suivant la transmission du projet de contrat et du dossier de l'intéressé.

Les assistants sont recrutés pour une période initiale soit d'un an, soit de deux ans renouvelable par période d'un an, à concurrence d'une durée totale d'engagement de six ans.

Les assistants doivent avoir accompli au moins deux ans de services effectifs à temps plein avant de pouvoir être recrutés en qualité d'assistants des hôpitaux à temps partiel.

Un assistant ayant exercé ses fonctions à temps plein ou à temps partiel pendant six ans ne peut plus être recruté en cette qualité par un établissement public de santé.

Les assistants généralistes et les assistants spécialistes des hôpitaux exercent à temps plein ou à temps partiel des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention ou assurent des actes pharmaceutiques ou biologiques

au sein de l'établissement, sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont ils relèvent.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, odontologique et pharmaceutique, établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures, est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle.

Le service hebdomadaire des assistants exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, il est compté pour deux demi-journées.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation à l'alinéa ci-dessus, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. Lorsqu'ils exercent leurs fonctions à temps partiel, l'obligation de service des assistants est fixée à cinq ou six demi-journées hebdomadaires ou, dans le cadre d'un service organisé en temps continu, à une durée horaire définie sur la base de quarante-huit heures, au prorata des obligations de service hebdomadaires du praticien et calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Les assistants peuvent accomplir, sur la base du volontariat, au-delà de leurs obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation, dans les conditions prévues par l'article R. 6152-514 CSP.

Ils bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, ils peuvent accomplir une durée de travail continue n'excédant pas vingt-quatre heures ; dans ce cas, ils bénéficient, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement effectué en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.

Les assistants participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical ou avec les autres pharmaciens de l'établissement.

A ce titre, ils assurent en particulier :

- Dans les structures organisées en temps continu, le travail de jour et de nuit dans les conditions définies par le tableau de service ;
- Dans les autres structures, le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

Toutefois, si l'intérêt du service l'exige, et après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement, le directeur peut décider de suspendre la participation d'un assistant des hôpitaux à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés pour une période de trois mois. Il en informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé. Si, à l'issue de cette période, l'assistant n'est pas autorisé à nouveau à participer à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique, sa situation fait l'objet d'un examen dans le cadre des dispositions des articles R. 6152-521 à R. 6152-524 CSP.

Art. 41 Assistants associés (Art R.6152-538 à R.6152-542 CSP)

Peuvent être recrutés comme assistants généralistes associés ou assistants spécialistes associés les praticiens qui, ne remplissant pas les conditions de diplôme indiquées à l'article R. 6152-503 CSP, ont achevé leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et qui, en outre, remplissent les conditions de diplôme titres et formation fixées par l'arrêté du 12 novembre 2003 relatif aux conditions de diplôme, de titre et de formation prévues pour le recrutement des praticiens attachés associés.

Les assistants associés exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou, en cas d'empêchement de celui-ci, de l'un de ses collaborateurs médecin, odontologiste ou pharmacien. Ils sont associés à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique assurée sur place, mais ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Le dossier d'un assistant associé, mentionné à l'article R. 6152-510 CSP comprend notamment les documents justifiant que l'intéressé a une bonne connaissance de la langue française et se trouve en situation régulière au regard de la législation relative aux conditions de séjour et de travail des étrangers en France. Le directeur général de l'agence régionale de santé vérifie, pour chaque recrutement, la validité des diplômes et titres présentés.

Art. 42 Praticiens attachés (Art R.6152-601 à R.6152-634 CSP)

Les praticiens attachés exercent des fonctions hospitalières et participent aux missions de service public de l'établissement.

Ils sont placés sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont ils relèvent.

Les praticiens attachés peuvent exercer concomitamment leurs fonctions dans une ou plusieurs structures du même établissement ou dans des établissements différents, sans que le temps de travail dépasse un temps plein.

Sous réserve des dispositions de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et des dispositions réglementaires prises pour leur application, les praticiens attachés employés à temps plein s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement public de santé employeur.

La limite d'âge des praticiens attachés est fixée réglementairement.

Les praticiens attachés consacrent au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de demi-journées hebdomadaires fixées par leur contrat telles qu'elles figurent au tableau de service. Ces obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires.

Pour un praticien exerçant à temps plein, le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées hebdomadaires sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Le travail effectué la nuit est compté pour deux demi-journées. Lorsque le praticien exerce son activité à temps partiel, la limite horaire de ses obligations de service est définie, sur la base de quarante-huit heures, au prorata des demi-journées inscrites au contrat.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire des praticiens est, par dérogation à l'alinéa ci-dessus, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.

Lorsque le praticien exerce à temps partiel, son obligation de service hebdomadaire ne peut excéder une durée définie, sur la base de quarante-huit heures, au prorata des demi-journées d'obligations de service hebdomadaire définies au contrat.

Les praticiens attachés dont le contrat prévoit une quotité de travail d'au moins cinq demi-journées peuvent accomplir, sur la base du volontariat au-delà de leurs obligations de service hebdomadaires, un temps additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation, dans les conditions prévues à la présente section. Toutefois, le nombre de périodes additionnelles effectuées et décomptées sur une période de quatre mois ne peut conduire à une augmentation de la quotité de travail du praticien concerné de plus de 40 %.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, en cas de nécessité de service, à titre exceptionnel et pour une période limitée, un praticien dont la quotité de travail est inférieure à cinq demi-journées peut être sollicité pour effectuer des périodes de temps de travail additionnel.

Les praticiens attachés bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, ils peuvent accomplir une durée de travail continue n'excédant pas vingt-quatre heures ; dans ce cas, ils bénéficient, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.

Art. 43 Praticiens attachés associés (Art R.6152-632 à R.6152-635 CSP)

Les praticiens attachés associés participent à l'activité de l'établissement public de santé sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou de l'un de ses

collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste ou pharmacien. A ce titre, ils peuvent exécuter des actes médicaux ou pharmaceutiques de pratique courante.

Ils peuvent être appelés à collaborer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique organisée sur place, en appui des personnels médicaux du service statutairement habilité à participer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique et sous leur responsabilité. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Dans les conditions prévues aux deux alinéas précédents, ils peuvent être appelés à répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs obligations de service.

Art. 44 Internes et résidents (Art R.6153-1 à R.6153-40 CSP)

L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales et à sa formation.

Ses obligations de service sont fixées à dix demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.

L'interne participe au service de gardes et astreintes. Les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde. Il peut également assurer une participation supérieure au service normal de garde. L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières, ambulatoires ou universitaires. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par l'arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.

L'interne reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Les internes sont soumis au règlement intérieur du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont. Ils s'acquittent des tâches qui leur sont confiées et participent à la continuité des soins.

Ils ne peuvent en particulier, sous peine de sanctions disciplinaires, s'absenter de leur lieu de stage qu'au titre des congés légalement prévus et des obligations liées à leur formation théorique et pratique.

Pendant la durée d'un stage, les internes ne peuvent pas effectuer de remplacements.

Art. 45 Faisant fonction d'Interne (Art R.6153-4 à R.6153-45 CSP)

L'affectation des faisant fonction d'interne est décidée par le directeur, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée. Le directeur informe le médecin ou le pharmacien de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les étudiants ou praticiens faisant fonction d'interne sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions des internes jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage. Cette durée peut être ensuite renouvelée tous les six mois.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux postes d'interne en odontologie.

TROISIEME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES **AUX** **HOSPITALISES** **ET A** **L'AMBULATOIRE**

Dispositions Relatives aux Hospitalisés et à l'ambulatoire

TITRE I. L'Ambulatoire

Des consultations externes et un hôpital de jour sont organisés au sein du Pôle SSR, service MPR pour les malades dont l'état ne justifie pas une hospitalisation complète.

Des consultations d'évaluation gériatrique sont organisées sur le site d'Arbois en lien avec un établissement hospitalier public de court séjour.

Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces activités.

TITRE II. Les admissions

Chapitre 1 : Dispositions générales (Art R1112-11 à R1112-23)

Art. 46 Mode d'admission

Quel que soit le mode d'admission du malade, celle-ci est prononcée par le Directeur, sur avis d'un médecin.

Art. 47 Pouvoir de l'ARS

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Art. 48 Transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

Art. 49 Information de la famille

Toutes mesures sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés soit prévenue, sauf indication contraire de l'intéressé.

Art. 50 Prise en charge des frais d'hospitalisation (Art R1112-24 à R1112-26)

➤ Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent.

➤ Les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

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

➤ Les malades qui ne bénéficient pas des régimes de protection ci-dessus énumérés doivent verser à la caisse de l'établissement, au moment de leur admission, une somme correspondant à cinq jours

d'hospitalisation au tarif du service qui les accueille, somme qui viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant à leur séjour.

Une des rubriques du livret d'accueil indique au patient les frais qui resteront à sa charge.

Chapitre 2 : Dispositions particulières

Art. 51 Majeurs légalement protégés (Art L1112-37)

Les biens des majeurs protégés hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les articles 491-4, 499 et 500 du code civil et par les décrets n° 69-195 du 15 février 1969 et n° 69-196 du 15 février 1969 fixant les modalités de la gestion des biens de certains incapables majeurs dans les établissements de soins, d'hospitalisation et de cure publics.

TITRE III. Secours d'urgence

Art. 52 Plan blanc (Art L3131-7)

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, 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 est arrêté, après avis des instances consultatives compétentes, par le directeur après concertation avec le directoire. Il est transmis au représentant de l'Etat dans le département, au directeur général de l'agence régionale de santé et au service d'aide médicale urgente départemental.

Art. 53 Contenu du plan blanc (Art R3131-4, R3131-5)

Le plan blanc d'établissement définit notamment :

- 1° Les modalités de son déclenchement et de sa levée ;
- 2° Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- 3° Des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement
- 4° Les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- 5° Les modalités de communication interne et externe ;
- 6° Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- 7° Un plan de confinement de l'établissement ;
- 8° Un plan d'évacuation de l'établissement ;
- 9° Des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- 10° Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Le plan blanc est évalué et révisé chaque année.

TITRE IV. Conditions de séjour

Art. 54 Régime d'hospitalisation

L'hospitalisation connaît deux régimes : le régime commun et le régime exercé dans le cadre strict de l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Lorsque l'état d'un malade hospitalisé requiert son isolement en chambre à un lit, et si le service d'hospitalisation en est pourvu, le patient y est admis dans les meilleurs délais. Par ailleurs les demandes d'hospitalisation en chambre individuelle exprimées par les malades hospitalisés seront laissées à l'appréciation du cadre de santé concerné.

Art. 55 Accueil des malades

L'accueil des malades et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission.

Art. 56 Livret d'accueil

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit un livret conçu pour faciliter son séjour.

Ce livret contient notamment :

- ◆ La Charte du patient hospitalisé,
- ◆ La liste des services de l'hôpital,
- ◆ Des informations sur le service infirmier,
- ◆ La liste des formalités d'admission et de sortie,
- ◆ Les modalités de prise en charge et de paiement des frais d'hospitalisation,
- ◆ Les indications sur les conditions de séjour (horaires des repas, des visites, location de téléviseurs, etc.),
- ◆ Les indications relatives au service social,
- ◆ Le rappel de certains droits et obligations du malade,
- ◆ Un questionnaire de sortie.

Art. 57 Dépôt des objets (Art R1113-1 à R1113-9)

Toute personne admise ou hébergée dans l'établissement est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement.

A cette occasion, une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou hébergée, ou à son représentant légal. Cette information fait référence aux présentes dispositions et comprend l'exposé des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement.

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

L'établissement est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées.

Cette responsabilité s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt. Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement.

Dès qu'elles sont en état de le faire, les personnes mentionnées ci-dessus procèdent au retrait des objets non susceptibles d'être déposés.

Lorsque la personne admise ou hébergée décide de conserver auprès d'elle durant son séjour un ou plusieurs des objets susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que si :

1° Il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur ;

2° Les formalités de dépôt ont été accomplies ;

3° Le directeur d'établissement ou une personne habilitée a donné son accord à la conservation du ou des objets par cette personne.

L'établissement n'est responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés ou non retirés, alors que leurs détenteurs étaient en mesure de le faire, que dans le cas où une faute est établie à l'encontre de l'établissement ou à l'encontre des personnes dont il doit répondre.

Art. 58 Majeurs protégés - Gestion de biens (Art R1112-37)

Les biens des majeurs protégés hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les articles 491-4, 499 et 500 du code civil et par les décrets n° 69-195 du 15 février 1969 pris pour l'application de l'article 499 du code civil et n° 69-196 du 15 février 1969 fixant les modalités de la gestion des biens de certains incapables majeurs dans les établissements de soins, d'hospitalisation et de cure publics.

Art. 59 Information du malade sur les soins et sur son état de santé (Art R1111-1 à R1111-8)

Les hospitalisés doivent être informés par tous les moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux malades doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin.

Pour tous les actes médicaux importants, le malade doit avoir été informé préalablement des risques et des conséquences que ces actes pourraient entraîner.

Les médecins et tous les membres de l'équipe soignante, chacun dans leur domaine de compétence, doivent donner aux malades, dans les conditions fixées par le code de déontologie, les informations sur leur état qui leur sont accessibles ; dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux malades doivent faire l'objet d'une information de la part du médecin.

Art. 60 Information des familles

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles.

Art. 61 Discretion demandée par le malade (Art R1111-6)

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical - telles que diagnostic et évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis, par les cadres de santé, aux membres proches de la famille, sauf si le malade s'y oppose.

Art. 62 Exercice du culte

Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont met tout en œuvre pour que le patient hospitalisé soit en mesure de participer à l'exercice individuel de son culte dans sa chambre d'hospitalisation ; il reçoit, sur demande de sa part adressée au cadre de santé de l'unité de soins, la visite du ministre du culte de son choix. Toutefois, l'exercice du culte doit se faire dans le respect des personnes tiers dans le cas d'une hospitalisation en chambre double.

Au-delà des possibilités ci-dessus évoquées toute autre forme de pratique cultuelle est interdite dans les locaux et circulations communes.

En outre, les signes ostentatoires ne doivent en aucun cas faire obstacle ni au bon exercice de la médecine et des soins, ni au contrôle efficace de l'exercice du droit de visite.

A cet égard, l'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte :

- à la qualité des soins et aux règles d'hygiène (le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés) ;
- à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches ;
- au fonctionnement régulier du service.

Art. 63 Modalités d'exercice du droit de visite

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui, outre les consultants externes, se rendent au chevet d'une personne hospitalisée aux heures de visite.

Le directeur ou son représentant, doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des malades ou des personnels.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable du directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du chef de service.

▫ Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et du chef de service et après autorisation du directeur ou de son représentant. Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent sans autorisation du directeur dans les chambres et les services dans l'intention d'y exercer leur activité, peuvent être exclus.

▫ Les notaires, qui ont la qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de l'administration pour se rendre auprès des malades qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

▫ Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent préalablement obtenir l'agrément de l'administration. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.

▫ Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement, sauf les chiens d'aveugles qui peuvent accompagner leur maître jusque dans les halls d'accueil lorsque celui-ci vient pour des soins.

Les malades peuvent demander au cadre de santé de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Art. 64 Présence des visiteurs

Les visites aux hospitalisés sont définies par secteur d'activité.

Des dérogations aux horaires peuvent en outre être autorisées avec l'accord du médecin responsable et du cadre du service lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du malade le justifie ou lorsque la personne hospitalisée est un enfant de moins de quinze ans la présence d'un accompagnant peut-être autorisée hors des heures de visite.

L'attention de l'accompagnant est appelée sur le fait qu'il ne doit, en aucun cas, contrarier l'action médicale ou troubler le repos des autres malades.

Le médecin responsable peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de la personne hospitalisée. Pour des raisons d'hygiène il est interdit d'apporter des fleurs ou des plantes en pot.

Art. 65 Comportement des visiteurs

Pour des raisons de sécurité les visiteurs et les hospitalisés ou consultants doivent être identifiables par le personnel médical, soignant et administratif de l'hôpital.

Pour des raisons de sécurité, les visiteurs et les hospitalisés ou consultants ne doivent pas introduire d'armes dans l'établissement ou tout objet assimilable à une arme.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Le nombre de visiteurs pour chaque malade doit être limité. Lorsque cette obligation n'est pas respectée l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur ou son représentant, après avis du responsable de l'unité de soins.

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

Le cadre soignant de l'unité d'hospitalisation doit s'opposer dans l'intérêt du malade à la remise à celui-ci de denrées ou boissons, même non alcoolisées, qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit au malade.

En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et boissons introduites en fraude, peuvent être confisquées.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Il leur est interdit de fumer dans l'ensemble des unités d'hospitalisation.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres de malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Le droit aux visites existe d'une manière générale, sauf exceptions :

- ◆ Légales, pour les malades sous surveillance de la police,
- ◆ Cliniques, pour les malades bénéficiant de soins spécialisés

ou les visites sont interdites- ou limitées en nombre ou en durée -par le responsable médical ou le directeur.

Art. 66 Comportements des hospitalisés – Désordres

Les hospitalisés et consultants doivent se prêter aux examens courants réalisés par le personnel médical disponible quel que soit le sexe de celui-ci.

Lorsqu'un malade dûment averti cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Les hospitalisés doivent veiller à 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 malade dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres malades ou pour le fonctionnement du service.

Art. 67 Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant ; ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Art. 68 Interdiction des gratifications et des dépôts

Il est interdit aux malades de donner une quelconque gratification en espèces ou en nature aux agents du personnel. De même, ils ne doivent pas leur confier d'objets personnels et/ ou de valeur. Le personnel quant à lui ne doit accepter ni gratification, ni dépôt, même temporaires.

Art. 69 Hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital ; chacun est tenu de l'observer.

Art. 70 Repas aux accompagnants

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés qui en manifesteront le désir. La demande est faite auprès du cadre de santé du service, de l'infirmier ou de l'aide-soignant.

Art. 71 Nuitées des accompagnants

Il est admis à titre exceptionnel et sous réserve d'autorisation, qu'un proche puisse passer la nuit auprès d'un malade. Selon les disponibilités, un lit d'appoint pourra lui être proposé.

Art. 72 Restauration

Les repas sont servis individuellement, au lit du malade et dans les locaux de séjour, en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service.

En dehors des régimes diététiques sur prescription médicale, un menu de base est proposé aux malades ; toutefois, les aliments qui sont contraires à leurs goûts sont remplacés.

Pour des raisons d'hygiène alimentaire et de respect du régime prescrit, les aliments provenant de l'extérieur ne sont pas autorisés.

En cas d'apports provenant de l'extérieur l'hôpital décline toute responsabilité, notamment face à une éventuelle intoxication alimentaire.

Art. 73 Effets personnels

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, la personne hospitalisée pourra si elle le souhaite conserver ses vêtements et son linge personnels, à charge pour elle d'en assurer l'entretien.

Art. 74 Service social

Le service social est à la disposition des hospitalisés et de leur famille. En outre il est possible pour un malade, de demander la visite d'une assistante de service social par l'intermédiaire du médecin, du cadre de santé ou du secrétariat du service.

Art. 75 Courrier

Le patient hospitalisé peut recevoir du courrier personnel au sein de l'hôpital.

Art. 76 Téléphone et télévision à disposition

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone et la télévision mis à disposition dans leur chambre et sont tenus d'en acquitter les frais correspondants.

Pour des raisons de précaution, l'usage des téléphones portables est déconseillé à proximité des appareils médicaux. Les différents services peuvent en outre interdire l'usage du téléphone lorsqu'ils le jugent nécessaire pour la sécurité des patients.

Art. 77 Télévision et poste de radio personnels

Les appareils de télévision personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement sauf pour les résidents de l'EHPAD.

L'utilisation d'appareils de radio, de télévision ou tout autre système phonique se fera avec discrétion.

En cas de difficultés auditives, les patients peuvent se munir d'écouteurs ou tout autre matériel adapté.

Au-delà de 22H00 le niveau sonore de la télévision et de la radio doit être restreint pour le respect des voisins du service.

TITRE V. Sorties (Art R1112-56 à R1112-67)

Art. 78 Autorisations de sortie – Permissions

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la durée de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie soit de quelques heures, soit d'une durée maximum de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données sur avis favorable du médecin responsable, par le directeur.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Art. 79 Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé de la personne hospitalisée ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable.

La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Toutes dispositions sont prises le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de la personne hospitalisée dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

Le bulletin de sortie délivré aux malades ne doit comporter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Le médecin traitant ou la structure d'aval doit être informé dès la sortie de la personne hospitalisée des prescriptions médicales que le malade doit continuer à suivre ; il doit recevoir toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

Tout malade sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Art. 80 Sortie contre avis médical

Les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin responsable estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé, signé par deux témoins, membres du personnel.

Art. 81 Sortie disciplinaire

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire dans les conditions et selon les modalités fixées par l'article 65 du présent règlement intérieur. Le service de sécurité pourra être appelé à intervenir en cas de difficultés.

Art. 82 Sortie après refus de soins

Lorsque les malades n'acceptent aucun des traitements, interventions ou soins proposés, leur sortie- sauf urgence médicalement constatée, nécessitant des soins immédiats- est prononcée par le directeur ou son représentant, après signature par la personne hospitalisée d'une décharge, rédigée par le médecin, constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par deux agents du service. Un exemplaire de la lettre de décharge ou du procès-verbal est remis ou adressé au patient, un autre à son médecin traitant et l'original est conservé dans le dossier patient.

Art. 83 Sortie des malades à l'insu du service

Le service de soins prévient l'administrateur de garde si la situation l'exige et la force publique (police ou gendarmerie) pour déclarer la sortie du patient à l'insu du service.

Art. 84 Aggravation de l'état de santé

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

Les proches sont admis à rester auprès du patient et à l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer, en dehors des heures de visite, si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

En tout état de cause, cette possibilité peut être retirée à tout moment, si elle est source de difficulté de fonctionnement.

Art. 85 Transports

Si l'état de santé du patient nécessite un moyen de transport particulier, un certificat médical prescrivant l'utilisation d'un taxi ou d'une ambulance peut être délivré par le médecin du service.

Art. 86 Questionnaire de sortie

Tout hospitalisé reçoit lors de son admission, un livret d'accueil dans lequel figure la Charte du patient hospitalisé. Le livret comporte également un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Le directeur communique périodiquement au Conseil de Surveillance, à la Commission Médicale d'Etablissement, à la Commission des Usagers et au Comité Technique d'Etablissement les résultats de l'exploitation de ces documents.

Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés.

Art. 87 Horaires de sortie

La sortie du patient est décidée par le médecin en fonction de son état de santé.

TITRE VI. Plaintes et recours

Art. 88 La Commission des usagers (Art R1112-79 à R1112-94)

I. - La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

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

La commission examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

II. - La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

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

a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la Commission Médicale d'Etablissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie internes ;

e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

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

a) Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;

c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

III. -La commission est composée comme suit :

1° Le directeur ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;

2° Deux médiateurs et leurs suppléants : un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

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

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements mentionnés aux II à VI de l'article R. 1112-81 ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Ces nominations interviennent après avis de la Commission Médicale d'Etablissement. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.

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

Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale parmi les personnes proposées par les associations agréées.

4° Le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

5° Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques et son suppléant, désignés par la CSIRMT parmi ses membres ;

6° Un représentant du personnel et son suppléant désignés par le CTE.

TITRE VII. Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades

Art. 89 Garde des informations concernant la santé des patients (Art R.1112-7)

Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations conservées ou hébergées.

Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date. Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.

A l'issue du délai de conservation mentionné à l'alinéa précédent et après, le cas échéant, restitution à l'établissement de santé des données ayant fait l'objet d'un hébergement, le dossier médical peut être éliminé. La décision d'élimination est prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale. Cette élimination est en outre subordonnée au visa de

l'administration des archives, qui détermine ceux de ces dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique.

A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

Tout médecin qui est amené à donner des soins à une personne a accès à son dossier.

Tout autre médecin demandant à consulter le dossier doit obtenir le consentement de la personne concernée.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin conseil de la sécurité sociale, les documents médicaux nécessaires à l'exercice du contrôle.

Toutes garanties doivent être prises pour la sauvegarde du secret professionnel.

Art. 90 Information du médecin traitant (Art R1112-6 CSP)

Les établissements publics de santé sont tenus d'informer par écrit le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade.

↳ En cours d'hospitalisation

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation et, en tout état de cause, avant la fin de la deuxième semaine d'hospitalisation, le médecin responsable du malade communique au médecin désigné par le malade ou sa famille et qui a fait la demande écrite toute information relative à l'état du malade.

↳ A la sortie du malade

Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

TITRE VIII. Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés (Art R1112-68 à R1112-76-2)

Art. 91 Fin de vie

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

Art. 92 Constat du décès

Les décès sont constatés par un médecin, conformément aux dispositions du Code Civil. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des entrées.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial.

Art. 93 Notification du décès

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

Le décès est confirmé par tout moyen.

La notification du décès est faite pour :

- 1° Les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- 2° Les militaires, à l'autorité militaire compétente ;

Art. 94 Indices de mort violente ou suspecte

Dans le cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin responsable en avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

Art. 95 Toilette, inventaire et transport des corps

Lorsque le décès a été médicalement constaté, l'infirmier(e) de service et un autre agent du service dressent, sous la responsabilité du cadre de santé, l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc. qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin ; il est inscrit sur le registre spécial, paginé, tenu dans chaque service.

L'inventaire mentionné à l'alinéa précédent est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis, avec les objets qui y figurent, au régisseur.

Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du patient décédé ou à ses amis. Les biens personnels usuels sont restitués par le régisseur.

Les clés, les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement, qui les restitue aux ayants droit à leur demande.

La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tous objets laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil.

Le transport du corps ne peut être effectué que sur production d'un certificat, signé par le chef de service ou son remplaçant, constatant que le défunt n'était pas atteint d'une des maladies contagieuses, dont la liste est fixée, par l'arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires.

Les corps des personnes décédées, à la suite d'une de ces maladies contagieuses, subissent des mesures spécifiques définies par les règlements sanitaires.

Lorsque le décès soulève un problème médico-légal, le service dans lequel le décès en informe les autorités compétentes conformément aux procédures en vigueur.

Art. 96 Mesures de police sanitaire

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Art. 97 Inhumation

Les familles ont l'entière liberté du choix de l'entreprise de pompes funèbres qui sera chargée des obsèques. Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont pris en charge soit par les services d'aide sociale, soit par les organismes de sécurité sociale, soit par la Commune ou l'Etat, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur et notamment par les articles L.2223-19 à 27 du Code général des collectivités territoriales.

Art. 98 Transport de corps à résidence avant mise en bière

(Art R2213-7 à R2213-14 du Code général des collectivités territoriales)

Après le décès, le transport du corps est déclaré préalablement, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de décès ou de dépôt. La déclaration est subordonnée à la détention d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint d'une des infections transmissibles figurant sur l'une des listes mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du CGCT.

La déclaration préalable au transport indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires.

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers son domicile ou la résidence d'un membre de sa famille est subordonné :

1° A la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;

2° A la détention d'un extrait du certificat de décès, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée au d de l'article R. 2213-2-1 du CGCT ;

3° A l'accord du directeur de l'établissement ;

4° A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78,79 et 80 du code civil relatives aux déclarations de décès. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, en cas de fermeture de la mairie, ces formalités sont accomplies dès sa réouverture.

Le médecin peut s'opposer au transport du corps avant mise en bière lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport. Il en avertit sans délai par écrit la famille et, s'il y a lieu, le directeur de l'établissement.

Lorsque le corps est transporté avant mise en bière hors de la commune du lieu de décès ou de dépôt, une copie de la déclaration de transport est immédiatement adressée, par tout moyen, au maire de la commune où le corps est transporté.

Sauf dispositions dérogatoires, les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d'une personne décédée sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès.

Art. 99 Transport de corps après mise en bière

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée est mis en bière.

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments artificiels, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Le transport du corps, après mise en bière, ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres.

QUATRIEME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES aux **PERSONNELS**

Dispositions Relatives aux Personnels

Art. 100 Assiduité et ponctualité du personnel

L'assiduité et la ponctualité du personnel hospitalier de l'établissement sont deux des conditions essentielles du bon fonctionnement des services hospitaliers en particulier et de l'établissement en général.

Art. 101 Exécution des ordres reçus

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé, et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu, d'une autorité responsable, l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire, dans la limite de ses compétences, pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives.

Art. 102 Droit de grève

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum.

Art. 103 Information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Art. 104 Conservation en bon état des locaux, des matériels et effets

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à sa disposition par l'établissement. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

Art. 105 Utilisation des matériels informatiques

Les personnels doivent utiliser le matériel informatique mis à leur disposition dans le respect de la charte du système d'information définie par la Direction de l'Organisation du Système d'Information du Groupement HNO, validée par les instances du CHIPR, qu'ils ont signée.

Art. 106 Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades

Aucun employé de l'hôpital ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur qui dispose d'un coffre-fort à cet effet ou, en dehors des heures d'ouverture de ce bureau, au service des Urgences équipé en matériel adéquat.

Art. 107 Interdiction des pourboires

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire, ni aucune gratification en nature, de la part des malades ou des visiteurs.

Art. 108 Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Il est interdit à tout agent d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.

Il peut être dérogé à cette interdiction, dans les conditions prévues par la réglementation générale. Les agents doivent en informer la direction des ressources humaines.

Art. 109 Identification du personnel

Une identification du personnel a été instituée dans un souci de communication, d'humanisation et de meilleure sécurité pour tous.

Art. 110 Tenue des personnels

La tenue et le comportement des personnes travaillant au sein du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont doivent être irréprochables. Un langage respectueux envers les patients est exigé.

Pour les personnes travaillant en contact avec les patients, y compris les stagiaires, conformément aux recommandations de l'équipe opérationnelle d'hygiène de la Communauté Hospitalière :

- La tenue de service est obligatoire, changée tous les jours ou dès qu'elle est souillée. Elle est spécifique au travail hospitalier et ne doit jamais être emportée au domicile.

- Les cheveux sont régulièrement lavés et doivent être courts ou relevés. Le port de barbe doit être compatible avec le respect des mesures d'hygiène.

- Il est interdit de porter :

- des bijoux aux mains et aux poignets y compris les alliances et les montres ;

D'une façon générale, le personnel est soumis au respect des protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement.

Art. 111 Lutte contre le bruit et attitude envers les malades

Chaque membre du personnel doit contribuer à la lutte contre le bruit.

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer le maximum de confort, physique et moral, aux malades dont il a la charge.

Il ne doit tenir, pendant le service, en présence des malades ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat, de sécurité et de calme, indispensable dans les locaux hospitaliers.

Art. 112 Neutralité et laïcité du service public

Le principe de laïcité de l'Etat et de ses démembrements et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que les agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses, notamment par une extériorisation vestimentaire.

Ce principe vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, d'autant plus dans un service public dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance.

Art. 113 Respect de la liberté de conscience et d'opinion

Sauf dans les cas prévus par la réglementation (notamment celle relative au droit de grève) la liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou leur famille.

Art. 114 Accueil des familles

Sous réserve de l'accord du patient ou du résident, les familles seront accueillies et informées avec tact et ménagement en toutes circonstances.

Les familles seront avisées en temps utile, au besoin par téléphone, lorsque ce moyen pourra être utilisé, des décisions importantes concernant le malade : changement de service, transfert dans un autre établissement, sortie avant que la décision ait reçu exécution, sauf urgence médicale.

Ces renseignements sont fournis par un membre du corps médical ou par le cadre de santé.

Art. 115 Envoi rapide des avis d'aggravation

Le personnel fera diligence pour que les avis d'aggravation et de décès parviennent aux familles par les moyens les plus rapides, notamment le téléphone lorsqu'elles ont laissé à l'hôpital un numéro à cet effet.

Art. 116 Secret professionnel

L'ensemble du personnel de l'établissement est tenu au secret professionnel, son non-respect risquant d'entraîner les peines prévues à l'article 226-13 du Code Pénal.

Le secret professionnel est absolu, sauf exceptions prévues par la loi, et s'applique à tous les agents et en toutes circonstances vis-à-vis de toute personne, y compris les fonctionnaires de la police. Seule l'autorité judiciaire et les personnes mandatées par elle, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

Art. 117 Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des prescriptions en matière de secret professionnel, les agents sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Toute communication à des personnes étrangères à l'administration hospitalière et notamment, à des journalistes, à des agents d'assurances ou à des démarcheurs est rigoureusement interdite.

En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical - telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres de santé, avec la prudence nécessaire.

Art. 118 Respect du libre choix des familles

Les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (pompes funèbres, ambulances) de leur choix.

Art. 119 Interdiction des réunions publiques au sein de l'établissement

Au nom du principe de neutralité du service public, les réunions publiques sont interdites au sein de l'établissement, sauf autorisation expresse du directeur ou de son représentant.

Art. 120 Effets et biens personnels

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, toute perte (voire toute déprédation) d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

Art. 121 Téléphone portable

Pendant les heures de travail au sein des services de soins, médicotechniques et de rééducation, l'usage du téléphone personnel est strictement interdit.

Art. 122 Exposition aux rayonnements ionisants

Certaines activités de l'établissement peuvent entraîner pour le personnel une exposition aux rayonnements. Les personnels pratiquant ces activités doivent obligatoirement porter la dosimétrie qui leur est attribuée et respecter les consignes de travail et de sécurité affichées sur les accès des locaux dans lesquels se pratiquent ces activités. Ces personnels font l'objet d'un suivi spécifique et de formations réglementaires obligatoires spécifiques à leur poste de travail.

Les personnels non exposés aux rayonnements ionisants ne doivent en aucun cas se trouver à l'intérieur des installations lors de l'émission des rayonnements ionisants. Si tel était le cas, l'événement doit immédiatement être signalé à la personne compétente en radioprotection (PCR) et/ou au médecin du travail.

Art. 123 Alcool et Stupéfiants

Il est interdit d'introduire et de consommer dans l'établissement des produits stupéfiants.

Il est interdit d'introduire et de consommer dans l'établissement des boissons alcoolisées. La direction se réserve le droit de procéder à un alcootest sur le lieu de travail à l'encontre de tout agent de l'établissement en cas de suspicion. L'agent a la possibilité de demander la présence d'un tiers lors du contrôle et une éventuelle contre-expertise.

De même il est interdit de prendre ses fonctions en état d'ébriété. Si une telle situation devait se produire, un examen d'alcoolémie serait pratiqué et l'agent devra s'y soumettre

Toutefois à titre exceptionnel et sur autorisation de la Direction, une consommation ponctuelle de boisson alcoolisée sera permise dans un cadre événementiel.

CINQUIEME PARTIE

DISPOSITIONS **DIVERSES**

Dispositions Diverses

Art. 124 Règles de Sécurité Incendie

Interdiction de fumer et de vapoter pour tous :

Par mesure d'hygiène et de sécurité, et selon les termes des articles L3511-7 et R3511-1 à R3511-8, il est interdit de fumer dans les locaux à usage collectif et individuel, utilisés pour l'accueil, les soins et l'hébergement des malades et des résidents. Il est également interdit de fumer dans les zones identifiées comme non-fumeurs. L'usage de la cigarette électronique relève de ces dispositions.

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et de développer une politique de prévention du tabagisme, les patients et résidents demandeurs seront mis en contact avec le centre d'addictologie le plus proche.

-Formations incendie du personnel, informations aux familles :

Dans le cadre de l'article U47 du règlement de sécurité incendie, l'ensemble du personnel devra suivre une formation incendie (théorique et pratique) obligatoire.

De même, des exercices (avec ou sans fumées et avec ou sans évacuations des patients ou résidents) devront être réalisés périodiquement. Le personnel ainsi que les patients ou résidents ne seront pas informés de la date et du lieu de l'exercice.

Art. 125 Animaux

Les animaux domestiques ne sont pas admis à l'hôpital. Cependant, sont acceptés les chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité sont autorisés au sein de l'hôpital conformément aux dispositions légales.

L'accès des animaux en EHPAD est décrit dans le règlement particulier de ce secteur.

Art. 126 Règles de circulation dans l'hôpital

Les dispositions du Code de la route s'appliquent, sur les voies de circulation de l'établissement et, notamment, les règles de stationnement.

L'administration se réserve le droit de faire appel, aux forces de police pour procéder à l'enlèvement d'un véhicule en stationnement interdit ou portant atteinte à la sécurité ou à l'ordre public.

L'accès des parkings intérieurs est réservé au personnel autorisé et au public.

Art. 127 Règles de sureté

-Le port d'arme (notion d'arme, définie par l'article 132-75 du Code Pénal) est interdit au sein de l'établissement (sauf force de l'ordre).

-Pour tous comportements dit suspect, ou dangereux (bagarre, insulte), le personnel peut demander l'intervention des forces de l'ordre.

Art. 128 Associations

(Art L.1110-11 et 1112-5 ; R.1110-4 ; Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004)

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des malades, à leur demande ou avec leur accord, au sein du centre hospitalier. Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec le centre hospitalier une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type. L'accès auprès des malades est subordonné à cette procédure. Le chef de service peut s'opposer toutefois à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin. Une convention régit les relations entre le centre hospitalier et toute association liée à l'hôpital, que ses membres interviennent dans un, plusieurs ou l'ensemble de ses services, avec un siège social situé à l'extérieur du domaine public hospitalier ou domicilié en son sein.

Les associations qui souhaitent être domiciliées au centre hospitalier doivent au préalable adresser leurs statuts et leur budget au directeur du centre hospitalier. Elles informent le directeur de la composition des

membres de leur bureau et de tout changement majeur susceptible d'intervenir au cours de la vie de l'Association.

La liste des équipements acquis par les associations, utilisés dans leur cadre et au sein même du centre hospitalier, est également communiquée à la direction.

Art. 129 Mise à disposition du règlement intérieur (Art R1112-78)

Le règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée qui peut en prendre connaissance à la direction ou bien dans chaque service du centre hospitalier en prenant l'attache du cadre infirmier ou du responsable de structure interne.

Art. 130 Mise à jour du règlement intérieur

Le règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour régulière tenant compte, des différentes réformes publiées dans le Journal Officiel et des décisions prises, dans l'année, par la direction, dans les différents domaines, liés au fonctionnement du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays du Revermont.