

# Le Règlement intérieur général du Centre Hospitalier de Beauvais

Après la loi Hôpital Patients Santé et Territoires



*Règlement intérieur adopté après avis :*

- *Du Directoire en date du 2 novembre 2011.*
- *Du Comité Technique d'Etablissement en date du 12 décembre 2011.*
- *Du Conseil de surveillance en date du 15 décembre 2011.*

*Transmis pour information :*

- *A la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique en date du 17 janvier 2012.*
- *A la Commission Médicale d'Etablissement en date du 16 novembre 2011.*

*Remis au Directeur Général de l'ARS de Picardie.*

# Présentation

*Tout établissement fonctionne dans le cadre d'un ensemble de règles qui lui sont applicables ou qu'il définit au sein de ses instances.*

*Pour ce faire et conformément au Code de la Santé Publique, le Centre Hospitalier de Beauvais élabore, adopte et met en œuvre un règlement intérieur, préparé par le Directeur et soumis au Conseil de surveillance.*

*Le règlement intérieur est conforme aux dispositions des lois et règlements en vigueur applicables aux établissements publics de santé, qui sont d'une portée supérieure aux dispositions adoptées localement.*

*Dans ce cadre, le présent règlement intérieur (tome 1), complété de ses annexes (tome 2), précise les règles particulières de fonctionnement des services du Centre Hospitalier de Beauvais. Son but est de favoriser un fonctionnement collectif harmonieux fondé sur des règles connues de tous.*

*Le présent document tient compte de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) ainsi que de ses textes réglementaires d'application. Ces nouvelles dispositions donnent à cette réforme une orientation nouvelle en promouvant de nouvelles évolutions institutionnelles majeure, parmi lesquelles :*

- *Le remplacement du Conseil d'administration en Conseil de surveillance et du Conseil exécutif en Directoire,*
- *le renforcement des attributions du Directeur d'Etablissement,*
- *la transformation des responsables de pôles d'activités en Chefs de pôles,*
- *le recentrage des attributions de la CME sur des attributions plus techniques ou moins généralistes,*
- *et la création de nouveaux dispositifs concernant les statuts du corps médical.*

*Le règlement intérieur s'applique à l'ensemble du personnel médical et non médical du Centre Hospitalier, aux usagers ainsi qu'à ceux qui les accompagnent, aux visiteurs, aux fournisseurs et, plus largement, à toute personne qui serait amenée, à quelque titre que ce soit, à faire appel aux services ou à fréquenter les locaux et installations du Centre Hospitalier.*

*Il s'impose à toutes les unités et les structures gérées par le Centre Hospitalier de Beauvais, quelle que soit leur localisation, ainsi qu'aux organismes éventuellement hébergés par l'hôpital.*

*C'est pourquoi le texte du règlement intérieur peut être consulté par toute personne intéressée : Vous trouverez ci-après son texte intégral et ses annexes.*

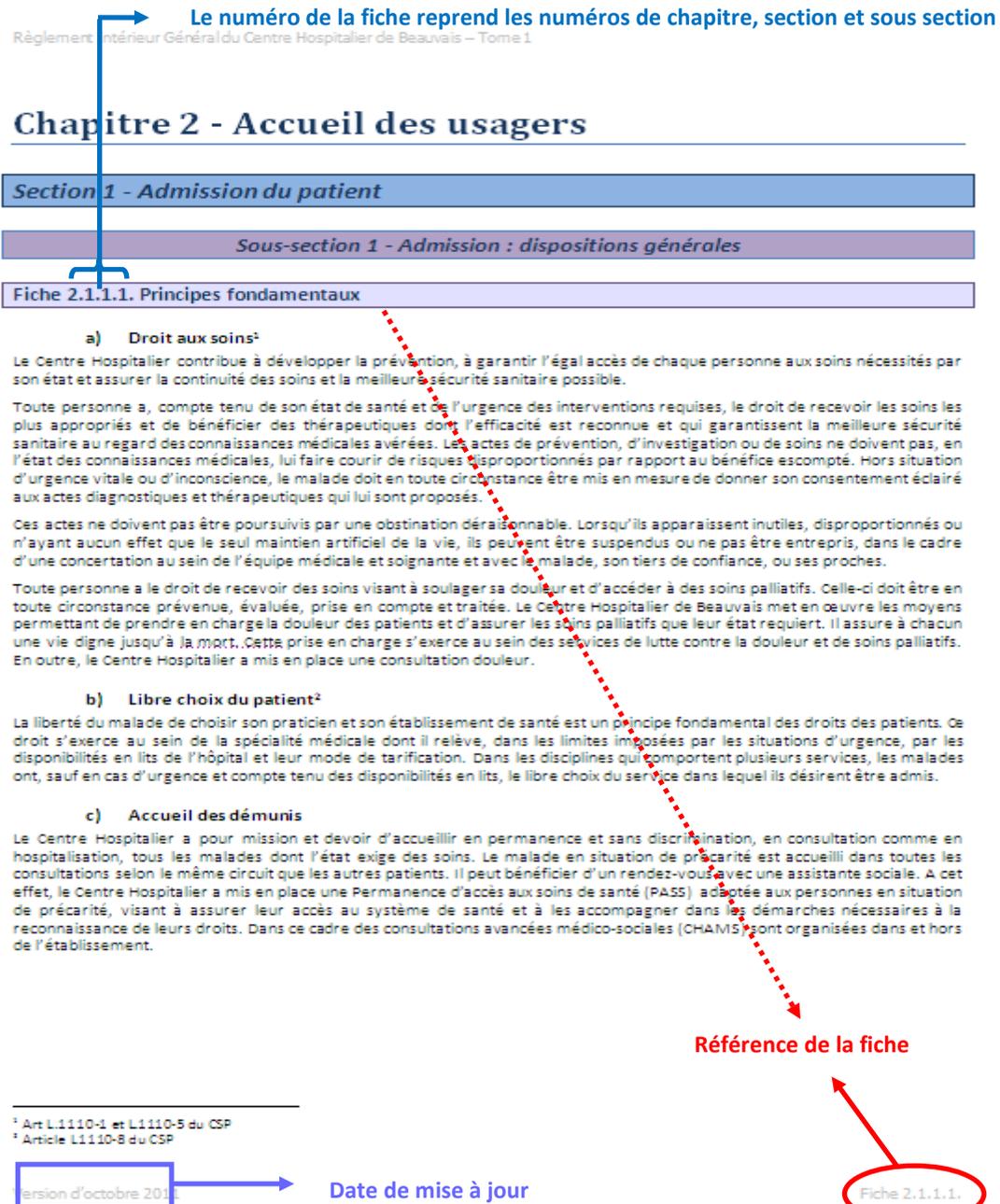
*Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais  
Eric GUYADER*

# Notice

Un règlement intérieur doit être régulièrement développé, enrichi et mis à jour. Cela suppose une numérotation simple, pratique et logique des différents sujets abordés.

La plus simple des méthodes de classement est le système normalisé international. C'est celui qui est utilisé ici. La numérotation des différentes fiches visées par le règlement intérieur reprend donc les principales divisions du règlement intérieur en partant de la plus générale vers la plus précise.

Chaque page reprend, dans son pied de page, l'indication du chapitre, des sections et sous-sections ainsi que des fiches. Par ailleurs, afin de faciliter la mise à jour du document, la version est précisée par fiche en pied de page.



# Table des matières

## PRESENTATION

## NOTICE

## CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES

### **SECTION 1 - ORGANISATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER**

#### SOUS-SECTION 1 – PRESENTATION SYNTHETIQUE DU CENTRE HOSPITALIER

Fiche 1.1.1.1. Statut et capacité

Fiche 1.1.1.2. Missions

Fiche 1.1.1.3. Structures rattachés

Fiche 1.1.1.4. Coopérations

#### SOUS-SECTION 2 - INSTANCES DE PILOTAGE DU CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS

Fiche 1.1.2.1. Le Conseil de surveillance

Fiche 1.1.2.2. Le Directeur

Fiche 1.1.2.3. Le Directoire

#### SOUS-SECTION 3 – INSTANCES REPRESENTATIVES

Fiche 1.1.3.1. Commission Médicale d’Etablissement (CME)

Fiche 1.1.3.2. Comité Technique d’Etablissement (CTE)

Fiche 1.1.3.3. Dispositions communes à la CME et au CTE

Fiche 1.1.3.4. Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)<sup>2</sup>

Fiche 1.1.3.5. Conseil de la vie sociale

Fiche 1.1.3.6. Le Conseil stratégique

#### SOUS-SECTION 4 – INSTANCES SPECIALISEES

Fiche 1.1.4.1. Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Fiche 1.1.4.2. Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Fiche 1.1.4.3. Commission de Relation avec les Usagers et de Qualité de la Prise en charge (CRUQPC)

Fiche 1.1.4.4. Sous commissions spécialisées de la CME

Fiche 1.1.4.4.1. Comité de Pilotage de la Démarche Qualité (CPDQ)

Fiche 1.1.4.4.2. Comité de gestion des risques et des vigilances (COVIGRIS)

Fiche 1.1.4.4.3. Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

Fiche 1.1.4.4.4. Commission du Développement Professionnel Continu (DPC)

Fiche 1.1.4.4.5. Comité d'éthique

Fiche 1.1.4.4.6. Commission des admissions et des soins non programmés

Fiche 1.1.4.4.7. Commission de l'organisation de la permanence des soins

Fiche 1.1.4.4.8. Collège de l'information médicale et des systèmes d'information

Fiche 1.1.4.4.9. Comité de Lutte contre la Douleur

Fiche 1.1.4.4.10. Comité de Liaison Alimentation Nutrition

Fiche 1.1.4.4.11. Commission d’Etudes des Candidatures Médicales

Fiche 1.1.4.4.12. Comité de Lutte des Infections Nosocomiales

Fiche 1.1.4.4.13. Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Fiche 1.1.4.5. Commission d’activité libérale

Fiche 1.1.4.6. Commission d’appel d’offres

**SECTION 2 – ORGANISATION MEDICALE ET ORGANISATION DES SOINS**

SOUS-SECTION 1 - POLES D'ACTIVITE ET CONTRACTUALISATION INTERNE

- Fiche 1.2.1.1. Dispositions générales
- Fiche 1.2.1.2. Structures médicales et pharmaceutiques
- Fiche 1.2.1.3. Mission des pôles
- Fiche 1.2.1.4. Chefs de pôle et chefs de pôle adjoints
- Fiche 1.2.1.5. Cadres de pôle
- Fiche 1.2.1.6. Règles de la contractualisation interne
- Fiche 1.2.1.7. Projets de pôle
- Fiche 1.2.1.8. Instances de concertation interne

Fiche 1.2.1.8.1. Bureau de pôle

Fiche 1.2.1.8.2. Conseil de pôle

Fiche 1.2.1.8.3. Assemblée Générale

SOUS-SECTION 2 - ORGANISATION MEDICALE

- Fiche 1.2.2.1. Responsables de structures internes des pôles
- Fiche 1.2.2.2. Personnel médical
- Fiche 1.2.2.3. Sages-femmes
- Fiche 1.2.2.4. Les professionnels libéraux
- Fiche 1.2.2.5. Code de déontologie
- Fiche 1.2.2.6. Organisation du temps de travail médical
- Fiche 1.2.2.7. Sécurité sanitaire : organisation des vigilances
- Fiche 1.2.2.8. Dispositions particulières au SAMU et au SMUR
- Fiche 1.2.2.9. Dispositions particulières au bloc opératoire
- Fiche 1.2.2.10. Pharmacie à usage intérieur (PUI)

SOUS-SECTION 3 - ORGANISATION DES SOINS

- Fiche 1.2.3.1. Coordination des soins infirmiers, de rééducation et Médico-Techniques
- Fiche 1.2.3.2. Permanence de l'encadrement
- Fiche 1.2.3.3. Services de soins

**SECTION 3 - REGLES DE SECURITE ET D'HYGIENE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER**

SOUS-SECTION 1 - SECURITE GENERALE

- Fiche 1.3.1.1. Règles de sécurité
- Fiche 1.3.1.2. Accès à l'hôpital
- Fiche 1.3.1.3. Personnel de sécurité générale
- Fiche 1.3.1.4. Matériel de sécurité
- Fiche 1.3.1.5. Règles de responsabilité pour faits délictueux
- Fiche 1.3.1.6. Rapport avec l'autorité judiciaire et les autorités de police
- Fiche 1.3.1.7. Circonstances exceptionnelles

SOUS-SECTION 2 - SECURITE DE FONCTIONNEMENT

- Fiche 1.3.2.1. Gestion des risques
- Fiche 1.3.2.2. Continuité de fonctionnement technique
- Fiche 1.3.2.3. Sécurité anti-incendie
- Fiche 1.3.2.4. Interdiction de fumer
- Fiche 1.3.2.5. Interdiction de vapoter

SOUS-SECTION 3 - CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER

- Fiche 1.3.3.1. Nature de la voirie hospitalière
- Fiche 1.3.3.2. Signalisation et sanctions

SOUS-SECTION 4 - REGLES DE VIE A L'HOPITAL

- Fiche 1.3.4.1. Calme et tranquillité

- Fiche 1.3.4.2. Troubles causés par le patient
- Fiche 1.3.4.3. Hygiène à l'hôpital
- Fiche 1.3.4.4. Animaux
- Fiche 1.3.4.5. Utilisation des téléphones portables
- Fiche 1.3.4.5. Objets et produits interdits
- SOUS-SECTION 5 - ORGANISATION EN CAS DE CRISE
- Fiche 1.3.5.1. Plan blanc
- Fiche 1.3.5.2. Autres dispositifs de crises

## **CHAPITRE 2 - ACCUEIL DES USAGERS**

### **SECTION 1 - ADMISSION DU PATIENT**

#### SOUS-SECTION 1 - ADMISSION : DISPOSITIONS GENERALES

- Fiche 2.1.1.1. Principes fondamentaux
- Fiche 2.1.1.2. Admission
- Fiche 2.1.1.3. Formalités
- Fiche 2.1.1.4. Droit à l'anonymat et à la discrétion
- Fiche 2.1.1.5. Livret d'accueil

#### SOUS-SECTION 2 - CAS PARTICULIERS D'ADMISSION

- Fiche 2.1.2.1. Admission en urgence
- Fiche 2.1.2.2. Femmes enceintes
- Fiche 2.1.2.3. Mineurs
- Fiche 2.1.2.4. Majeurs protégés
- Fiche 2.1.2.5. Admission des personnes âgées dépendantes dans les structures d'hébergement de longue durée
- Fiche 2.1.2.6. Militaires
- Fiche 2.1.2.7. Détenus
- Fiche 2.1.2.8. Malades toxicomanes
- Fiche 2.1.2.9. Malades étrangers
- Fiche 2.1.2.10. Précautions et isolements

#### SOUS-SECTION 3 - LE PATIENT NON HOSPITALISE

- Fiche 2.1.3.1. Consultations externes
- Fiche 2.1.3.2. Alternatives à l'hospitalisation

#### SOUS-SECTION 4 - REGIME D'HOSPITALISATION ET ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS

- Fiche 2.1.4.1. Régime commun
- Fiche 2.1.4.2. Activité libérale des praticiens hospitaliers

### **SECTION 2 - INFORMATION ET CONSENTEMENT AUX SOINS DU PATIENT**

#### SOUS-SECTION 1 - INFORMATION DU PATIENT

- Fiche 2.2.1.1. Information du patient
- Fiche 2.2.1.2. Dossier médical et sa communication
- Fiche 2.2.1.3. Secret médical
- Fiche 2.2.1.4. Information de la famille et des proches du patient

#### SOUS-SECTION 2 - CONSENTEMENT AUX SOINS

- Fiche 2.2.2.1. Consentement aux soins : cas général
- Fiche 2.2.2.2. Cas particuliers : mineurs, majeurs protégés et autres dispositions
- Fiche 2.2.2.3. Cas d'urgence
- Fiche 2.2.2.4. Personne de confiance
- Fiche 2.2.2.5. Refus des soins

**SOUS-SECTION 3 - DONS ET PRELEVEMENTS DE PRODUITS DU CORPS HUMAIN**

Fiche 2.2.3.1. Principes généraux

Fiche 2.2.3.2. Prélèvements sur donneur vivant

Fiche 2.2.3.3. Prélèvement sur une personne décédée

**SOUS-SECTION 4 - PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE**

Fiche 2.2.4.1. Dispositions générales

Fiche 2.2.4.2. Dispositions particulières

**SECTION 3 - CONDITIONS DE SEJOUR A L'HOPITAL**

**SOUS-SECTION 1 - DISPOSITIONS D'ENSEMBLE**

Fiche 2.3.1.1. Neutralité et laïcité du service public

Fiche 2.3.1.2. Respect de la dignité et de l'intimité du patient

Fiche 2.3.1.3. Droits civiques

Fiche 2.3.1.4. Interdiction de pourboires

Fiche 2.3.1.5. Naissance à l'hôpital

Fiche 2.3.1.6. Dispositions particulières

**SOUS-SECTION 2 - CONDITIONS DU SEJOUR A L'HOPITAL**

Fiche 2.3.2.1. Effets personnels et dépôts des valeurs

Fiche 2.3.2.2. Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation

Fiche 2.3.2.3. Repas

Fiche 2.3.2.4. Visites

Fiche 2.3.2.5. Déplacement des patients au sein de l'établissement

Fiche 2.3.2.6. Accès des professionnels de la presse

Fiche 2.3.2.8. Moyens de communication

Fiche 2.3.2.9. Service social des patients

Fiche 2.3.2.10. Exercice du culte

Fiche 2.3.2.11. Associations de bénévoles

Fiche 2.3.2.12. Services mis à disposition du patient

**SECTION 4 - FIN DE L'HOSPITALISATION**

**SOUS-SECTION 1 - SORTIE DU PATIENT**

Fiche 2.4.1.1. Sortie : cas général

Fiche 2.4.1.2. Sortie du mineur

Fiche 2.4.1.3. Sortie du nouveau-né

Fiche 2.4.1.4. Sortie des personnes âgées dépendantes des structures d'hébergement de longue durée

Fiche 2.4.1.5. Transport des malades

Fiche 2.4.1.6. Sortie contre avis médical

Fiche 2.4.1.7. Sortie disciplinaire

Fiche 2.4.1.8. Sortie après refus de soins

Fiche 2.4.1.9. Sortie à l'insu du service

Fiche 2.4.1.10. Formalités de sortie et prise en charge financière

Fiche 2.4.1.11. Questionnaire de sortie

**SOUS-SECTION 2 - DECES**

Fiche 2.4.2.1. Fin de vie

Fiche 2.4.2.2. Constatation du décès

Fiche 2.4.2.3. Règles d'information et formalités liées au décès

Fiche 2.4.2.4. Don du corps

Fiche 2.4.2.5. Opérations funéraires

Fiche 2.4.2.6. Transport du défunt

### **CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL**

#### **SECTION 1 - DROITS ET GARANTIES DU PERSONNEL**

##### **SOUS-SECTION 1 - DROITS DU PERSONNEL EN TANT QUE CITOYEN**

Fiche 3.1.1.1. Liberté d'opinion

Fiche 3.1.1.2. Liberté d'expression

Fiche 3.1.1.3. Égalité de traitement

Fiche 3.1.1.4. Protection contre le Harcèlement moral ou sexuel

##### **SOUS-SECTION 2 - DROITS SOCIAUX DU PERSONNEL**

Fiche 3.1.2.1. Droit syndical

Fiche 3.1.2.2. Droit de grève

Fiche 3.1.2.3. Droit à la protection

Fiche 3.1.2.4. Droit à rémunération et à protection sociale

Fiche 3.1.2.5. Droit à la formation

Fiche 3.1.2.6. Accompagnement des personnels lors d'une convocation

#### **SECTION 2 - DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU PERSONNEL**

##### **SOUS-SECTION 1 - OBLIGATIONS A L'EGARD DES USAGERS**

Fiche 3.2.1.1. Devoir d'information

Fiche 3.2.1.2. Secret professionnel

Fiche 3.2.1.3. Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Fiche 3.2.1.4. Respect de la liberté de conscience et d'opinion

Fiche 3.2.1.5. Accueil et respect du libre choix des familles

##### **SOUS-SECTION 2 - OBLIGATIONS A L'EGARD DE L'ETABLISSEMENT**

Fiche 3.2.2.1. Assiduité et ponctualité

Fiche 3.2.2.2. Exécution des instructions reçues

Fiche 3.2.2.3. Obligation de désintéressement

Fiche 3.2.2.4. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Fiche 3.2.2.5. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Fiche 3.2.2.6. Obligation de déposer argent, valeurs confiés par les malades ou trouvés

Fiche 3.2.2.7. Information du supérieur hiérarchique

Fiche 3.2.2.8. Témoignage en justice

Fiche 3.2.2.9. Bon usage des biens du Centre Hospitalier

Fiche 3.2.2.10. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Fiche 3.2.2.11. Exigence d'une tenue correcte

Fiche 3.2.2.12. Identification des personnels

#### **SECTION 3 - ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL**

Fiche 3.3.1. Horaires de travail

Fiche 3.3.2. La gestion des temps de présence

Fiche 3.3.3. Congés et absences

### **CHAPITRE 4 - APPROBATION ET MODIFICATION**

Fiche 4.1. Approbation du règlement intérieur

Fiche 4.2. Modification du règlement intérieur

Fiche 4.3. Application du règlement intérieur

### **GLOSSAIRE**



# Chapitre 1 - Dispositions générales

## Section 1 - Organisation générale du Centre Hospitalier

### Sous-section 1 – Présentation synthétique du Centre Hospitalier

#### Fiche 1.1.1.1. Statut et capacité

Le Centre Hospitalier de Beauvais sis 40, avenue Léon Blum 60 000 Beauvais, est un établissement public de santé. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Le Centre Hospitalier de Beauvais deuxième Centre Hospitalier général de Picardie, dispose de 948 lits et est le siège du SAMU 60.

#### Fiche 1.1.1.2. Missions

En tant qu'établissement public de santé, le Centre Hospitalier de Beauvais a pour missions :

- d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- de délivrer des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ;
- de participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ;
- de participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- de mener en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- d'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Il dispense, avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine et chirurgie ;
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
- des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Le Centre Hospitalier de Beauvais assure, en tout ou partie une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- la permanence des soins ;
- la prise en charge des soins palliatifs ;
- l'enseignement universitaire et post universitaire ;
- la recherche ;
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- les actions de santé publique ;
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article du droit de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier de Beauvais garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions :

- l'égal accès à des soins de qualité ;

- la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé ;
- **la prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.**

### Fiche 1.1.1.3. Structures rattachés

Le Centre Hospitalier de Beauvais est composé des établissements et structures de soins suivants :

LES POLES	Structures internes rattachées au pôle
MEDICO-TECHNIQUE (A)	Hygiène, Département de biologie médicale, Pharmacie, Information médicale
GERONTOLOGIE (B)	Unité de médecine gériatrique, Unité de convalescence et de réadaptation, Consultation Mémoire, Equipe mobile de gériatrie, Accueil de jour, EHPAD (maison de retraite et soins de longue durée).
URGENCES-CONSULTATIONS (C)	Consultations adultes, médecin légale, Odontologie, SAMU 60, Structures des Urgences, UCSA, Consultations Médecine, Consultations Chirurgie
CHIRURGIE (D)	Anesthésie, Bloc opératoire, Réanimation, Chirurgie viscérale et urologique, Chirurgie orthopédique et traumatologique, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Ophtalmologie, ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpitaux de jour, Unité et Consultation Douleur
MEDECINE (E)	Cardiologie, Unité de médecine polyvalente, HAD, Néphrologie Endocrinologie dialyse, Prévention et Education, Neurologie, Pneumologie, Rééducation fonctionnelle
CANCEROLOGIE (F)	Hépto-gastro-entérologie, Hémato-oncologie, Anatomie et cytopathologie pathologiques, Médecine nucléaire, Radiologie, Groupement d'imagerie médicale, Radiothérapie, Unité de soins palliatifs, Chambre Mortuaire
FEMME – ENFANT (G)	Gynécologie-obstétrique, Pédiatrie, Urgences pédiatriques, Centre d'action médico-sociale précoce, Néonatalogie
PILOTAGE ET RESSOURCES HUMAINES (PPRH)	Direction des Ressources humaines et des relations sociales Direction des Affaires médicales, générales et de la qualité Direction des affaires gériologiques et des réseaux Direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
ANALYSE ET RESSOURCES MATERIELLES (PARM)	Direction des finances, des admissions et des consultations Direction des affaires économiques et logistiques Direction des services techniques, de la sécurité et des travaux Direction des systèmes d'information

Ainsi que de :

- L'IFSI.
- L'internat.
- La Crèche du personnel

### Fiche 1.1.1.4. Coopérations

Le Centre Hospitalier de Beauvais est également membre :

- Du Groupement d'imagerie médicale du Beauvaisis, établissement de droit privé installé sur le terrain du Centre Hospitalier de Beauvais géré en association 50/50 entre le Centre Hospitalier de Beauvais et des radiologues libéraux ; le GIE d'imagerie exploite les deux scanners et les deux IRM du Beauvaisis.

- Le Syndicat Interhospitalier du Beauvaisis ou Centre de Traitement Textile Hospitalier, établissement public de coopération inter hospitalière dirigé par le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais, qui exploite et fournit le linge hospitalier à une vingtaine d'établissements autour de Beauvais.

Le Centre Hospitalier de Beauvais est lié par convention de gestion commune à l'Hôpital de Crèvecœur le Grand et coordonne la Communauté hospitalière de l'Oise Ouest (CH2O) en qualité d'Etablissement pivot sur son territoire.

Sont membres de cette Communauté :

- Le Centre Hospitalier de Beauvais
- Le Centre Hospitalier de Clermont,
- Le Centre Hospitalier de Chaumont-en-Vexin,
- L'hôpital de Crèvecœur-le-Grand,
- L'Hôpital de Grandvilliers,
- Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle, Le Belloy à Saint-Omer,
- L'EHPAD de Breteuil,
- Le Centre de Traitement Textile

Y sont associés en tant que membres partenaires :

- L'Institut Médical de Breteuil,
- Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Saint-Lazare de Beauvais,
- Le Centre de Rééducation Fonctionnelle Léopold Bellan de Chaumont-en-Vexin,
- Le Château du Tillet de Cires les Mello.

Ces 11 établissements de santé qui prodiguent des soins sur un territoire de plus de 250 000 habitants, totalisent 2462 lits sanitaires et médico-sociaux. Ils représentent une capacité financière de plus de 245 millions d'euros et emploient 3740 salariés.

La Communauté Hospitalière de Territoire de l'Oise-Ouest s'est donné dans ses statuts les objectifs suivants :

- Renforcement de la qualité des soins et homogénéisation sur le territoire ;
- Maintien du tissu sanitaire existant au prix d'ajustements indispensables ;
- Recherche de l'efficience et des effets d'échelle ;
- Amélioration de la complémentarité entre établissements ;
- Soutien et développement de l'activité ;
- Garantie d'un service hospitalier de proximité, bien coordonné et justement dimensionné.

## Sous-section 2 - Instances de pilotage du Centre Hospitalier de Beauvais

### Fiche 1.1.2.1. Le Conseil de surveillance

Le règlement du Conseil de surveillance a été soumis au vote de ses membres par le Président. Il a été adopté par délibération du Conseil de Surveillance en date du 17 janvier 2011 et constitue, en complément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur, le cadre de fonctionnement du Conseil de Surveillance.

Le règlement intérieur fait siennes les valeurs du Centre Hospitalier de Beauvais ; il ne peut en aucun cas contrevenir ou faire obstacle à l'application d'une règle de portée supérieure (Loi et règlements). Les membres du Conseil comme toute personne appelée à assister aux séances s'engagent à en respecter les dispositions.

#### a) Compétences

**Article 1** – Conformément à la loi (article L 6143-3 du Code de la Santé Publique), le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

**Article 2** - Le Conseil de Surveillance délibère sur :

- 1 - le projet d'établissement ;
- 2 - les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la Santé publique ;
- 3 - le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 4 - toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire incluant un CHU ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- 5 - le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur ;
- 6 - toute convention intervenant entre le Centre Hospitalier et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- 7 - les statuts des fondations hospitalières créées par le Centre Hospitalier de Beauvais.

**Article 3** - Le Conseil de Surveillance donne son avis sur :

- 1 - 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 ;
- 2 - les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 du Code de la Santé publique ;
- 3 - le règlement intérieur de l'établissement.

**Article 4** - Le Conseil de Surveillance communique au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie ses observations sur le rapport annuel du Directeur et sur la gestion de l'établissement.

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

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

Le Conseil de Surveillance entend le Directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

#### b) Composition

##### MEMBRES AYANT VOIX DELIBERATIVE

**Article 5** – Le Conseil de surveillance se compose de 15 membres :

*1° Au titre des représentants des collectivités territoriales : au plus cinq représentants*

- le maire de Beauvais, ou le représentant qu'il désigne, ainsi qu'un autre membre désigné en son sein par le conseil municipal de la ville de Beauvais ;
- deux représentants de la communauté de l'agglomération du Beauvaisis ;
- le Président du conseil général de l'Oise, ou le représentant que cette collectivité qu'il désigne.

*2° Au titre des représentants du personnel : au plus cinq représentants*

- un membre désigné par la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- deux membres désignés par la commission médicale d'établissement ;
- deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives, compte-tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement.

*3° Au titre des personnalités qualifiées : au plus cinq représentants*

- deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Picardie ;
- trois personnalités qualifiées désignées par le Préfet de l'Oise, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 du Code de la Santé publique.

**Article 6** – Les membres du Conseil de surveillance sont nommés par arrêté du Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Picardie, dans les conditions définies à l'article R. 6143-4 du décret n°2010.361 du 8 avril 2010.

**Article 7** – La durée du mandat de membre de 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.

Toutefois, le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Cependant, 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 par les organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Cependant, ces membres continuent de siéger au sein du Conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Les membres du Conseil de surveillance qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues par la loi ou les règlements en vigueur démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le Directeur Général de l'Agence régionale de la Santé de Picardie.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du Conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le Directeur Général de l'Agence régionale de la Santé de Picardie constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Lorsqu'un membre cesse ses fonctions avant l'expiration normale de son mandat, il est pourvu, dans le délai de trois mois, à son remplacement sous les mêmes formes. Dans ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

**Article 8** – Nul ne peut être membre avec voix délibérative du 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 du Centre Hospitalier de Beauvais ;

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 privé 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 du Code de la Santé publique ;

5 - S'il est lié au Centre Hospitalier de Beauvais 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 du Code de la Santé Publique, ni aux membres prévus 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 du même code ou pris en application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;

6 - S'il est agent salarié de l'établissement ; toutefois cette incompatibilité 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 le Centre Hospitalier de Beauvais en matière de tarification ou s'il est membre du Conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de Picardie.

**Article 9** – Les fonctions de membre du Conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit.

Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions.

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

#### MEMBRES AYANT VOIX CONSULTATIVE

---

**Article 10** – Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Picardie, ou en cas d'empêchement son représentant, participe avec voix consultative aux séances du Conseil de surveillance.

Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1 du Code de la Santé publique.

Il peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour des séances du Conseil de surveillance.

**Article 11** – Sont également invités à participer aux séances du Conseil de surveillance avec voix consultative :

- le Directeur de la Caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du Code de la sécurité sociale ;
- le président de la Commission médicale d'établissement, Vice-président du Directoire ;
- le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique au sein du Centre Hospitalier de Beauvais ;
- un représentant des familles des résidents accueillis dans les unités de soins de longue durée et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du Centre Hospitalier de Beauvais, proposé par le Conseil de la vie sociale.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais ou son représentant dûment désigné, participe aux séances du Conseil de surveillance. Il assure le secrétariat de l'instance et présente ou fait présenter les sujets inscrits à l'ordre du jour. Il apporte aux membres toute information utile à la demande du président et assiste ce dernier dans la conduite des travaux. Il peut se faire assister par les collaborateurs de son choix.

### c) Fonctionnement

#### PRESIDENCE

---

**Article 12** – Le président du Conseil de surveillance est élu pour une durée de 5 ans parmi les membres des collèges 1 et 3, représentant les collectivités territoriales et les personnalités qualifiées. Sa fonction de président prend fin lorsque son mandat de membre du Conseil s'interrompt.

**Article 13** – Le vote pour la désignation du président a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

**Article 14** - La réunion au cours de laquelle le Conseil de surveillance procède à cette élection est convoquée par le Directeur, président du directoire. Elle est présidée par le doyen d'âge et son secrétariat est assuré par le plus jeune des membres. Le président élu reprend la présidence de la séance immédiatement après la proclamation des résultats.

**Article 15** – Le président élu du Conseil de surveillance désigne, parmi les membres représentant les collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un vice-président qui préside le Conseil de surveillance en son absence.

**Article 16** - En cas de vacance des fonctions de président et de vice-président du Conseil de surveillance, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les membres représentant les collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

#### CONVOCATIONS

---

**Article 17** – Le Conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. En cas d'empêchement du président, la convocation peut être signée par le vice-président. Les convocations ainsi que les documents de séance peuvent être adressées par messagerie électronique, sauf impossibilité matérielle ou demande contraire de la part d'un membre.

**Article 18** - Les convocations à la première séance du Conseil de surveillance sont adressées par le Directeur, président du Directoire.

**Article 19** - 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 dans la limite d'un délai de réception d'un jour franc avant la séance. Dans ce cas l'ordre du jour est adressé par tout moyen adapté, y compris messagerie électronique. Le président rend compte de l'urgence dès l'ouverture de la séance. Le Conseil de surveillance se prononce définitivement sur l'urgence et peut décider le renvoi de la discussion, pour tout ou partie, à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.

**Article 20** – Le nombre minimum des séances du Conseil de surveillance ne peut être inférieur à quatre par an.

#### QUORUM

---

**Article 21** – Les séances du Conseil de surveillance s’ouvrent à l’heure mentionnée sur la convocation.

L’absence de quorum ne fait pas obstacle à la présentation des communications. Le quorum est atteint lorsque la moitié plus un au moins des membres en exercice assistent à la séance.

**Article 22** – Le quorum ainsi constaté est réputé perdurer jusqu’à l’issue de la séance.

**Article 23** – Lorsque, après une convocation régulière, le quorum n’est pas atteint en début de séance, le président convoque une nouvelle séance à 24 heures au moins et huit jours au plus d’intervalle. Le quorum n’est plus requis lors de cette seconde séance.

#### DEROULEMENT DES SEANCES

---

**Article 24** – Les séances du Conseil de surveillance ne sont pas publiques.

La police de l’assemblée appartient au président qui peut suspendre la séance pour une durée qu’il précise ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le Conseil de surveillance est convoqué à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

**Article 25** – Le président dirige les débats. Tout membre du Conseil de surveillance et toute personne admise à siéger avec voix consultative ne peut intervenir qu’après avoir demandé la parole au président. La parole est accordée suivant l’ordre des inscriptions ou des demandes.

**Article 26** – Si un orateur s’écarte de la question traitée, le président peut le rappeler à l’ordre. Le président peut mettre fin aux interruptions, aux interpellations directes d’un membre, aux mises en causes personnelles qu’elles concernent une personne membre du Conseil ou non, ainsi qu’aux propos contraires à la loi, aux règlements, aux règles de courtoisie et de respect mutuel. Il peut à tout moment retirer la parole à un membre qui ne respecterait pas un rappel à l’ordre renouvelé deux fois. Mention en est alors portée au procès-verbal.

**Article 28** – Le président prononce la clôture des débats.

**Article 29** - Les membres du Conseil de surveillance ainsi que les personnes siégeant avec voix consultative sont tenus à une obligation de discrétion à l’égard des informations présentant un caractère confidentiel. Les documents remis aux membres et destinés au Conseil sont réputés être réservés à leur usage dans le cadre des travaux du Conseil, sauf mention contraire précisée en séance. Toute communication par l’un des membres à l’extérieur de l’instance, sur le contenu des travaux ou le sens des délibérations adoptées, doit être autorisée par le Président. Le délibéré lui-même et le vote individuel de chacun des membres ne peuvent faire l’objet d’aucune communication.

#### SCRUTIN

---

**Article 30** – Lorsqu’il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à bulletin secret si l’un des membres présents en fait la demande. Dans le cas contraire, le mode de scrutin ordinaire du Conseil de surveillance est le vote à main levée. 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.

**Article 31** - Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

**Article 32** – En cas de vote à main levée, le vote exprimé par chacun des membres n’est pas mentionné au compte-rendu, à moins que le membre concerné en fasse la demande expresse dont mention est portée au procès-verbal.

**Article 33** – Lorsque le Conseil de surveillance est appelé, au cours d’une même séance, à procéder à plusieurs scrutins secrets, il peut décider qu’ils auront lieu simultanément. Dans ce cas, un même bulletin peut être utilisé.

**Article 34** – Dès lors que le scrutin est ouvert, il est interdit, sous peine d’être rappelé à l’ordre, de prendre ou demander la parole jusqu’à sa clôture.

**Article 35** – Le président s’assure que tous les membres présents ont pu prendre part au vote ; il prononce la clôture du scrutin, procède au dépouillement et proclame les résultats.

**Article 36** – Les délibérations et avis du Conseil de surveillance sont pris à la majorité des suffrages exprimés ; les bulletins blancs et nuls n’entrent pas en compte dans le calcul de la majorité.

#### SECRÉTARIAT, REGISTRE, CONSERVATION DES AVIS ET DÉLIBÉRATIONS

---

**Article 38** – Le Conseil de surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à disposition par le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais. Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais.

**Article 39** – Les délibérations et avis sont établis dans la rédaction adoptée après l'examen éventuel des amendements. Le président atteste que les délibérations et avis ont été pris sans mentionner les résultats détaillés du vote, mais en indiquant s'il est acquis à la majorité ou à l'unanimité. Il précise si le scrutin a été secret.

**Article 40** – Les délibérations et avis sont tenus dans un registre, sous la responsabilité du président du Conseil de surveillance, conservé à la direction du Centre Hospitalier de Beauvais. Ce registre est tenu à la disposition des membres du Conseil de surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Les délibérations et avis sont transmis sans délai au Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Picardie.

**Article 41** – Les membres du Conseil de surveillance reçoivent un compte-rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion. Le compte rendu est transmis aux membres par messagerie électronique, sauf demande contraire de leur part. Le compte rendu précise les noms des présents, le lieu et les horaires de la séance, le texte des projets de délibérations et les amendements éventuels, les résultats des scrutins, le résumé succinct des interventions, les éventuels incidents de séance. Il est soumis à l'approbation du Conseil de surveillance lors d'une de ses séances ultérieures. Le président atteste de l'adoption en apposant sa signature sur le compte-rendu définitif.

**Article 42** – Les copies, extraits ou compte rendus des délibérations et avis ne peuvent être utilisés que sous réserve du respect des règles de confidentialité rappelées au présent règlement et des prescriptions du code pénal relatives aux informations à caractère secret détenues par un membre à raison de ses fonctions.

#### **d) Adoption et révision**

**Article 43** – Le présent règlement intérieur est adopté et révisé par délibération du Conseil de surveillance selon les règles de vote précitées. Le règlement intérieur est notamment révisé chaque fois qu'une modification législative ou réglementaire le rend caduc. Toutefois, même en l'absence de révision valablement adoptée, il ne peut en aucun cas faire obstacle à l'application de la loi ou d'un décret.

Le règlement intérieur peut en outre être révisé lorsque le Président, le tiers des membres du Conseil de surveillance ou le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Picardie en font la demande.

Une fois adoptées, les modifications du règlement intérieur sont transmises par le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais au Directeur Général de l'ARS Picardie et aux membres du Conseil de Surveillance. Elles sont tenues à disposition de toutes personnes qui en font la demande à la Direction du Centre Hospitalier de Beauvais.

### Fiche 1.1.2.2. Le Directeur<sup>1</sup>

Le Centre Hospitalier de Beauvais est dirigé par un Directeur, haut fonctionnaire nommé par arrêté du Directeur Général du CNG.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais assure ces fonctions pour le Centre Hospitalier de Beauvais, pour l'Hôpital local de Crèvecœur-le-Grand, et pour le Centre de Traitement Textile Hospitalier.

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 ;
- Il est ordonnateur des dépenses et recettes de l'établissement ;
- Il peut déléguer sa signature ;
- Il possède le pouvoir de transiger ;
- Il participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au Directeur Général du CNG :

- la nomination des Directeurs adjoints et du Directeur des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- ainsi que la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques sur proposition du Chef de pôle ou du Responsable de la structure interne et après avis du Président de la CME.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé.

Il est compétent dans tous les domaines extérieurs aux attributions du Conseil de surveillance et exerce en concertation avec le Directoire les attributions suivantes :

- Il conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- Il décide, conjointement avec le Président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Il arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Il détermine le programme d'investissement ;
- Il fixe l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations ;
- Il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de surveillance ;
- Il arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité
- Il peut proposer au DGARS, aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à des formes de coopération sanitaire ;
- Il conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Il conclut les baux emphytéotiques ;
- Il soumet au Conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Il conclut les délégations de service public relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- Il arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- Il décide de l'organisation du travail et des temps de repos (à défaut d'un accord avec les organisations syndicales) ;
- Il présente à l'ARS le plan de redressement.

---

<sup>1</sup> Article L6143-7, L6143-7-2 et articles D6143-33 à D6143-35 du CSP

### Fiche 1.1.2.3. Le Directoire<sup>1</sup>

Le Directoire appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il remplace le Conseil exécutif.

#### a) Composition

Le Directoire est composé de sept membres :

##### Les membres de droit :

- Le Directeur qui préside le Directoire ;
- Le président de la CME, Vice-président du Directoire ;
- Le Directeur de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

##### Des membres nommés :

Quatre membres sont nommés par le Président du Directoire, dont trois appartiennent aux professions médicales (nommés sur proposition du Président de la CME) et le quatrième membre fait parti de l'équipe de Direction.

La durée du mandat des membres du Directoire est de quatre ans. Le Président du Directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés, après information du Conseil de surveillance.

En outre, le mandat des membres nommés prend fin dans deux hypothèses :

- lors de la nomination d'un nouveau président du Directoire ;
- quand le titulaire quitte l'Etablissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire.

Le Directoire peut entendre toute personne qualifiée sur des points de l'ordre du jour lorsqu'il le juge nécessaire sur invitation de son Président.

#### b) Compétences

Le Directoire conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement (art. L.6143-7-4 CSP). Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

Selon l'article L.6143-7 du CSP, le Directoire est concerté sur :

- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Le programme d'investissement ;
- L'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Le compte financier ;
- L'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité ;
- La constitution ou la participation à une action de coopération ;

Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

#### c) Fonctionnement

En dehors de la période estivale, le Directoire se réunit deux fois par mois en moyenne, selon un calendrier prédéfini d'un commun accord entre le Président et le Vice-président du Directoire sur un ordre du jour déterminé.

Le Directeur organise les travaux du Directoire. La concertation a lieu à l'initiative et selon les modalités définies par le président du Directoire. Il est établi un compte rendu des séances du Directoire sous la responsabilité de son Président.

<sup>1</sup> Articles L6143-7 et L6143-7-5, articles D6143-35-1 à D6143-35-4, article L6143-7-4 et articles D6143-35-5 du CSP

## Sous-section 3 – Instances représentatives

### Fiche 1.1.3.1. Commission Médicale d'Établissement (CME)

Le présent règlement intérieur, élaboré dans les conditions définies par le Code de la Santé Publique (CSP) modifié par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 dite loi HPST, définit les compétences, la composition, et le mode de fonctionnement de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de Beauvais.

Soumis au vote des membres par le Président, il est arrêté par le Directeur et constitue, en complément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur, le cadre de fonctionnement de la Commission Médicale d'Établissement. Le règlement intérieur fait siennes les valeurs du Centre Hospitalier de Beauvais ; il ne peut en aucun cas contrevenir ou faire obstacle à l'application d'une règle de portée supérieure (Loi et règlements). Les membres de la Commission comme toute personne appelée à assister aux séances s'engagent à en respecter les dispositions.

Le règlement intérieur de la Commission Médicale d'Établissement. est transmis aux membres de la commission. Il est porté à la connaissance de toute personne qui en ferait la demande auprès du Président de l'instance et peut être consulté à la Direction du Centre Hospitalier de Beauvais et sur l'intranet de l'établissement.

#### a) Compétences

##### **Article 1**— Attributions consultatives

Conformément l'article L 6144-1 du CSP, la CME est consultée sur les matières suivantes :

- 1) le projet médical d'établissement
- 2) le projet d'établissement
- 3) les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- 4) le règlement intérieur de l'établissement
- 5) les programmes d'investissements concernant les équipements médicaux
- 6) les conventions passées en application de l'article L6142-5
- 7) les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
- 8) le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
- 9) les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
- 10) les décisions d'avertissement et de blâme dans le cadre de la procédure disciplinaire et la procédure prévue en cas d'insuffisance professionnelle des personnels médicaux.

##### **Article 2** — Informations

En application de l'article L 6144-1-1 du CSP, la CME est informée sur les matières suivantes :

- 1) l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) initial et ses modifications, le compte financier, et l'affectation des résultats
- 2) le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement (CPOM)
- 3) le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- 4) les contrats de pôles et leur suivi
- 5) le bilan annuel des tableaux de service
- 6) la politique de recrutement des emplois médicaux notamment sur la modification de l'effectif médical, les nouveaux recrutements et les évolutions statutaires des praticiens. En l'absence de consensus interne, le président de la CME s'engage à demander un avis aux membres de la CME avant de rendre son propre avis au Directeur.
- 7) l'organisation de la formation des étudiants et des internes et la liste des postes que l'établissement souhaite ouvrir
- 8) le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 9) l'organisation interne de l'établissement : démarche fondatrice dont l'impact sur l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est évident. A ce titre, il paraît souhaitable que la CME soit tout particulièrement impliquée dans sa préparation.
- 10) la programmation des travaux, l'aménagement des locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins (incluant tous les investissements et non pas les seuls équipements médicaux)
- 11) la politique de recherche clinique
- 12) le bilan d'activité des sous-commissions de la CME.

**Sur ces matières, le président de la CME s'engage à demander un avis et de le transmettre au Directeur. Ces avis pourront être transmis au Président du conseil de surveillance et aux autorités sanitaires le cas échéant.**

**Article 3** — Autres compétences générales

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

- 1) la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres évènements indésirables liés aux activités de l'établissement
- 2) les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
- 3) la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles : à ce titre elle élabore :
  - un programme d'actions, assorti d'indicateurs, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.
  - Un bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.
  - La liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement.
  - Des préconisations en matière de prescriptions des dispositifs médicaux stériles et des médicaments.
- 4) la prise en charge de la douleur
- 5) le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques

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

- 1) la réflexion sur l'éthique
- 2) l'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées
- 3) l'évaluation de la mise en oeuvre de la politique de soins palliatifs
- 4) le fonctionnement de la permanence de soins, le cas échéant par secteur d'activité
- 5) l'organisation des parcours de soins

**Article 4** — Attributions spécifiques

La CME:

- 1) Propose au Directeur le programme d'actions de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme :
  - Prend en compte le bilan des améliorations mises en oeuvre à la suite de l'analyse des évènements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L6122-2.
  - Comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en oeuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité.
  - Prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

- 2) Elabore un **rapport annuel** présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi

**Article 5** - Sous commissions médicales

Pour les compétences énumérées aux articles 3 et 4, la CME délègue ses compétences:

- au Comité de Pilotage de la Démarche Qualité (CPDQ)
  - au Comité de Gestion des risques et des vigilances (COVIGRIS)
  - aux sous-commissions médicales spécialisées prévues pour chacun des thèmes suivants :
- 1) la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections nosocomiales : comité de lutte contre les infections nosocomiales
  - 2) la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et de l'antibiothérapie : COMEDIMS
  - 3) la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance : comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
  - 4) la prise en charge de la douleur : Comité de lutte contre la douleur (CLUD)
  - 5) le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique : Commission du Développement Professionnel Continu.
  - 6) la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale : Comité d'Ethique
  - 7) l'évaluation de la prise en charge des patients et en particulier des urgences et des admissions non programmées et l'organisation des parcours de soins : Commission des admissions et des soins non programmés.

- 8) le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité : Commission de l'organisation de la permanence des soins
- 9) l'alimentation et la nutrition : Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)
- 10) l'information médicale : Collège de l'Information Médicale et des systèmes d'information
- 11) la politique de recrutement : la commission d'étude des candidatures médicales (CECM)

**Chacune de ces sous commissions propose à la CME son règlement intérieur qui est arrêté par le Directeur et intégré au règlement intérieur de l'établissement. Elle élit en son sein son président. Elle présente son rapport annuel à la CME.**

## **b) Composition**

### **Article 6** —Composition

La composition de la CME est fixée comme suit :

#### **Membres avec voix délibérative :**

- 1) l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques
- 2) des représentants élus des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles
- 3) des représentants élus des praticiens titulaires, en nombre égal à celui des responsables de structures internes
- 4) des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement
- 5) un représentant élu des sages-femmes
- 6) des représentants des internes comprenant répartis comme suit :
  - un représentant pour les internes de médecine générale
  - un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités
  - un représentant pour les internes de pharmacie
- 7) un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur

#### **Membres avec voix consultative :**

- 1) le président du directoire ou son représentant
- 2) la présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 3) le praticien responsable de l'information médicale
- 4) le représentant du Comité Technique d'Etablissement, élu en son sein
- 5) le praticien responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène
- 6) le médecin du travail

Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix. Peuvent être invitées toutes personnes non membres de la CME pour la présentation d'un point inscrit à l'ordre du jour et concernant son domaine d'activité.

### **Article 7** —Répartition et nombre de sièges

La répartition et le nombre de sièges au sein de la CME sont déterminés, pour chaque catégorie, par le présent règlement intérieur qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

Lorsque la répartition des sièges au prorata des effectifs par pôle dans le collège des responsables de structures internes ne permet pas de pourvoir effectivement chaque siège théoriquement attribué à un pôle, le siège est réaffecté dans le collège des praticiens titulaires de ce pôle.

Cette répartition est définie comme suit :

- 1) l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques : **7 membres de droit**
- 2) des représentants **élus** des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles : **12 sièges** répartis au prorata de l'effectif total de chaque pôle comme suit :
  - Pôle Médico-Technique = 1 titulaire
  - Pôle de Gériatrie = 1 titulaire
  - Pôle Urgences Consultations = 2 titulaires
  - Pôle Chirurgie = 3 titulaires
  - Pôle Médecine = 2 titulaires
  - Pôle Cancérologie = 2 titulaires
  - Pôle Femme Enfant = 1 titulaire
- 3) des représentants **élus** des praticiens titulaires : **14 sièges** répartis au prorata de l'effectif total de chaque pôle comme suit :
  - Pôle Médico-Technique = 1 titulaire

- Pôle de Gériatrie = 1 titulaire
  - Pôle Urgences Consultations = 2 titulaires
  - Pôle Chirurgie = 3 titulaires
  - Pôle Médecine = 2 titulaires
  - Pôle Cancérologie = 2 titulaires
  - Pôle Femme Enfant = 3 titulaires
- 4) des représentants **élus** des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement : **5 sièges**
- 5) un représentant **élu** des sages-femmes
- 6) des représentants des internes répartis comme suit :
- un représentant pour les internes de médecine générale : **1 siège**
  - un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités : **1 siège**
  - un représentant pour les internes de pharmacie : **1 siège**
- 7) un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur

**Soit au total : 43 membres avec voix délibérative**

**Article 8** — Désignation des membres et organisation des élections.

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

Les élections pour le renouvellement des membres de la CME sont organisées par le Directeur. Les électeurs sont convoqués à une date fixée après avis du président de la CME en exercice. Les modalités d'organisation des élections font l'objet d'un avis affiché au moins un mois à l'avance.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre. Sont électeurs et éligibles dans chacun des collèges les personnels appartenant au collège, en position d'activité ou de congés à la date de clôture définitive de la liste électorale. Les listes des électeurs et éligibles sont affichées pendant huit jours un mois au moins avant la date du scrutin par le Directeur. Pendant la durée de l'affichage, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations contre les erreurs ou omissions de ces listes. A l'expiration du délai d'affichage prévu ci-dessus, les listes sont définitivement closes.

Les déclarations de candidatures, dûment signées, comportent l'indication des noms, prénoms, qualités ainsi que du collège au titre duquel se présentent les intéressés. Elles sont adressées ou remises au Directeur, quinze jours au moins avant la date fixée pour le scrutin, le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt à la direction, en cas de remise en main propre, faisant foi. Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après la date limite prévue ci-dessus.

Le Directeur arrête la liste des candidats par collège. Cette liste est affichée immédiatement.

Le matériel électoral est mis à la disposition des électeurs par le Directeur. Le vote par correspondance est admis.

L'électeur fait figurer sur son bulletin de vote autant de noms que de membres titulaires et suppléants à élire dans le collège auquel il appartient. Il place son bulletin de vote ne comportant aucun signe distinctif dans une enveloppe mis à sa disposition par le Directeur.

Les électeurs votant par correspondance doivent placer cette enveloppe dans une enveloppe cachetée mentionnant leur identité ainsi que le collège au titre duquel le vote est émis. Cette enveloppe est adressée par voie postale ou remise au Directeur. Elle doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin. Le Directeur tient le registre des votes par correspondance.

Les enveloppes qui ne remplissent pas les conditions fixées ci-dessus, les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous le nom d'un même électeur, celles qui comprennent plusieurs enveloppes intérieures, ainsi que celles émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place ne sont pas prises en compte pour le scrutin.

Le dépouillement du scrutin a lieu au siège de la direction en présence du président de la CME en exercice et de deux candidats désignés par voie de tirage au sort.

Les bulletins sont valables même s'ils comportent moins de noms que de candidats à élire.

Sont considérés comme nuls, les bulletins comportant plus de noms que de membres à élire, les bulletins blancs, les bulletins ou enveloppes comportant des signes de reconnaissance et les bulletins comportant des noms de candidats ne correspondant pas au collège de l'électeur ou le nom des personnes ne figurant pas sur la liste des candidats.

Au premier tour, sont déclarés élus dans chaque collège, en qualité de titulaires, puis en qualité de suppléants, les candidats qui ont obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si plusieurs candidats ont obtenu un nombre égal de voix leur permettant de prétendre au même siège de titulaire ou de suppléant, l'élection est acquise au plus âgé.

Un procès verbal des opérations électorales est établi pour chaque tour de scrutin. Il est affiché immédiatement et pendant six jours francs au cours desquels les éventuelles réclamations sur la validité des opérations électorales sont adressées au Directeur. A l'expiration de ce délai, le Directeur proclame les résultats du scrutin et convoque les membres de la CME en vue de l'élection de son président.

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.

Les élections partielles organisées en cours de mandat en vue de pourvoir aux remplacements des titulaires peuvent déroger aux conditions de délais fixées au présent article, en ce qui concerne l'avis d'affichage de la date du scrutin, la liste des électeurs et éligibles, les déclarations de candidatures et la proclamation des résultats électoraux. Ces délais sont fixés en concertation avec le Président de la CME.

Les représentants des internes sont désignés tous les 6 mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le Directeur Général de l'ARS après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

#### **Article 9** — Durée du mandat et remplacement

La durée du mandat de membre de la CME est de 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 de nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence d'un autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire par le biais d'une élection partielle organisée dans les meilleurs délais.

Tout membre qui, sans motif légitime, ne participe pas à au moins 2 séances de la CME au cours d'une année donnée est réputé démissionnaire. Le Président constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé à compter de cette notification par un suppléant de la même catégorie ou discipline.

Les fonctions de membre de la CME sont exercées à titre gratuit.

### **c) Fonctionnement**

#### **Article 10** — Présidence et vice-présidence

La CME élit son président et son vice-président parmi les membres titulaires.

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.

Les fonctions de président de la CME sont de 4 ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

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

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

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

Le président de la CME réunit régulièrement et selon les besoins l'ensemble des chefs de pôle ainsi que leurs adjoints et le vice-président de la CME.

#### **Article 11** — Convocation et ordre du jour

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

Pour l'accomplissement de ses missions, la CME définit librement son organisation selon les modalités suivantes :

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

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins 7 jours à l'avance aux membres de la CME et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts. Les convocations ainsi que les documents de séance sont adressées par messagerie électronique, sauf impossibilité matérielle ou demande contraire de la part d'un membre.

En cas d'empêchement du président, la convocation peut être signée par le vice-président.

Elle est également réunie à la demande soit du tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du Directeur Général de l'ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

En cas d'urgence, le délai d'envoi de l'ordre du jour de 7 jours peut être abrégé par le président dans la limite d'un délai de réception d'un jour franc avant la séance. Dans ce cas, l'ordre du jour est adressé par tout moyen adapté, y compris messagerie électronique. Le président rend compte de l'urgence dès l'ouverture de la séance. La CME se prononce définitivement sur l'urgence et peut décider le renvoi de la discussion, pour tout ou partie, à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.

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 CME peuvent être appelés à intervenir ponctuellement en séance sur invitation du président.

#### **Article 12** — Quorum

Les séances de la Commission s'ouvrent à l'heure mentionnée sur la convocation. L'absence de quorum ne fait pas obstacle à la présentation des communications.

Le quorum est atteint lorsque la moitié plus un au moins des membres ayant voix délibérative assiste à la séance.

Le quorum ainsi constaté en début des délibérations est réputé perdurer jusqu'à l'issue de la séance, sauf si sa vérification est demandée. La vérification du quorum ne peut être demandée que par un membre à voix délibérative de la CME, ou par le président du Directoire. Il ne peut être procédé à la vérification du quorum après que l'examen d'une question ait débuté et avant que la suivante ne soit appelée. Une seule vérification peut être demandée par un même membre au cours d'une même séance, à l'exception du Président.

Si le quorum n'est pas constaté, le président convoque une nouvelle séance dans un délai de 8 jours au plus. Le quorum n'est plus requis lors de cette seconde séance.

#### **Article 13** — Organisation des séances

Les séances de la CME ne sont pas publiques.

Lorsqu'elle siège sur des questions relatives à la discipline ou à l'insuffisance professionnelle, la CME se réunit en formation restreinte aux praticiens titulaires.

La police de l'assemblée appartient au président qui peut suspendre la séance pour une durée qu'il précise ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, la CME est convoquée à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

Le président dirige les débats. Tout membre de la CME et toute personne admise à siéger avec voix consultative ne peut intervenir qu'après avoir demandé la parole au président. La parole est accordée suivant l'ordre des inscriptions ou des demandes.

Un membre à voix délibérative peut demander une suspension de séance qui ne peut excéder une heure sous réserve de la motiver et d'en préciser la durée. Le président l'accorde ou la refuse sans débat. Un même membre ne peut demander plus d'une suspension par séance. La suspension peut également être demandée par un tiers des membres présents, dans ce cas le président ne peut la refuser sans soumettre son refus à la majorité des membres présents, par vote à main levée. La suspension de séance ainsi accordée ne peut excéder une heure.

Le président prononce la clôture des débats.

#### **Article 14** — Règles de vote

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à bulletin secret si l'un des membres présents en fait la demande. Dans le cas contraire, le mode de scrutin ordinaire de la CME est le vote à main levée.

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

En cas de vote à main levée, le vote exprimé par chacun des membres n'est pas mentionné au compte-rendu, à moins que le membre concerné en fasse la demande expresse dont mention est portée au procès-verbal.

Les délibérations et avis de la CME sont pris à la majorité des suffrages exprimés, les bulletins blancs et nuls n'entrent pas en compte dans le calcul de la majorité.

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

**Article 15** — Obligation de discrétion professionnelle

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

Les documents remis aux membres et destinés à la CME sont réputés être réservés à leur usage dans le cadre des travaux de la CME, sauf mention contraire précisée en séance. Toute communication par l'un des membres à l'extérieur de l'instance, sur le contenu des travaux ou le sens des délibérations adoptées, doit être autorisée par le Président. Le délibéré lui-même et le vote individuel de chacun des membres ne peuvent faire l'objet d'aucune communication.

**Article 16** — Moyens humains et matériels

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

Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais.

Les délibérations et avis sont établis dans la rédaction adoptée après l'examen éventuel des amendements. Le président atteste que les délibérations et avis ont été pris sans mentionner les résultats détaillés du vote, mais en indiquant s'il est acquis à la majorité ou à l'unanimité. Il précise si le scrutin a été secret.

Les délibérations et avis sont tenus dans un registre, sous la responsabilité du président de la CME, conservé à la direction du Centre Hospitalier de Beauvais. Ce registre est tenu à la disposition des membres de la CME et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Les délibérations et avis sont transmis sans délai aux autorités sanitaires.

Les membres de la CME reçoivent un compte-rendu de séance dans les meilleurs délais suivant chaque réunion. Le compte rendu est transmis aux membres par messagerie électronique, sauf demande contraire de leur part. Le compte rendu précise les noms des présents, le lieu et les horaires de la séance, le texte des projets de délibérations et les amendements éventuels, les résultats des scrutins, le résumé succinct des interventions, les éventuels incidents de séance. Il est soumis à l'approbation de la CME lors d'une de ses séances ultérieures. Le président atteste de l'adoption en apposant sa signature sur le compte-rendu définitif.

Les compte-rendus de la CME sont accessibles sur l'intranet de l'établissement en version non imprimables.

Les copies, extraits ou compte rendus des délibérations et avis ne peuvent être utilisés que sous réserve du respect des règles de confidentialité rappelées au présent règlement et des prescriptions du code pénal relatives aux informations à caractère secret détenues par un membre à raison de ses fonctions.

**Article 17** - Assemblée Générale

Afin d'assurer l'information des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques qui ne siègent pas à la CME sur les travaux et délibérations de la CME, ainsi que sur la réalisation des objectifs fixés par le projet d'établissement ou le contrat d'objectifs et de moyens, le président de la CME réunit en assemblée générale au moins deux fois par an l'ensemble de la communauté médicale de l'établissement. Cette assemblée est convoquée par le Président de la CME sur un ordre du jour défini d'un commun accord avec le Président du directoire.

#### **d) Adoption et révision**

**Article 18** — Le présent règlement intérieur est adopté et révisé par délibération de la CME selon les règles de vote précitées. Le règlement intérieur est notamment révisé chaque fois qu'une modification législative ou réglementaire le rend caduc. Toutefois, même en l'absence de révision valablement adoptée, il ne peut en aucun cas faire obstacle à l'application de la loi ou d'un décret.

Le règlement intérieur peut en outre être révisé lorsque le président, le tiers des membres de la CME ou le Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Picardie en font la demande.

Une fois adoptées, les dispositions du règlement intérieur sont transmises par le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais aux membres de la CME et intégrées au règlement intérieur général de l'établissement. Elles sont tenues à disposition de toutes personnes qui en font la demande à la Direction du Centre Hospitalier de Beauvais et sont consultables sur l'Intranet de l'établissement.

### Fiche 1.1.3.2. Comité Technique d'Établissement (CTE)

Le CTE est, selon les sujets, consulté et/ou informé sur les questions relatives au fonctionnement de l'Établissement.

#### a) Composition<sup>2</sup>

Le CTE est présidé par le Directeur ou son représentant, membre des corps des personnels de direction de l'Établissement. Le CTE comprend également des membres titulaires représentant le personnel non médical et, en nombre égal, des membres suppléants qui siègent dans les conditions définies aux articles R 6144-46 à R 6144-48 du CSP

Ces membres sont élus, pour 4 ans, par collège au scrutin de liste à la proportionnelle, avec répartition des restes à la plus forte moyenne, à partir de listes présentées par les syndicats représentatifs, dans les conditions fixées aux articles R 6144-49 et suivants du CSP.

Les représentants titulaires du personnel élus au CTE bénéficient de la formation nécessaire à l'exercice de leur mandat selon l'article D. 714-19-3 du CSP. Ce congé est d'une durée de 5 jours ouvrables à temps plein.

Le nombre des membres du CTE est fixé en fonction de l'effectif en personnels non médicaux de l'établissement conformément aux dispositions de l'article R 6144-42 du CSP. Un représentant titulaire de la CME participe aux réunions du CTE, avec voix consultative. En cas d'indisponibilité, le représentant suppléant de la CME le remplace.

La composition nominative du CTE fait l'objet d'une décision du Directeur.

#### b) Compétences<sup>1</sup>

- **Le CTE est obligatoirement consulté sur :**

- Les projets de délibération du 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 CTE est régulièrement tenu informé** de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L.6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

#### c) Fonctionnement<sup>2</sup>

Le CTE se réunit au moins une fois par trimestre en séance ordinaire, sur convocation de son Président. Le CTE élit un secrétaire parmi ses membres titulaires.

Il établit son règlement intérieur qui fixe ses règles de fonctionnement conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique et du présent règlement intérieur.

Les séances du CTE ne sont pas publiques et les personnes participant, à quelque titre que ce soit, à ses travaux sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes pièces et documents dont ils ont eu connaissance dans ce cadre.

Un procès-verbal de chaque séance est établi et transmis dans un délai de 30 jours. Ce PV est soumis à l'approbation lors de la séance suivante.

---

<sup>1</sup> Articles L6143-4 et R6144-40 du CSP

<sup>2</sup> Articles R6144-68 à 81 du CSP

### Fiche 1.1.3.3. Dispositions communes à la CME et au CTE

#### a) Droit d'alerte<sup>1</sup>

Lorsque la CME ou le CTE 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 après avoir entendu le Directeur. La CME et le CTE peuvent confier, à la même majorité qualifiée, à deux de leurs membres respectifs le soin d'établir un rapport conjoint. Le rapport conclut en émettant un avis sur l'opportunité de saisir de ses conclusions le Conseil de surveillance en vue de la mise en œuvre de la procédure d'audit. Au vu de ce rapport, la CME et le CTE peuvent décider, à la même majorité qualifiée, de saisir effectivement le Conseil de surveillance.

#### b) Comité d'établissement (CE)<sup>2</sup>

Le Directeur peut décider, après avoir consulté le Conseil de surveillance et sur avis conforme de la CME et du CTE, de constituer à titre expérimental, pour une durée de quatre ans, un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération qui lui sont réglementairement soumis.

Le CE est composé à parité de représentants désignés par la CME, d'une part, de représentants désignés par le CTE, proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales et d'un collègue des cadres, d'autre part.

Le CE est présidé par le Directeur. S'il est décidé de le mettre en place au Centre Hospitalier de Beauvais, le Conseil de surveillance adoptera alors, dans sa délibération créant cette instance, un règlement intérieur fixant les règles de convocation et de fonctionnement du CE.

---

<sup>1</sup> Article R.6144-83 et R6144-84 du CSP

<sup>1</sup> Article L6644-6-1 du CSP

<sup>2</sup> Article L6146-9 du CSP

<sup>3</sup> Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques

#### **Fiche 1.1.3.4. Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)<sup>2</sup>**

Le présent règlement énonce les dispositions auxquelles sont soumis les membres de la CSIRMT du Centre Hospitalier de Beauvais conformément au décret 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

##### **a) Composition**

Le Président du Directoire arrête la liste des membres composant la CSIRMT

##### **Article 1** – Présidence

La Présidence de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est assurée par le Directeur des Soins, Coordonnateur général des soins du Centre Hospitalier de Beauvais ou en l'absence du Directeur des Soins par un Cadre Supérieur désigné par le Directeur de l'Etablissement.

##### **Article 2** – Membres élus

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels participant à la mise en œuvre du projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, répartis en trois collèges :

- le collège des cadres de santé : 6 titulaires et 6 suppléants
- le collège des personnels infirmiers de rééducation et médico-techniques : 7 titulaires et 7 suppléants
- le collège aides soignants : 2 titulaires et 2 suppléants

Les professionnels élus en qualité de suppléant sont invités à l'ensemble des réunions de la CSIRMT, avec voix délibérative uniquement en cas d'absence du titulaire.

##### **Article 3** - Membres avec voix consultative

Participent aux séances de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques avec voix consultative :

- Le Directeur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers
- Un représentant des Etudiants Infirmiers de 3ème année de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de (IFSI) de Beauvais, nommé par le Directeur sur proposition du Directeur de l'IFSI
- Un représentant des élèves Aides-soignants de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Beauvais nommé par le Directeur sur proposition du Directeur de l'IFSI
- Un représentant titulaire de la Commission Médicale d'Etablissement (en cas d'indisponibilité, le représentant suppléant de la CME le remplace)
- Les Cadres Supérieurs de Santé en fonction au sein des Pôles

##### **Article 4** - Membres invités

En fonction des points de l'ordre du jour, le Chef d'Etablissement apprécie l'opportunité d'assister aux travaux de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, sans participer au vote. Il peut demander à un ou plusieurs membres de l'équipe de Direction d'y assister. Le Directeur, Chef d'Etablissement, est également convié à l'ensemble des séances de travail de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

A l'initiative du Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et selon le contenu de l'ordre du jour, des personnes qualifiées peuvent participer aux travaux de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques. Ces personnes qualifiées ne peuvent pas participer au vote

##### **Article 5** - Durée du mandat et cessation de fonctions

Les membres de la CSIRMT sont élus pour quatre ans. Leur mandat est renouvelable.

Toutefois, les professionnels élus cessent d'être membres de la CSIRMT lorsque :

- 1) Ils quittent définitivement l'établissement, quel qu'en soit le motif
- 2) Ils cessent d'exercer les fonctions dans le collège pour lequel ils ont été élus

Dans ces cas, le premier professionnel sur la liste des suppléants du collège correspondant devient représentant titulaire de la CSIRMT.

##### **b) Compétences**

#### **Article 6 - Avis**

La CSIRMT est consultée pour avis sur :

- 1) Le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques
- 2) L'organisation générale des soins IRMT ainsi que l'accompagnement des malades
- 3) La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et la gestion des risques liés aux soins
- 4) Les conditions générales de l'accueil et de prise en charge des usagers
- 5) La recherche et l'innovation dans le domaine des soins IRMT
- 6) La politique de développement professionnel continue

#### **Article 7 - Informations**

La CSIRMT est informée sur :

- 1) Le règlement intérieur de l'établissement
- 2) La mise en place de la procédure prévue à l'article L6146-2 du CSP : participation aux missions de service public et aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers du Centre Hospitalier de Beauvais, d'auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral de participer.
- 3) Le rapport annuel d'activité de l'établissement

#### **c) Fonctionnement**

#### **Article 8 - Convocations et quorum**

Le Président est tenu de réunir la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques au moins trois fois par an et chaque fois que le Président du Directoire, la moitié au moins des membres titulaires ou le Directeur de l'Agence Régionale de Santé en font la demande.

Tous les membres titulaires, suppléants et membres ayant voix consultative de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques sont convoqués par le Président au moins quinze jours avant la date de la séance. Les convocations ainsi que les documents de séance peuvent être adressés par messagerie électronique sauf impossibilité matérielle ou demande contraire de la part d'un des membres.

L'ordre du jour est fixé par le Président et adressé aux membres dans les mêmes conditions que la convocation.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ne peut siéger que si la moitié au moins des membres ayant voix délibérative est présente, soit 8 membres. L'absence de quorum ne fait pas obstacle à la présentation des communications.

En cas d'absence de quorum une nouvelle réunion est programmée dans un délai de 8 jours et la réunion peut alors se tenir sans exigence de quorum.

En cas d'absence, tout membre titulaire est tenu de prévenir le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques le plus rapidement possible. Celui-ci fera appel à un membre suppléant du même Collège dans l'ordre de suppléance pour siéger à cette séance en ses lieux et place.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques peut être réunie en séance extraordinaire dans un délai de 24 heures :

- A la demande du Directeur,
- A la demande du Président,
- Par demande écrite de la moitié au moins des membres titulaires de la CSIRMT,
- En fonction d'une situation d'urgence.

#### **Article 9 - Votes**

Tous les membres titulaires de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques disposent d'une voix égale aux débats, dans un esprit de respect mutuel.

Ils représentent le Service de Soins et non les catégories socioprofessionnelles, au titre desquelles ils ont été désignés.

En cas de vote, celui-ci se déroule à main levée. Le vote exprimé par chacun des membres n'est pas mentionné au compte rendu, à moins que le membre concerné en fasse la demande expresse dont mention est portée au procès verbal.

Le vote peut se dérouler à bulletins secrets à la demande d'un tiers au moins des votants. En cas d'égalité de voix, la voix du Président est prépondérante. La règle de vote adoptée est celle de la majorité simple.

**Article 10** - Organisation des débats et obligations des membres

Les séances de la CSIRMT ne sont pas publiques. La police de l'assemblée appartient au Président qui dirige les débats.

L'obligation de réserve s'impose à tous les membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

Les documents remis aux membres et destinés à la Commission sont réputés être réservés à leur usage dans le cadre des travaux de la commission, sauf mention contraire précisée en séance.

Toute communication par l'un des membres à l'extérieur de l'instance, sur le contenu des travaux ou le sens des délibérations adoptées, doit être autorisée par le Président. Le délibéré lui-même et le vote individuel de chacun des membres ne peuvent faire l'objet d'aucune communication.

**Article 11** - Compte Rendus

A l'issue de chacune des séances de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, un procès verbal est élaboré et signé par le Président. Il est communiqué dans les quinze jours suivant la réunion, au Président du Directoire ainsi qu'à tous les membres titulaires, suppléants et ayant voix consultatives de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, par messagerie électronique sauf demande contraire de leur part.

Les délibérations et avis sont tenus dans un registre, sous la responsabilité du président, de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques conservé à la Direction des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques du Centre Hospitalier de Beauvais. Ce registre est tenu à la disposition des membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Les copies, extraits ou compte rendus des délibérations et avis ne peuvent être utilisés que sous réserve du respect des règles de confidentialité rappelées au présent règlement et des prescriptions du code pénal relatives aux informations à caractère secret détenues par un membre à raison de ses fonctions.

Le compte-rendu de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est soumis à l'approbation de la Commission lors d'une de ses séances ultérieures.

**Article 12** - Bureau

Un bureau est constitué au sein de la CSIRMT, sous la présidence du Directeur des Soins. Il est composé de 4 membres élus par la CSIRMT en sein.

Les Cadres supérieurs ou de pôle, invités permanents, participent aux séances de travail du bureau.

Le bureau se réunit au moins 2 fois par an.

Le bureau a pour mission de préparer les travaux de la CSIRMT, participer à la réflexion, au suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, soumis annuellement, pour validation en réunion plénière.

**Article 13** - Participation d'un membre de la CSIRMT a des travaux institutionnels

Lorsque, à l'initiative du Directeur Chef d'Etablissement, un groupe de travail est créé et qu'est sollicitée la participation d'un membre de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, cette instance élit un de ses membres pour y siéger.

Par dérogation le Directeur des Soins, ou son représentant, peut désigner un membre des Services de Soins.

Le membre élu ou désigné rend compte régulièrement de son mandat à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

**Article 14** - Représentant au Conseil de Surveillance

Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est élu à bulletins secrets en vu de siéger au Conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Beauvais.au scrutin majoritaire à un tour.

En cas d'égalité des suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

Il siége au Conseil de surveillance avec voix délibérative.

**Article 15** - Dispositions particulières

Le règlement intérieur fait l'objet d'un vote de la Commission du Service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques en vue de son intégration au règlement intérieur général du Centre Hospitalier de Beauvais. Il est exécutoire de plein droit dès qu'il est arrêté par le Président du Directoire.

La modification d'une disposition de ce Règlement Intérieur ne peut intervenir qu'au cours d'une séance extraordinaire de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques où la participation du Directeur Chef d'Etablissement est assurée.

Le règlement intérieur est notamment révisé chaque fois qu'une modification législative ou réglementaire le rend caduc. Toutefois, même en l'absence de révision valablement adoptée, il ne peut en aucun cas faire obstacle à l'application de la loi ou d'un décret.

Une fois adoptées, les modifications du règlement intérieur sont transmises par le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais aux membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques. Elles sont tenues à disposition de toutes personnes qui en font la demande à la Direction du Centre Hospitalier de Beauvais.

***Fait à Beauvais, le 8 mars 2011***

***Approuvé par la CSIRMT le 8 mars 2011***

### Fiche 1.1.3.5. Conseil de la vie sociale

#### a) Composition

##### **Article 2**

Le Conseil de la Vie Sociale des EHPAD Saint Lucien est composé de 5 membres minimum (composition minimale prévue dans le décret du 2 novembre 2005) et de 12 membres maximum :

- huit membres répartis en deux collèges :
  - 3 membres représentant les personnes hébergées ou leurs représentants légaux
  - 5 membres représentant les familles des personnes hébergées
- deux représentants du personnel de l'établissement, désignés par les organisations syndicales les plus représentatives.
- deux représentants désignés par le Conseil de Surveillance.

Soit 12 membres titulaires.

Ces membres sont tous titulaires, des suppléants peuvent être élus ou désignés dans les mêmes conditions.

Le Directeur ou son représentant siège avec voix consultative.

##### **Article 3.**

A chaque réunion, le nombre de résidents et de représentants des familles (ou représentants légaux) sera supérieur au nombre de représentants des personnels et de l'organisme gestionnaire.

Lorsque les sièges des familles ou des représentants légaux, d'une part, ou ceux des personnes accueillies, d'autre part, ne peuvent être pourvus, en raison notamment des difficultés de représentation, un constat de carence est dressé.

#### b) Modalités d'élections

##### **Article 4**

La liste électorale doit être arrêtée au plus tard 15 jours avant les élections et au plus tôt 30 jours avant.

Le vote a lieu sur place au bureau de vote installé dans l'enceinte des EHPAD Saint Lucien ou par correspondance. Le matériel pour voter par correspondance est transmis aux électeurs 3 semaines avant la date butoir, accompagné d'une notice explicative.

Pour le collège des familles, un seul vote par personne hébergée est autorisé. Toutefois, une même personne peut être autorisée à voter deux fois si elle est référente de ses deux parents hébergés.

##### **Article 5**

La représentation des personnes accueillies et des familles

Les membres du Conseil de la Vie Sociale sont élus pour une durée de trois ans, renouvelable.

Sont éligibles :

- toute personne hébergée ou son représentant légal,
- tout membre des familles des personnes hébergées jusqu'au 4<sup>ème</sup> degré.

Un seul candidat est retenu par famille, en priorité la personne référente.

Pour pouvoir être candidat, il faut être électeur. Seront systématiquement rayés de la liste des électeurs, les familles dont le parent ne serait plus hébergé dans l'établissement à la date des élections.

Lorsqu'un membre cesse sa fonction en cours de mandat, notamment en raison de la fin de la prise en charge dont il était bénéficiaire, il est remplacé par son suppléant ou un autre bénéficiaire élu ou désigné dans les mêmes formes qui devient titulaire du mandat.

A leur demande et sous réserve de l'accord des membres du Conseil de la Vie Sociale, les représentants des familles qui le souhaitent, même en cas de départ de leur parent, peuvent continuer à siéger au Conseil de la Vie Sociale en qualité de suppléant, et ce, pendant toute la durée du mandat pour lequel ils ont été initialement élus.

Sont élus les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. A égalité de voix, il est procédé par tirage au sort entre les intéressés.

## **Article 6**

### **La représentation de l'organisme gestionnaire (Conseil de Surveillance)**

Le renouvellement du mandat du représentant de l'organisme gestionnaire suivra le renouvellement du mandat pour lequel il a été désigné.

## **Article 7**

### **La représentation des personnels**

Les représentants des personnels sont désignés parmi les agents y exerçant par les organisations syndicales les plus représentatives. Les sièges sont attribués dans les conditions fixées pour leur représentation aux commissions administratives paritaires compétentes sans qu'il y ait lieu de procéder à de nouvelles élections.

## **Article 8**

Les représentants des personnes accueillies ou leurs représentants légaux, ainsi que les représentants des familles sont élus par vote à bulletin secret à la majorité des votants par l'ensemble des électeurs du collège auquel ils se rattachent.

Le Président et le Vice Président du Conseil de la Vie Sociale sont élus à bulletin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

## **c) Réunions**

### **Article 9**

Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins trois fois par an sur convocation du Président qui fixe l'ordre du jour des séances. Celui-ci doit être communiqué au moins huit jours avant la tenue du Conseil et être accompagné des informations nécessaires. Le Conseil est réuni de plein droit à la demande, selon le cas, des deux tiers de ses membres ou du Directeur des Affaires Gériatriques.

### **Article 10**

Le Conseil de la Vie Sociale peut appeler les membres suppléants et toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour, notamment les personnes bénévoles intervenant dans l'établissement, le représentant de la commune du lieu d'implantation de l'établissement ou les représentants d'organismes ou d'associations concernés par les activités de l'établissement.

## **d) Rôles**

### **Article 11**

Le Conseil de la Vie Sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou des services, notamment sur l'organisation intérieure de la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipement, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ses participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Le Conseil de la Vie Sociale est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement des EHPAD Saint Lucien et du projet d'établissement du Centre Hospitalier de Beauvais.

### **Article 12**

Le Conseil de la Vie Sociale délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents.

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des personnes accueillies, des représentants légaux et représentants des familles présents est supérieur à la moitié des membres.

Dans le cas contraire, l'examen de la question est inscrit à une séance ultérieure. Si lors de cette séance, ce nombre n'est pas atteint, la délibération est prise à la majorité des membres présents.

### **Article 13**

Le Conseil de la Vie Sociale établit son règlement intérieur dès sa première réunion.

### **Article 14**

Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le(a) secrétaire de séance désigné(e) par et parmi les membres, assisté(e) en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le Président. Avant la tenue de la séance suivante, il est présenté pour adoption en vue de la transmission à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

**e) Autres dispositions**

**Article 15**

Les personnes participant à quelque titre que ce soit, au Conseil de la Vie Sociale, sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle.

**Article 16**

Le Conseil de la Vie Sociale doit être tenu informé des suites réservées aux avis et propositions qu'il a émis.

**Article 17**

Le temps de présence des personnes représentant les personnels est considéré comme temps de travail.

**Article 18**

Les représentants des personnes accueillies peuvent en tant que de besoin se faire assister d'une tierce personne afin de permettre la compréhension de leurs interventions.

**Article 19**

Le présent règlement intérieur fera l'objet d'une actualisation si de nouvelles dispositions réglementaires le modifieraient sur le fond.

Cette instance de concertation a été mise en place conformément au décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 (en remplacement du Conseil d'Etablissement). Elle est le lieu d'expression des résidents, des familles, du personnel et de l'organisme gestionnaire.

Le Conseil de la Vie Sociale est compétent et donne son avis sur toutes les questions relatives à la vie et au fonctionnement de l'établissement.

Il est composé de représentants :

- des résidents,
- des familles,
- des personnels,
- du Conseil de surveillance.

Les noms des membres sont portés à la connaissance des résidents et des familles par voie d'affichage.

Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au moins 3 fois par an. Ces réunions constituent des lieux d'échange sur les souhaits des patients et de leurs proches et les problèmes rencontrés dans le fonctionnement des unités d'hébergement.

### Fiche 1.1.3.6. Le Conseil stratégique

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais a mis en place une instance non prévue par la loi : le Conseil stratégique.

#### **a) Composition**

Le Conseil Stratégique est composé des membres du Directoire ainsi que de l'équipe de Direction, des Chefs de pôle, des Chefs adjoints de pôle, des cadres administratifs de pôle, des Cadres Supérieurs de Santé et des médecins membres du Conseil de surveillance.

#### **b) Missions**

Le Conseil Stratégique échange sur toute orientation stratégique de l'Etablissement. Il est informé des décisions prises au Directoire.

#### **c) Fonctionnement**

Le Conseil stratégique se réunit toutes les six semaines sur convocation du Directeur qui en fixe l'ordre du jour. Son secrétariat est assuré à la diligence du Directeur de l'établissement.

## Sous-section 4 – Instances spécialisées

### Fiche 1.1.4.1. Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Constituées conformément aux dispositions statutaires fixées par le Titre IV du statut général de la Fonction Publique (article 20), et aux dispositions du décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la Fonction Publique hospitalière. Ces commissions regroupent respectivement les corps de catégorie A, les corps de catégorie B et les corps de catégorie C.

#### a) Composition

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique composé comme suit :

- *Corps de catégorie A*

CAP n°1 : personnel d'encadrement technique ;

CAP n°2 : personnels de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux ;

CAP n°3 : personnels d'encadrement administratif.

- *Corps de catégorie B :*

CAP n°4 : personnels d'encadrement technique et ouvrier ;

CAP n°5 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux ;

CAP n°6 : personnels d'encadrement administratif et des assistants médico-administratifs.

- *Corps de catégorie C :*

CAP n°7 : personnels techniques, ouvriers, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité ;

CAP n°8 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux ;

CAP n°9 : personnels administratifs.

Elles comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par l'assemblée délibérante de l'Établissement pour les CAPL, d'autre part des représentants du personnel. Les membres des commissions sont désignés pour une durée de quatre ans, éventuellement renouvelable au scrutin de liste à la proportionnelle. La première répartition se fait au quotient électoral, puis les sièges restants sont attribués à la plus forte moyenne.

#### b) Fonctionnement

Instituées par le Conseil de surveillance de l'établissement sur proposition du Directeur, les CAPL ont compétence pour toutes les questions d'ordre individuel qui concernent les fonctionnaires hospitaliers de l'établissement, notamment la titularisation, la notation, la carrière et les positions du fonctionnaire. Elles se réunissent au moins deux fois par an, sur convocation de leur Président.

La présidence est assurée par le Président du Conseil de surveillance ou son représentant. Le secrétariat des CAPL est assuré par un agent de l'établissement désigné par le Directeur. Les commissions peuvent siéger, sur certaines questions, en formation restreinte.

Lorsque le Directeur prend une décision différente de l'avis ou la proposition émis par la commission, il informe celle-ci dans le délai d'un mois des motifs qui l'ont conduit à ne pas suivre cet avis ou cette proposition.

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

Le fonctionnement des commissions fait l'objet d'un règlement intérieur spécifique, préparé par le Directeur adjoint chargé des ressources humaines en concertation avec les membres des CAPL, qui est soumis à l'approbation du Directeur.

### Fiche 1.1.4.2. Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Conformément au Code du Travail (article R 4615.3 et suivants) il est institué un CHSCT au Centre Hospitalier de Beauvais.

#### a) Composition<sup>1</sup>

Le CHSCT est présidé par le Directeur, ou son représentant, et est composé de 10 représentants titulaires (9 représentants du personnel hospitalier non médical et d'un praticien hospitalier désigné par la CME). La délégation du personnel au comité comporte un nombre égal de suppléants et titulaires. Tout représentant suppléant désigné selon le cas par une organisation syndicale ou la CME peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions.

Participent également aux réunions avec voix consultative le médecin du travail, le Directeur des Affaires économiques et logistiques, l'ingénieur responsable des services techniques, le Directeur des Soins, le praticien hygiéniste, un cadre infirmier hygiéniste, et, à son initiative, le Directeur départemental du travail et de l'emploi ou son représentant.

La composition nominative du CHSCT fait l'objet d'une décision du Directeur et d'un affichage permanent dans les services.

#### b) Attributions<sup>2</sup>

Le CHSCT est chargé d'étudier et de donner des avis sur :

- les documents se rattachant à sa mission notamment le règlement intérieur ;
- le rapport annuel présenté par le Directeur, portant sur le bilan de la situation en matière d'hygiène de sécurité et des conditions de travail et des actions menées pour les améliorer ;
- le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Il est conféré au CHSCT un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent ainsi qu'une mission d'inspection trimestrielle des installations

#### c) Fonctionnement

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre. Le CHSCT est également réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves ou à la demande motivée d'au moins deux membres représentants du personnel.

Le secrétaire est élu parmi les représentants. Le Président du comité établit conjointement avec le secrétaire l'ordre du jour de chaque séance. Le secrétariat de cette instance est assuré à la diligence du Directeur. Ce procès-verbal est co-signé par le Président et le secrétaire, puis transmis aux membres du comité, qui se prononcent sur son approbation à la séance suivante.

Les représentants titulaires du personnel au comité bénéficient de la formation nécessaire à l'exercice de leurs missions. Cette formation a notamment pour objet de développer l'aptitude à déceler les risques professionnels et la capacité d'analyser les conditions de travail. Un congé de formation avec traitement, d'une durée maximale de cinq jours, leur est accordé au titre de leur mandat de 4 ans.

<sup>1</sup> Articles R 4615-9,10 et 11 du CT

<sup>2</sup> Articles L4612-1 à 18 du CT

### Fiche 1.1.4.3. Commission de Relation avec les Usagers et de Qualité de la Prise en charge (CRUQPC)<sup>1</sup>

La CRUQPC a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches des usagers et veille à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'Établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes.

#### a) Composition<sup>2</sup>

La commission est composée comme suit :

- Le directeur ou la personne qu'il désigne à cet effet;
- Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le directeur
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le Directeur de l'ARS ;
- Le Président de la CME ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission
- Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et son suppléant, désignés par le Directeur des Soins infirmiers

La composition nominative de la CRUQPC est arrêtée par le Directeur. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil qui précise par ailleurs les missions de ladite commission et la procédure définie au sein de l'établissement pour la gestion des plaintes et des réclamations. Cette liste est actualisée et diffusée sur le site internet de l'établissement et transmise au directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

La durée des mandats des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelable. Le mandat des autres membres de la CRUQPC prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

#### b) Missions<sup>3</sup>

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 celles des plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère de recours gracieux ou juridictionnels et veille à ce que toute personne soit informée des voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

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

Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel présenté à la Commission de surveillance de l'établissement qui délibère sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Afin d'assurer ses missions, les membres de la CRUQPC peuvent avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.

#### c) Fonctionnement<sup>4</sup>

La Commission se réunit sur convocation de son Président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et des réclamations qui lui sont transmises. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

<sup>1</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 Article 16 et Décret n°2005-213 du 2 mars 2005

<sup>2</sup> Article R1112-81 du CSP

<sup>3</sup> Articles R1112-79 et 80 du CSP

<sup>4</sup> Articles R1112-85 à 90 du CSP

L'ordre du jour est arrêté par le Président de la commission et communiqué aux membres au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

Le président ne prend pas part aux votes. Il peut se faire accompagner du collaborateur de son choix. En cas de partage égal de voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée.

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

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

Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

L'ordre du jour et les dossiers sont accessibles en interne à l'ensemble des membres sur un dossier informatique partagé. Toutefois pour les membres n'ayant pas accès à ce dossier partagé, l'ordre de jour et les documents sont transmis soit par messagerie, soit par courrier.

Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte est remplacé par son suppléant. Dans ces cas, le titulaire informe son suppléant afin qu'il puisse le remplacer. Il informe également la personne chargée des relations avec les usagers afin que l'ordre du jour et les documents puissent être transmis au suppléant dans les meilleurs délais.

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le directeur, lorsqu'il s'agit du médiateur non médical, et par un praticien désigné par le président de la CME lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence de la direction des affaires médicales générales et de la qualité. L'établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Les membres de la commission sont astreints à la confidentialité sur les informations échangées dans le cadre de cette instance.

#### **d) Examen des plaintes et des réclamations**

Tout usager de l'établissement doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au Directeur de l'établissement.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement est transmis au Directeur de l'établissement. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical des services. Il accède aux informations de santé concernant l'utilisateur, sous réserve d'avoir obtenu l'accord écrit préalable de ce dernier ou de ses ayants droits.

Le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions.

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

Dans les 8 jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au Président de la Commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la CRUQC ainsi qu'au plaignant.

Au vu du compte rendu, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

#### Fiche 1.1.4.4. Sous commissions spécialisées de la CME

Conformément à la réglementation, il est créé au sein du Centre Hospitalier de Beauvais des sous-commissions spécialisées de la CME dont les règlements intérieurs sont fixés comme suit.

##### Fiche 1.1.4.4.1. Comité de Pilotage de la Démarche Qualité (CPDQ)

#### a) Compétences

##### **Article 1**-- Attributions

Le Comité de la Démarche Qualité a pour mission générale de contribuer par ses études et ses propositions à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des prestations et de la gestion des risques du Centre Hospitalier de Beauvais.

Il veille notamment à la pertinence et à la coordination des actions d'amélioration continue entreprises au sein de l'établissement.

A ce titre :

- Il contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des prestations en ce qui concerne notamment :
  - La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins, et à prévenir les risques de l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement
  - Les dispositifs médicaux de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
  - La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
  - La prise en charge de la douleur
  - La politique de l'évaluation des pratiques professionnelles
- Il contribue à l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers en lien avec les travaux de la Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).
- Il propose au directeur le programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité des soins et de prise en charge des usagers.

Le comité assure un rôle de pilotage de la démarche de certification : il assure la préparation de la visite, la validation de l'auto-évaluation et du plan d'actions d'amélioration résultant de l'autoévaluation. Ses représentants sont associés à la visite et au suivi de cette dernière.

Le Comité est associé à la gestion documentaire de l'établissement.

Le Comité a vocation à proposer des évaluations et enquêtes de satisfaction, à procéder à leurs analyses et de proposer des actions correctrices. Il est associé à la politique de recueil des indicateurs qualité, à leur diffusion et au plan d'actions qui en découle. Il participe à la politique d'audits internes mise en place au sein de l'établissement.

Il participe activement par la désignation nominative de l'un de ses représentants à la gestion de la cellule des risques qui se réunit hebdomadairement à la Direction de la Qualité afin d'analyser les événements indésirables recensés au sein de l'établissement et de proposer les actions d'amélioration.

Il veille à promouvoir les actions de formation pour l'ensemble des professionnels dans le domaine de la qualité.

Il rend compte de ses travaux devant les instances de l'établissement (CTE, CSIRMT, CME et conseil de surveillance).

#### b) Composition

##### **Article 2**—Composition

La composition du CPDQ est fixée comme suit :

- Le Directeur ou son représentant (membre de droit)
- Le Président de la CME ou son représentant (membre de droit)
- La Directrice adjointe chargée de la Qualité
- La Directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, coordonnatrice générale des soins
- L'ingénieur responsable de la Qualité
- La gestionnaire des risques
- 2 représentants du personnel au CTE, désignés par les syndicats représentatifs

- 6 représentants des personnels médicaux désignés par la CME
- 1 représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques (CSIRMT) désigné par la Directrice des soins
- 1 cadre supérieur de santé désigné par la Directrice des soins
- La sage femme représentante élue des sages femmes à la CME

**Soit 17 membres au total**

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 du Comité, peuvent être appelés à intervenir ponctuellement en séance sur invitation du président.

**Article 3** — Durée du mandat et remplacement

La durée du mandat de chacun des membres du CPDQ est fonction de la durée de leurs fonctions au sein de l'établissement et/ou de la durée du mandat de l'instance au titre de laquelle il siège.

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

Dans ce cas, il est remplacé dans les meilleurs délais.

**c) Fonctionnement**

**Article 4** — Présidence et vice-présidence

Le Comité élit son président et son vice-président parmi ses membres à la majorité de ses membres pour une durée de trois ans. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président du CPDQ, ses fonctions au sein du comité sont assumées par le vice président du comité jusqu'à l'élection d'un nouveau président.

Le président est l'interlocuteur privilégié de la Direction de la Qualité pour toutes les questions relatives à la politique Qualité au sein de l'établissement.

**Article 5** — Convocation et ordre du jour

Le président du Comité veille au bon fonctionnement du CPDQ.

Pour l'accomplissement de ses missions, le CPDQ définit librement son organisation selon les modalités suivantes :

Le Comité se réunit une fois par mois, sauf pendant les mois de juillet et août, sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Ce dernier est arrêté en concertation avec la Direction de la Qualité.

La date de chaque séance est programmée d'une séance à l'autre autant que possible. Toutefois, chaque fois que cela s'avère nécessaire, une réunion supplémentaire peut être organisée, à la demande du Président, ou du tiers des membres du CPDQ. Dans le cas où les points à inscrire à l'ordre du jour s'avèrent insuffisants ou à différer en raison du calendrier de travail, la réunion prévue peut être reportée au mois suivant.

Chaque réunion du CPDQ dure au maximum 2 heures.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins 7 jours à l'avance aux membres du Comité et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts. Les convocations ainsi que les documents de séance sont adressées par messagerie électronique, sauf impossibilité matérielle ou demande contraire de la part d'un membre.

En cas d'empêchement du président, la convocation peut être signée par le vice-président.

**Article 6** — Quorum et organisation des séances

Les séances du Comité s'ouvrent à l'heure mentionnée sur la convocation.

L'absence de quorum ne fait pas obstacle à la présentation des communications qui ne constituent que de simples informations.

Le quorum est atteint lorsque 40% au moins des membres composant le Comité assistent à la séance (soit 7 membres présents).

Le quorum ainsi constaté en début des délibérations est réputé perdurer jusqu'à l'issue de la séance.

Si le quorum n'est pas constaté, le président convoque une nouvelle séance dans un délai de 8 jours au plus. Le quorum n'est plus requis lors de cette seconde séance.

En cas d'absences consécutives d'un membre à trois reprises sans excuses dûment motivées, le président constate cette absence et il est alors procédé au remplacement de l'intéressé(e).

Les séances du Comité ne sont pas publiques.

**Article 7** — Règles de vote

Les propositions du CPDQ sont arrêtées autant que faire se peut dans un cadre consensuel. Toutefois, lorsqu'il est procédé à un vote sur des propositions d'actions, celui-ci a lieu à main levée et à la majorité simple des suffrages exprimés.

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

En cas de vote à main levée, le vote exprimé par chacun des membres n'est pas mentionné au compte-rendu, à moins que le membre concerné en fasse la demande expresse dont mention est portée au compte-rendu.

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

**Article 8** — Obligation de discrétion professionnelle

Les membres du Comité et les personnes éventuellement entendues par lui sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Les documents remis aux membres et destinés au Comité sont réputés être réservés à leur usage dans le cadre des travaux du Comité, sauf mention contraire précisée en séance. Toute communication par l'un des membres à l'extérieur de l'instance, sur le contenu des travaux ou le sens des propositions adoptées, doit être autorisée par le Président. Le délibéré lui-même et le vote individuel de chacun des membres ne peuvent faire l'objet d'aucune communication.

**Article 9** — Secrétariat

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

Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais par la secrétaire de la Direction de la Qualité. Cette dernière s'assure que les convocations et les comptes rendus de réunions du comité sont établis en bonne et due forme, et diffusés dans les meilleurs délais à l'ensemble des membres du CPDQ. Ces documents sont transmis aux membres par messagerie électronique, sauf demande contraire de leur part. Le compte rendu précise les noms des présents, le lieu et les horaires de la séance, les propositions arrêtées, les résultats des scrutins le cas échéant, le résumé succinct des interventions. Il est soumis à l'approbation du comité lors d'une de ses séances ultérieures. Ils sont diffusés sur le site intranet.

Le président atteste de l'adoption en apposant sa signature sur le compte-rendu définitif.

**d) Adoption et révision**

**Article 10** — Le présent règlement intérieur est adopté et révisé par le comité selon les règles de vote précitées. Le règlement intérieur est notamment révisé chaque fois qu'une modification législative ou réglementaire le rend caduc. Toutefois, même en l'absence de révision valablement adoptée, il ne peut en aucun cas faire obstacle à l'application de la loi ou d'un décret.

Le règlement intérieur peut en outre être révisé lorsque le président, le tiers des membres du comité ou le Directeur en font la demande.

Une fois adoptées, les dispositions du règlement intérieur sont transmises par le directeur aux membres du comité et intégrées au règlement intérieur général de l'établissement. Elles sont tenues à disposition de toutes personnes qui en font la demande à la Direction de la Qualité.

#### Fiche 1.1.4.4.2. Comité de gestion des risques et des vigilances (COVIGRIS)

##### a) Missions

###### **Article 1er** : Missions

Les missions de la Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques sont les suivantes :

- assurer une coordination des différentes structures de vigilances réglementaires déjà opérationnelles dans l'établissement (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance, réactovigilance),
- faciliter la connaissance et l'implication de l'ensemble des professionnels de santé dans le système de surveillance et de signalement des événements indésirables liés aux produits de santé et aux infections nosocomiales,
- définir, en liaison avec la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Affaires Médicales, les programmes de sensibilisation et de formation à l'attention des personnels médicaux et non médicaux,
- organiser le signalement, le recueil et le traitement des événements indésirables et harmoniser la procédure de signalement des événements ou incidents (fiche unique), et prévoir une organisation réactive,
- développer une politique de retour d'information sur les incidents ou événements signalés,
- créer un réseau d'expertise : impulser des stratégies d'amélioration, analyser les incidents ou événements, prévoir les « crises » ultérieures,
- définir, en fonction, des informations recueillies, la politique de prévention et de gestion des risques, et la méthodologie de travail,
- définir au préalable et tenir à jour la liste des risques spécifiques auxquels les patients sont susceptibles d'être exposés,
- suivre toute évolution actuelle ou potentielle de la réglementation en matière de prévention et de gestion des risques,
- prendre connaissance des résultats des visites de contrôles et des prescriptions délivrées par des organismes ou autorités extérieures, ainsi que des actions correctrices proposées par les référents,

La Commission de Coordination des Vigilances et de Gestion des Risques ne se substitue pas aux missions qui sont propres à chaque correspondant local des vigilances.

##### b) Composition

###### **Article 2** : Composition

La Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques comprend :

###### ➤ **Représentants de la Direction :**

- le Directeur
- le Directeur adjoint chargé de la Qualité, assisté des collaborateurs de son choix
- l'Ingénieur Qualité
- la Directrice des soins, ou son représentant
- le Directeur adjoint chargé des systèmes d'information ou son représentant
- le Directeur des services techniques ou son représentant

###### ➤ **Le Président de la CME ou son représentant**

###### ➤ **Correspondants vigilances**

- le correspondant matériovigilance,
- le correspondant hémovigilance,
- le correspondant pharmacovigilance,
- le correspondant réactovigilance,
- le correspondant infectiovigilance,
- le correspondant médicavilance,
- le représentant de l'identitovigilance

###### ➤ **Représentants de commissions**

- le Président du COMEDIMS ou son représentant,
- le Président du CLIN ou son représentant,
- le Président du CLAN ou son représentant,
- le Président du CLUD ou son représentant,
- le Président du CSTH
- le Président de la CRUQPC

Toute personne qualifiée appartenant ou non à l'établissement peut être entendue à la demande de la Commission, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

**Article 3 : Mandats**

Les membres siègent tant que dure leur désignation à ce titre.

En cas de vacance en cours de mandat d'un membre ou de perte de la qualité au titre de laquelle il a été désigné, il est procédé à la désignation du ou des remplaçants, dans les meilleurs délais, selon les règles de la catégorie concernée.

**Article 4 : Président**

Le Président et le vice président de la Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques sont élus au sein de cette commission.

Le rôle du président avec l'appui de la Direction des Affaires Médicales, Générales et de la Qualité est:

- d'animer la Commission,
- d'arrêter la date des convocations de la commission,
- de fixer l'ordre du jour des séances,
- de préparer le rapport annuel d'activité et le plan d'actions du comité, en lien avec la Direction de la Qualité
- de veiller à l'harmonisation des actions susceptibles d'être engagées sur l'initiative de la commission,
- de demander au nom de la commission toute étude ou enquête qu'il jugera nécessaire,
- d'informer les prescripteurs, les utilisateurs, le Directeur, de l'évolution des actions de la commission,
- d'une manière générale, de permettre à la Commission d'assurer ses missions,
- de représenter la Commission dans les instances où celui-ci est amené à participer.

**Article 5 : Suppléance**

Le vice président assure la suppléance du président en cas d'empêchement de ce dernier.

**c) Fonctionnement**

**Article 6 : Réunions**

La Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques se réunit au moins 2 fois par an.

Un calendrier prévisionnel des réunions est établi annuellement.

Il peut être également réuni en séance extraordinaire à la demande de la majorité des membres ou du directeur du Centre Hospitalier.

**Article 7 : Convocation – ordre du jour**

La Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques se réunit sur convocation de son Président.

L'ordre du jour est arrêté par le Président ou, en cas d'empêchement, par le Vice-Président, avec la Direction des Affaires Médicales, Générales et de la Qualité.

Tout membre peut demander au président l'inscription d'une question à l'ordre du jour.

Sauf urgence, il est adressé au moins 7 jours à l'avance aux membres de la Commission, et aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

**Article 8 : Secrétariat**

Le secrétariat de la COVIGRIS est assurée par la Direction des Affaires Médicales, Générales et de la Qualité (DAMGQ) ; le compte rendu rédigé par la DAMGQ est diffusé :

- à l'ensemble des membres,
- aux chefs de pôles,
- aux chefs de services,
- aux cadres supérieurs de santé et cadres de santé
- sur intranet

**Article 9 : Groupes de travail**

La Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques peut organiser des groupes de travail ponctuels ou permanents. Chaque groupe est animé par un référent. Celui-ci sera chargé de présenter à la Commission les conclusions des différents dossiers qu'il a en charge.

**Article 10** : Quorum

Le quorum est requis en cas de vote. Il est atteint lorsque plus de la moitié des membres est présente. Tous les membres ont voix délibérative.

Les avis sont pris par le président et les membres en recherchant systématiquement un consensus général (vote possible à main levée ou à bulletin secret sur demande, majorité simple des membres).

Dans l'hypothèse d'un partage des voix, celle du président est prépondérante.

**Article 11** : Documents à élaborer

La Commission de Coordination des Vigilances et de Gestion des Risques rédige un rapport annuel qui rend compte de ses analyses et activités, et détermine des propositions d'actions prioritaires.

L'ensemble de ces documents est soumis à l'examen du Comité de Pilotage de la Démarche Qualité et de la Commission Médicale d'Etablissement.

**Article 12** : Obligation de discrétion professionnelle

Le contenu des débats est confidentiel. Chaque membre du COVIGRIS est tenu à l'obligation de discrétion professionnelle.

**Article 13** : Moyens de fonctionnement

Les moyens nécessaires au fonctionnement de la Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques sont attribués selon des modalités négociées entre le Directeur de l'établissement et de la Commission.

**d) Cellule opérationnelle**

**Article 14** : Composition

Il est créé au sein de la Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques une cellule opérationnelle composée :

- de l'Ingénieur Qualité
- du Technicien Qualité
- d'un membre désigné du Comité de Pilotage de la Démarche Qualité

**Article 15** : Missions

Cette cellule a en charge d'analyser les fiches d'évènements indésirables émises par les membres du personnel.

**Article 16** : Fonctionnement

Cette cellule se réunit une fois par semaine de façon régulière, et en urgence en cas de besoin.

**e) Règlement intérieur**

**Article 17** : Validation

Le présent règlement intérieur est validé par le Directeur de l'établissement.

La composition nominative de la COVIGRIS est arrêtée par le Directeur.

Le règlement intérieur et la liste des membres sont communiqués aux membres de la commission, au conseil exécutif, et à la direction de l'établissement.

Une information est donnée à l'ensemble des cadres (cadres de santé, cadres administratifs techniques et logistiques) de l'établissement.

**Article 18** : Modifications

Toute modification du présent règlement intérieur de la Commission de Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques peut être entreprise sur demande motivée des membres de la Commission, et sera soumise au vote à la majorité des membres. Elle s'effectue par voie d'avenant validé par le Directeur de l'établissement.

#### Fiche 1.1.4.4.3. Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

##### a) Composition

Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance est composé du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais, du Directeur de l'Etablissement de Transfusion Sanguine (ETS), des correspondants d'hémovigilance des deux établissements et des représentants des principaux services prescripteurs de transfusion sanguine du Centre Hospitalier de Beauvais. La composition nominative du Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance est arrêtée par le Directeur.

##### b) Attributions

- S'assurer auprès des services responsables, de la présence dans le dossier médical des documents relatifs aux actes transfusionnels et, le cas échéant, de la copie de la fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur ;
- Etre saisi de toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'ETS avec le Centre Hospitalier de Beauvais et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance ;
- Etre informé des conditions de fonctionnement des dépôts de sang ;
- Etre averti des incidents graves survenus dans le Centre Hospitalier de Beauvais ainsi que des effets indésirables survenus chez les receveurs, et concevoir toute mesure destinée à y remédier ;
- Présenter à la CME un programme de formation en sécurité transfusionnelle destiné aux personnels concernés ;
- Remettre à la CME un rapport annuel d'activité.

#### Fiche 1.1.4.4.4. Commission du Développement Professionnel Continu (DPC)

##### a) Composition

La Commission du Développement Professionnel Continu est composée de :

1- Pour la Formation Médicale Continue, d'une formation médicale restreinte :

• **Représentants du corps médical :**

- Le président de la CME
- 3 représentants désignés par la CME
- 1 représentant de chaque pôle d'activité clinique et médico-technique désigné par le chef de pôle

2- Pour la politique EPP et son suivi, d'une formation plénière composée de :

• **Représentants du corps médical :**

- Le président de la CME
  - 3 représentants désignés par la CME
  - 1 représentant de chaque pôle d'activité clinique et médico-technique désigné par le chef de pôle
- **Représentants des paramédicaux :**
- La directrice des soins
  - Un cadre supérieur désigné par la présidente de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), assurant le pilotage de l'instance
  - Les représentants de la CSIRMT participant au Comité de Pilotage de la Démarche Qualité (CPDQ)
  - Deux cadres de santé et un infirmier, ayant des compétences dans ce domaine, désignés par la présidente de la CSIRMT

Assistent en outre aux séances en fonction de leurs ordres du jour **les représentants de la Direction** suivants :

- Le Directeur,
- Le Directeur adjoint chargé des affaires Médicales, Générales et de la Qualité.
- L'ingénieur Qualité pour les EPP
- L'Attaché d'Administration Hospitalière pour la FMC

Lorsqu'elle examine les questions liées à la formation médicale continue, elle se réunit en formation médicale restreinte.

Lorsqu'elle examine les questions liées à la politique d'évaluation des pratiques professionnelles, elle se réunit en formation plénière.

La durée du mandat de chacun des membres de la Commission est fonction de la durée de leurs fonctions au sein de l'établissement et/ou de la durée du mandat de l'instance au titre de laquelle il siège.

Le mandat prend fin lorsque son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre. Dans ce cas, il est remplacé dans les meilleurs délais.

##### b) Attributions

La commission du Développement Professionnel Continu contribue par ses avis et propositions à la politique institutionnelle et aux orientations prioritaires de la Formation Médicale Continue des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

A ce titre, elle arrête les règles d'attribution des crédits sur l'enveloppe institutionnelle allouée à la Formation Médicale Continue, et décide de l'attribution des aides financières individuelles. Elle assure le suivi de l'utilisation de ces crédits et procède si nécessaire à des ajustements en cours d'année. Elle valide la répartition des enveloppes de crédits délégués à chaque pôle et est informée du bilan annuel de leur utilisation.

Elle étudie toutes les questions relatives à la Formation Médicale Continue.

La commission contribue par ses avis et propositions, à la définition de la politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de l'établissement afin de satisfaire aux exigences de la procédure de certification (Pratique Exigible Prioritaire-PEP).

A ce titre, elle :

- est informée de l'engagement des médecins et équipes médicales dans les démarches d'accréditation
- valide et surtout valorise les programmes d'EPP réalisés en interne par les praticiens par les équipes médicales et les équipes soignantes;
- veille à l'organisation de l'EPP dans tous les secteurs cliniques ou médico-techniques de l'établissement et à l'engagement de l'ensemble des professionnels de l'établissement ;
- s'assure de la diffusion des résultats des EPP aux professionnels concernés ;
- valide les plans d'action issus des EPP;
- met à disposition des porteurs de projet un dispositif d'accompagnement, de suivi et de formation ;
- veille à l'intégration de ces programmes d'évaluation dans le projet médical et le projet de soins ainsi que dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la procédure de certification ;
- prépare et instruit la validation des EPP conformément aux modalités définies par la HAS. Pour cela, elle organise des séances de présentation et de discussion des programmes EPP réalisés au sein de l'établissement. Elle sera ainsi à même de transmettre à la CME et à la CSIRMT des avis et recommandations;
- sert de lieu d'échange autour des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques, informe et conseille les professionnels de santé en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Suit l'état d'avancement de la politique d'EPP et l'impact des démarches EPP dans l'établissement.

### **c) Fonctionnement**

#### • **Présidence et vice-présidence**

La commission élit son président parmi ses membres représentant les professionnels médicaux à la majorité de ses membres. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

La commission désigne deux vice-présidents :

- un vice-président élu parmi le personnel médical selon les mêmes modalités que celles prévues pour la présidence, qui peut recevoir délégation du président,
- une vice-présidence assurée par la Directrice des Soins, qui peut recevoir délégation du président pour toutes les questions relevant des EPP.

Le président et les vice-présidents sont les interlocuteurs privilégiés de la Direction des Affaires Médicales Générales et de la Qualité pour toutes les questions relatives à ses missions.

#### • **Convocations**

La commission se réunit au moins 4 fois par an, sur convocation de son Président ou de son Vice-Président. La convocation est accompagnée d'un ordre du jour.

#### • **Avis et décisions**

La commission du Développement Professionnel Continu émet des avis et propositions sur les questions relevant de sa compétence.

Les décisions et avis sont pris à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de la sous-commission est prépondérante.

#### • **Secrétariat**

Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais par la secrétaire de la Direction des Affaires Médicales Générales et de la Qualité. Cette dernière s'assure que les convocations et les comptes rendus de réunions de la commission sont établis en bonne et due forme, et diffusés dans les meilleurs délais à l'ensemble des membres. Ces documents sont transmis aux membres par messagerie électronique, sauf demande contraire de leur part. Le compte rendu précise les noms des présents, le lieu et les horaires de la séance, les propositions arrêtées, les résultats des scrutins le cas échéant, le résumé succinct des interventions. Il est soumis à l'approbation du comité lors d'une de ses séances ultérieures.

Le président ou le vice-président attestent de l'adoption en apposant sa signature sur le compte-rendu définitif.

#### • **Obligations des membres**

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

Les documents remis aux membres et destinés à la Commission sont réputés être réservés à leur usage dans le cadre des travaux de la Commission, sauf mention contraire précisée en séance.

Toute communication par l'un des membres à l'extérieur de l'instance, sur le contenu des travaux ou le sens des propositions adoptées, doit être autorisée par le Président. Le délibéré lui-même et le vote individuel de chacun des membres ne peuvent faire l'objet d'aucune communication.

La Commission établit un programme annuel de travail et rend compte de ses analyses et activités dans un rapport annuel. Ce rapport fait l'objet d'une présentation en CME et en CSIRMT pour ce qui concerne les EPP.

#### Fiche 1.1.4.4.5. Comité d'éthique

##### a) Composition et désignation des membres

L'Espace Ethique du Centre Hospitalier de Beauvais est une instance pluridisciplinaire et pluraliste composée de professionnels de la santé et de personnes choisies pour leur compétence et leur intérêt pour les questions éthiques.

L'Espace Ethique est animé par un coordonnateur, nommé par décision du directeur après avis du Président de la CME pour une durée de 4 ans éventuellement renouvelable. Il siège avec voix consultative au conseil de surveillance de l'établissement.

Il est entouré de membres permanents désignés par le Directeur, après avis du coordonnateur, pour une durée de 4 ans, renouvelables par moitié tous les deux ans.

Le mandat des membres prend fin en même temps que les fonctions au titre desquelles ce mandat a été confié ou en cas de départ de l'établissement de l'agent.

Les membres permanents de l'Espace Ethique appartiennent pour la moitié aux personnels du CHB et pour l'autre moitié aux personnels de la Communauté Hospitalière du Territoire Oise Ouest (CH2O) et à des personnalités extérieures à l'établissement.

Les membres permanents appartenant au personnel du CHB sont désignés après appel à candidature interne selon la procédure précitée.

Les membres permanents faisant partie des personnels de la CH2O ou des personnalités extérieures adressent leur candidature au Directeur, accompagnée d'une lettre de motivation et de la justification d'une compétence ou d'un intérêt particulier en éthique. Ils sont désignés selon la procédure précitée.

D'autres professionnels ou personnalités extérieures peuvent être appelées à participer, en tant que besoin et à titre associé ou consultatif, aux travaux de l'espace.

La qualité de membre de l'Espace Ethique peut être retirée à l'initiative du comité en cas de manque d'assiduité aux travaux.

##### b) Fonctionnement

Dans la mesure du possible, les membres de l'Espace Ethique se réunissent au moins deux fois par an.

Ils définissent un programme annuel de travaux qui est porté à la connaissance de la communauté hospitalière par les voies les plus appropriées.

La saisine de l'Espace Ethique du Centre Hospitalier de Beauvais est ouverte à tous les professionnels de santé (personnels médicaux et non médicaux de l'établissement, médecins extérieurs à l'établissement concernés par des patients hospitalisés, hébergés ou consultants, médecins ou personnels soignants extérieurs concernés par des problématiques générales liées à l'hôpital, aux patients). Par ailleurs, le Directeur peut soumettre à l'Espace Ethique des questions soulevées par les usagers ou leurs proches.

Dans un premier temps, l'Espace Ethique décide d'accepter ou de refuser la problématique qui lui est soumise et informe la personne qui l'a saisi.

L'Espace Ethique peut décider de constituer des groupes de travail par thèmes afin de préparer les séances de l'espace éthique par un travail d'instruction préalable.

La réflexion de l'espace éthique doit faire dans la mesure du possible faire l'objet d'un consensus. S'il y a désaccord entre les membres du comité, plusieurs avis peuvent figurer au sein du recueil et leurs auteurs ne sont pas identifiés.

Les travaux de l'espace éthique sont formalisés selon des outils choisis par les membres.

Les avis de l'espace éthique se conforment au principe d'anonymat et respectent impérativement le secret professionnel. Ils sont purement consultatifs et informatifs.

Lors de son installation, l'espace éthique définira son règlement intérieur qui sera soumis à l'approbation du Directeur et intégré au règlement intérieur général de l'établissement.

L'espace éthique peut organiser des conférences sur un thème d'actualité dont les conclusions feront l'objet d'une publication.

Le secrétariat est assuré au sein de l'espace par l'un de ses membres. Le CHB met à disposition des salles de réunion pour les activités de l'espace éthique.

### **c) Missions et compétences**

L'espace éthique du CHB est une instance mandatée par l'institution, pluridisciplinaire, consultative et indépendante. Il est un lieu de débats et d'expression. Ses membres sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle et s'engagent à respecter la confidentialité des débats.

Il a pour mission :

- d'identifier les problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement
- de favoriser la réflexion sur le sens du soin
- de produire des avis ou des orientations générales à partir d'études de cas, questions particulières ou thèmes généraux
- de diffuser en interne des réflexions et des recommandations.
- L'espace éthique ne fonctionne pas dans l'urgence et ne peut se substituer aux autres instances institutionnelles du CHB ou réglementations spécifiques (essais cliniques, Limitation et Arrêt des Traitements (LTA)...).

Il n'est pas compétent pour trancher ou examiner des différends entre personnes ou pour traiter les contentieux médicaux et soignants de l'institution.

L'espace éthique détermine une méthode de travail lisible et admise par ses membres.

### **d) Evolution et modification de l'Espace Ethique**

L'Espace Ethique du Centre Hospitalier de Beauvais est susceptible d'évoluer et de modifier son fonctionnement, sa composition et ses missions selon les modalités qu'il a lui-même définies dans son règlement intérieur.

Ces évolutions sont validées par le Directeur de l'établissement.

#### Fiche 1.1.4.4.6. Commission des admissions et des soins non programmés

##### a) Composition

La Commission des Admissions et des Consultations non Programmées est composée comme suit :

- le Directeur ou son représentant assisté des collaborateurs de son choix ;
- le Président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- Un représentant médical de chacun des pôles du Centre Hospitalier de Beauvais désigné par les chefs de pôle ;
- 8 représentants de la CME désignés en son sein ;
- La Directrice des soins
- Le cadre supérieur du Pôle Urgences Consultations
- Les cadres de santé du Service Accueil Urgences
- Le représentant du service social

##### b) Fonctionnement

- Présidence

La commission des Admissions et des Consultations non Programmées élit son président parmi ses membres présents à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. Le vote a lieu à bulletin secret si un membre en fait la demande. En cas d'égalité de voix, au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Le président est l'interlocuteur privilégié de la Direction des Affaires Médicales, Générales et de la Qualité pour toutes les questions relatives à ses missions.

- Convocations

La commission se réunit au moins une fois par an, et autant que de besoin, sur convocation de son Président. La convocation est accompagnée d'un ordre du jour fixé par ce dernier.

- Avis et décisions

La commission des Admissions et des Consultations non Programmées émet des avis et des propositions sur les questions relevant de sa compétence.

Les décisions et avis sont pris à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de la commission est prépondérante.

- Secrétariat

Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais par la Direction des Affaires Médicales.

Cette dernière s'assure que les convocations et les comptes rendus de réunions de la commission et les documents de travail sont établis en bonne et due forme, et diffusés dans les meilleurs délais à l'ensemble des membres. Ces documents sont transmis aux membres par messagerie électronique, sauf demande contraire de leur part. Le compte rendu précise les noms des présents, le lieu et les horaires de la séance, les propositions arrêtées, les résultats des scrutins le cas échéant, le résumé succinct des interventions. Il est soumis à l'approbation de la commission lors d'une de ses séances ultérieures.

Le président atteste de l'adoption en apposant sa signature sur le compte-rendu définitif.

- Obligations des membres

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

Les documents remis aux membres et destinés à la Commission sont réputés être réservés à leur usage dans le cadre des travaux de la Commission, sauf mention contraire précisée en séance.

Toute communication par l'un des membres à l'extérieur de l'instance, sur le contenu des travaux ou le sens des propositions adoptées, doit être autorisée par le Président. Le délibéré lui-même et le vote individuel de chacun des membres ne peuvent faire l'objet d'aucune communication.

**c) Missions**

La Commission des Admissions et des Consultations non Programmées est chargée de :

- 1) Dégager des solutions consensuelles garantissant la fluidité de la prise en charge en aval au sein de l'établissement accueillant les urgences ;
- 2) Prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes ;
- 3) Valider les propositions de fermeture temporaire de lits et fixer les capacités à maintenir pour l'urgence ;
- 4) Veiller à la mise en place d'une évaluation précise des capacités d'accueil, par type de pathologie
- 5) Valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée.

#### Fiche 1.1.4.4.7. Commission de l'organisation de la permanence des soins

##### a) Composition

- Le Directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix ;
- Le Président de la CME ou son représentant ;
- Deux représentants de chacun des pôles à l'exception du pôle médico-technique pour lequel un seul représentant est désigné. Parmi ces représentants, la moitié au moins devra être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jours fériés sous forme de permanence sur place ou d'astreinte.

Les pôles ou les structures internes ayant opté pour une organisation en temps médical continu doivent obligatoirement être représentés par un membre du personnel médical ou de la structure interne.

##### b) Fonctionnement

- Présidence

La commission de la permanence des soins élit son président parmi ses membres présents, 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 Président est l'interlocuteur privilégié de la Direction des Affaires Médicales, Générales et de la Qualité pour toutes les questions relatives à ses missions.

- Convocations

La commission se réunit au moins 2 fois par an et autant que de besoin, sur convocation de son président, la convocation est accompagnée d'un ordre du jour fixé par ce dernier.

- Avis et décisions

La commission de la permanence des soins émet des avis et propositions sur les questions relevant de sa compétence. Les décisions et avis sont pris à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de la sous-commission est prépondérante.

- Secrétariat

Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais par la Direction des Affaires Médicales.

Cette dernière s'assure que les convocations et les comptes rendus de réunions de la commission sont établis en bonne et due forme, et diffusés dans les meilleurs délais à l'ensemble des membres. Ces documents sont transmis aux membres par messagerie électronique, sauf demande contraire de leur part. Le compte-rendu précise les noms des présents, le lieu et les horaires de la séance, les propositions arrêtées, les résultats des scrutins le cas échéant, le résumé succinct des interventions. Il est soumis à l'approbation de la commission lors d'une de ses séances ultérieures.

Le président atteste de l'adoption en apposant sa signature sur le compte-rendu définitif.

- Obligations des membres

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

Les documents remis aux membres et destinés à la commission sont réputés être réservés à leur usage dans le cadre des travaux de la commission, sauf mention contraire précisée en séance.

Toute communication par l'un des membres à l'extérieur de l'instance, sur le contenu des travaux ou le sens des propositions adoptées, doit être autorisée par le Président. Le délibéré lui-même et le vote individuel de chacun des membres ne peuvent faire l'objet d'aucune communication.

**c) Attributions**

- Définir annuellement, avec le Directeur, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- Donner un avis sur les questions relatives aux tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens.
- Donner son avis sur les conventions de coopération en matière de permanence des soins ;
- Etablir un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au Directeur ainsi qu'au Président de la CME.

#### Fiche 1.1.4.4.8. Collège de l'information médicale et des systèmes d'information

##### **d) Composition**

Le collège est composé des membres suivants :

- Le Médecin Chef du Service d'Information Médicale
- Le Directeur des Systèmes d'Information
- Le Directeur des Finances
- Un Médecin par pôle et son suppléant, référents SI proposés par le chef de pôle.
- L'ingénieur responsable de la sécurité des systèmes d'information.
- Un Cadre de santé et son suppléant, proposés par la Directrice des Soins.

Le Collège de l'Information Médicale et de la Sécurité du Système d'Information peut convier à ses séances toute personne dont la présence lui paraît utile, à titre consultatif (personnes qualifiées, invités ou experts).

Hormis les membres désignés à l'article 2, nul ne peut prendre part aux séances du collège sans y avoir été convié. La convocation est formelle et nominative.

##### **e) Attribution**

Il est créé, auprès de la commission de pilotage stratégique des systèmes d'information du centre hospitalier de Beauvais, un collège de l'information médicale et de la sécurité du système d'information chargé des missions suivantes :

- Définir et suivre la mise en oeuvre et l'évaluation des orientations générales sur l'information médicale
- Définir et suivre la mise en oeuvre et l'évaluation de la politique de sécurité du SI

Il informe régulièrement de ces travaux la commission de pilotage stratégique des systèmes d'information du centre hospitalier de Beauvais.

##### **f) Fonctionnement**

Le médecin chef de service du SIM et le Directeur chargé des Systèmes d'information président ce collège.

Le médecin chef de service du SIM et le Directeur chargé des Systèmes d'information sont chargés de la gestion et de l'animation du collège. Ils en tiennent le secrétariat, le convoque, en établit l'ordre du jour, établit le compte rendu ou relevé de conclusions dont ils assurent ensuite la diffusion.

S'ils doivent faire l'objet d'une présentation devant les instances de l'établissement ou d'une diffusion, les avis de la commission sont exposés par le médecin chef du SIM et le Directeur des systèmes d'information.

Le Collège de l'Information Médicale et de la Sécurité du Système d'Information se réunit sur convocation du médecin chef de service du SIM et du Directeur des systèmes d'information, adressée aux membres au moins une semaine avant la date de la réunion avec l'ordre du jour.

Le relevé de conclusions est établi rapidement après chaque séance. Il est transmis aux membres et mis en ligne sur le site intranet de l'établissement.

#### Fiche 1.1.4.4.9. Comité de Lutte contre la Douleur

##### Documents de référence :

- Circulaire DGS/DH n°98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
  - Circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
  - Circulaire DHOS/E2 n°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
  - Programme national de lutte contre la douleur 2006-2010 dans les établissements de santé.
  - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
  - Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Vu la création du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) en février 1997.

Vu l'avis de la CME en date du 21 février 2012

#### **ARTICLE 1 – MISSIONS**

Le CLUD a pour missions de :

- 1.1 Proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, le programme pluriannuel de lutte contre la douleur mis en œuvre au sein de l'établissement.
- 1.2 Coordonner au niveau de l'ensemble des services toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur quels qu'en soient le type, aigu ou chronique, d'origine maligne ou non et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicaps, urgences, situations de grande précarité...).
- 1.3 Participer à la réflexion sur la prise en charge de la douleur dans le cadre des soins de support en cancérologie au CHB.
- 1.4 Susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité de l'évaluation, de la prévention et du traitement de la douleur.
- 1.5 Promouvoir la formation continue à la prise en charge de la douleur pour les personnels médicaux et paramédicaux des différents secteurs d'activité, et prioriser la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux référents douleurs.
- 1.6 Promouvoir le développement de la prise en charge de la douleur en réseau entre les établissements de santé du territoire de santé Sud-Ouest, harmoniser les pratiques.
- 1.7 Elaborer les aides à la prescription et les protocoles sur la base des recommandations de bonne pratique en collaboration avec les spécialités concernées (SAMU, gériatrie, pédiatrie, postopératoire, oncologie...).
- 1.8 S'assurer de la qualité et de la traçabilité de l'évaluation de la douleur en organisant l'acquisition, la généralisation de l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur et leur appropriation par les professionnels
- 1.9 Veiller à la diffusion et à la mise en application locale des travaux validés par l'HAS ou toute autre documentation disponible sur les programmes d'assurance qualité en matière de prise en charge de la douleur.
- 1.10 Décider du choix des moyens thérapeutiques médicamenteux (COMEDOULEUR) et non médicamenteux et veiller à leur utilisation rationnelle.
- 1.11 Emettre un avis sur les acquisitions d'équipement et de matériels susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la prise en charge de la douleur.
- 1.12 Participer à l'information des patients en diffusant des brochures relatives à la prise en charge de la douleur
- 1.13 Réaliser des enquêtes ou des audits auprès des patients et des soignants : satisfaction des usagers, états des lieux et évolution des pratiques.
- 1.14 Programmer les objectifs annuels en lien avec les résultats des différentes évaluations (IPAQSS, EPP...), évaluer la réalisation de ces objectifs et établir un bilan annuel des actions engagées. Ce bilan est transmis au Directeur, au Président de la CME, au Directeur des soins, à la direction de la qualité.
- 1.15 Collaborer avec les autres CLUD de Picardie.

## **ARTICLE 2 - COMPOSITION**

Le CLUD est composé de trois instances :

- Un bureau, instance décisionnelle,
- Une assemblée, instance consultative,
- Un COMEDOULEUR, émanation du COMEDIMS.

## **ARTICLE 3 - BUREAU DU CLUD**

3.1 Le bureau du CLUD est composé de :

- Le Directeur de l'établissement ou son représentant,
- Le Président de la CME ou son représentant, membre de la CME,
- un représentant de la Direction de la Qualité,
- un représentant de la Direction des soins,
- des représentants (médicaux et paramédicaux) des différentes spécialités au sein de chaque pôle (au moins un représentant par spécialité) :
- Pôle Médico-technique (Pharmacie...),
- Pôle Gériatrie,
- Pôle Urgences-Consultations, (Odontologie, ORL,...),
- Pôle Chirurgie, (Anesthésie, les trois services de chirurgie,...),
- Pôle Médecine, (Neurologie, Rhumatologie, Pneumologie, Rééducation Fonctionnelle...),
- Pôle Cancérologie, (Soins Palliatifs, Hémato-Oncologie,...)
- Pôle Femme-Enfant, (Obstétrique, Pédiatrie,...)
- Trois médecins, pharmaciens ou représentants des établissements signataires de la convention Douleur, dont l'acte de candidature est à déposer au bureau du CLUD, ou des représentants paramédicaux des établissements signataires de la convention Douleur,
- Un représentant des 3 C.

Ces membres sont recrutés sur la base du volontariat après information auprès des médecins, cadres et comités.

3.2 Le bureau a une durée de fonctionnement contemporaine de celle de la CME.

3.3 Le président et le vice-président du CLUD sont désignés par le Bureau du CLUD. En cas de vacance de ces postes, le Bureau du CLUD nommera un nouveau président ou un vice-président après en avoir informé la commission médicale du CHB.

Il est décidé que le président du CLUD est un médecin et le vice-président un médecin ou un pharmacien.

3.4 Le bureau du CLUD établit le règlement intérieur du CLUD, validé par le directeur du CHB après avis de la CME. Le règlement intérieur peut être à tout moment modifié sur proposition d'un des membres du bureau du CLUD, après avis du bureau et selon la même procédure.

3.5 Le bureau du CLUD définit les orientations de la politique de prise en charge de la douleur pour le Centre Hospitalier de Beauvais et les propose aux établissements signataires de la convention et du territoire en particulier de la CH20.

3.6 Le bureau du CLUD élabore chaque année un programme d'actions et établit chaque année un rapport annuel d'activités, qu'il présente à l'assemblée du CLUD, à la CME. Celui-ci est transmis à la Direction du CHB, à la Commission de Soins Infirmiers et Médico-Techniques (CSIRMT).

3.7 Le bureau du CLUD se réunit tous les deux mois au minimum pour mener à bien le programme établi, et pour préparer les réunions de l'assemblée du CLUD.

3.8 Le calendrier des réunions du bureau du CLUD est fixé en concertation avec les membres du bureau en début d'année pour l'année en cours.

3.9 Lors de chaque réunion du bureau du CLUD, le Président fixe l'ordre du jour de la réunion du bureau suivante et de la réunion plénière.

3.10 En cas de réunion supplémentaire du bureau, les convocations sont adressées 15 jours avant la date de la réunion.

3.11 Le bureau du CLUD peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

3.12 Les décisions prises en réunion de bureau du CLUD sont validées par approbation de la moitié au moins des membres présents. Un quorum de présence n'est pas nécessaire.

3.13 Un procès-verbal de chaque réunion du bureau du CLUD est rédigé et diffusé à l'ensemble de ses membres. Le secrétariat est assuré par le secrétariat de la consultation de la douleur.

#### **ARTICLE 4 – ASSEMBLEE DU CLUD**

4.1 L'assemblée du CLUD est composée des membres de bureau du CLUD et des référents médicaux et paramédicaux douleur du CHB, d'un représentant des usagers désigné par le Conseil de Surveillance et des établissements signataires de la convention Douleur. Elle n'a pas de nombre fixe de participants. L'assemblée est aussi ouverte à **tout le personnel de santé souhaitant améliorer la prise en charge de la douleur du CHB et établissements du territoire**. Ceux-ci sont soumis, au même titre que tous les membres du CLUD aux règles usuelles de confidentialité, et de discrétion professionnelle si nécessaire.

4.2 Les référents douleur sont volontaires et motivés pour remplir cette mission.

4.3 Il est demandé au minimum un référent médical ou paramédical par unité de soins ainsi qu'au minimum un référent médical ou paramédical des établissements signataires de la Convention Douleur.

4.4 L'assemblée du CLUD se réunit deux fois par an; les dates de réunion sont fixées en début d'année lors de la première réunion de l'assemblée.

4.5 L'ordre du jour arrêté par le bureau du CLUD est communiqué aux membres de l'assemblée au moins 15 jours avant la réunion de l'assemblée.

4.6 L'assemblée du CLUD est tenue informée des travaux du bureau ; elle émet des propositions d'actions ; ses membres participent aux actions définies dans le programme sur la base du volontariat.

4.7 Des séances de travail sont également organisées autour des projets du programme d'actions ou pour répondre à un sujet d'actualité. Ces séances de travail (audits, formation, procédures...) sont organisées avec des membres de l'assemblée du CLUD volontaires qui rendent compte de leurs travaux auprès de l'assemblée.

Les membres de l'assemblée du CLUD font part des pratiques de leur secteur d'activité.

4.8 Chaque membre s'engage à informer, au sein de son secteur d'activité, des actions du CLUD et à rapporter au CLUD les informations recueillies sur le terrain.

4.9 L'assemblée du CLUD peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

4.10 Un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée du CLUD est rédigé et diffusé aux participants. Le secrétariat est assuré par le secrétariat de la consultation de la douleur.

4.11 Le Président du CLUD convie les représentants des usagers de l'hôpital de BEAUVAIS, à titre consultatif, à chaque réunion plénière.

#### **ARTICLE 5- SECRETARIAT DU CLUD**

5.1 Le secrétariat du bureau du CLUD est assuré par l'Unité de la Douleur.

5.2 Le secrétariat de l'assemblée du CLUD est assuré par l'Unité de la Douleur.

5.3 L'archivage des documents produits par le CLUD ou servant à ses travaux est assuré par le secrétariat de l'Unité de la Douleur.

#### **ARTICLE 6 - COMEDOULEUR**

6.1 Le COMEDOULEUR est une sous-commission du COMEDIMS ayant pour rôle de faire le choix des médicaments dans l'arsenal thérapeutique de la douleur. (Voir rôle du COMEDIMS)

6.2 La présidence en est assurée par le président du COMEDIMS

6.3 Il est composé de :

- Un pharmacien,
- le médecin responsable de l'Unité Douleur et de l'Unité de Soins Palliatifs ou son représentant
- le médecin responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs
- un médecin d'hémo-oncologie,
- un médecin responsable de l'HAD,
- un pédiatre,
- un neurologue,
- un gériatre,
- un médecin anesthésiste,
- un médecin des SAU,

- un paramédical membre du CLUD désigné en son sein.

6.4 Le COMEDOULEUR a une durée de fonctionnement contemporaine de celle du COMEDIMS. Les modalités de fonctionnement sont définies par la présidente du COMEDIMS.

6.5 Le COMEDOULEUR doit se réunir à la demande d'un ou de plusieurs membres. La décision est prise à la majorité simple des membres présents et publiée par un bulletin de la COMEDOULEUR



#### Fiche 1.1.4.4.10. Comité de Liaison Alimentation Nutrition

##### **POLITIQUE NUTRITIONNELLE DU CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS :**

Au Centre Hospitalier de Beauvais le CLAN est implanté et fonctionnel depuis Mai 2004 il s'est appuyé sur le Programme National Nutrition Santé initié en 2001, prolongé en 2006 et reconduit en 2011 dont l'objectif principal est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition.

L'importance et l'étendue des problèmes que posent l'alimentation, et plus spécifiquement la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés ont été soulignés par de nombreux rapports et en particulier par le rapport de mission portant sur « l'alimentation en milieu hospitalier » remis en 1997 au Ministre de la Santé en France (Guy-Grand, 1997).

Le CLAN se donne donc pour mission *d'améliorer la prise en charge nutritionnelle* des patients et des résidents en évaluant leur état nutritionnel et en coordonnant les actions des professionnels de l'alimentation et de la nutrition.

Le CLAN a une démarche transversale, inter service et interprofessionnelle associant les professionnels médicaux, paramédicaux, de la restauration, de la pharmacie, de la formation continue et l'ensemble des directions du Centre Hospitalier de Beauvais.

##### **ARTICLE 1 : MISSIONS**

Les travaux du CLAN sont menés au travers de 3 axes prioritaires :

- Nutrition : dénutrition, obésité, cancers, maladies métaboliques...
- Sécurité alimentaire,
- Qualité nutritionnelle.

Ses missions sont définies comme suit:

- Elaborer le bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et proposer des axes d'améliorations.
- Elaborer le programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; assurer la coordination et la cohérence des actions menées au sein de l'établissement en se référant aux recommandations de l'HAS.
- Définir les actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration, en se référant aux recommandations relatives à la nutrition du GEMRCN (Groupe d'Etude des Marchés de la Restauration Collective et de Nutrition).
- Définir la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.
- Coordonner les actions entreprises au CHB en matière de nutrition et de restauration.
- Participer à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- Participer au recueil des indicateurs IPAQSS (dépistage des DTN) et proposer des actions correctives.
- Préparer le rapport d'activité annuel destiné à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés qui est soumis à l'approbation de la CME. Ce rapport est présenté à la CSSIRMT.

Pour l'accomplissement de ses missions, le CLAN travaille en étroite collaboration avec la Direction Qualité, des Soins et Logistique.

##### **ARTICLE 2 : COMPOSITION ET DESIGNATION**

###### **2.1 Composition :**

**Le CLAN est composé des Membres actifs suivants :**

- Le président de la CME, ou son représentant,
- Un représentant de la CME,
- Le Directeur ou son représentant,
- Le Directeur des Affaires Economiques et Logistiques,
- La Directrice des Soins ou son représentant,
- Le Directeur de la Qualité ou son représentant,
- Le responsable du service diététique ou son représentant,

- Le responsable du service restauration ou son représentant,
- 1 représentant des usagers proposé par le conseil de surveillance
- 1 IDE et 1 aide-soignant désignés par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques,
- Au moins 1 représentant médical et paramédical par pôle, désigné par chaque chef de pôle clinique
- Des référents CLAN,
- Le responsable de la formation continue ou son représentant.

En dehors de ces membres actifs, le CLAN peut inviter toute personne compétente appartenant ou non au Centre Hospitalier de Beauvais sur les questions inscrites à l'ordre du jour et relevant des compétences du CLAN.

## **2.2 Durée du mandat :**

La durée du mandat des membres du CLAN est de 4 ans. Leur mandat est renouvelable. Lors d'un départ anticipé ou d'un désistement d'un des membres, il est remplacé par un nouveau membre de même fonction.

## **2.3 Présidence du CLAN :**

Dès sa constitution, le CLAN choisit en son sein un président et deux vice-présidents.

## **ARTICLE 3 : FONCTIONNEMENT DU CLAN**

### **3.1 Fonctionnement :**

Le président arrête la date des convocations et fixe l'ordre du jour des séances qui est communiqué aux membres au moins 15 jours à l'avance par voie de messagerie sauf demande expresse de l'un des membres.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais et le Président de la CME peuvent solliciter auprès du Président la tenue d'une *séance extraordinaire*.

En cas d'absence du président, les vices présidents sont habilités à présider le CLAN.

Le CLAN se réunit *trois fois* par an au minimum.

Le CLAN rend des avis par un vote à main levée et à la majorité absolue des membres présents.

Lors des votes et en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Un *vote à bulletin secret peut être organisé* à la demande du président ou d'un membre présent.

Il n'est pas possible de recourir au vote par procuration, ni au vote par correspondance.

Un procès verbal de chaque réunion est rédigé et diffusé à l'ensemble des membres du CLAN par voie de messagerie. Le secrétariat du CLAN est assuré par le service diététique.

### **3.2 Communication :**

La communication des travaux du CLAN est diffusée au personnel par le biais de réunions de cadres soignants, par l'intranet et par le journal interne (l'oreille interne).

### **3.3 Liaisons:**

Le CLAN travaille en collaboration avec le COMEDIMS pour le choix de la nutrition entérale et parentérale. Celle-ci tient place de conseil scientifique.

Le CLAN travaille en collaboration avec le Pôle de Prévention et d'Education du Patient (PPEP) et la commission des 3C.

**Fiche 1.1.4.4.11. Commission d'Etudes des Candidatures Médicales**

#### Fiche 1.1.4.4.12. Comité de Lutte des Infections Nosocomiales

### I - LES COMPETENCES

Le CLIN assure les missions suivantes :

- **Définir le programme annuel de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales** mis en œuvre, notamment, par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et les professionnels de santé concernés, en tenant compte des caractéristiques de l'établissement, du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins en vigueur, des recommandations nationales ou inter-régionales, et des données bibliographiques de référence et le soumettre à l'avis des instances de l'établissement (CME, CSIRMT, CHSCT Conseil de Surveillance)
- **Etablir un rapport annuel d'activité** présenté à la Commission Médicale d' Etablissement, qui décrit les actions entreprises dans l'établissement et analyse les résultats obtenus avec des mesures d'évaluation.
- Etablir annuellement le **bilan standardisé** validé par la Direction et transmis aux autorités sanitaires.
- **S'appuyer sur l'expertise technique et collaborer avec les professionnels de l'hygiène hospitalière et des biologistes**
- **Collaborer régulièrement avec tous les services de l'établissement en impulsant et en coordonnant la gestion des risques a priori et a posteriori du risque infectieux nosocomial par le signalement, l'investigation et les interventions lors d'infections, les surveillances épidémiologiques, le suivi d'indicateurs...**
- Participe à la gestion coordonnée des risques (COVIGRIS) du Centre Hospitalier de Beauvais
- Assure la promotion de la formation et de l'information sur le risque infectieux pour les professionnels, les patients et les usagers
- Valide les protocoles en collaboration avec le responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et les services cliniques et médico-cliniques en matière de prévention des infections nosocomiales
- Participe à l'organisation des l'évaluation des pratiques professionnelles (audits...)
- Apporte son expertise sur les projets d'aménagement des locaux et d'acquisition des équipements dans le cas où ces projets peuvent avoir des conséquences sur le risque infectieux
- Travaille en étroite collaboration avec le laboratoire de bactériologie, la pharmacie, le service d'information médicale, le service de santé au travail, le service biomédical, les services techniques et l'ensemble des Directions

### II - LA COMPOSITION :

- Le président de la CME ou son représentant,
- 1 représentant de la CME élu en son sein
- 1 représentant de la direction de la Qualité
- La directrice des services de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- 1 représentant de la Commission des services de soins infirmiers, élu en son sein
- 1 biologiste,
- 1 pharmacien,
- 1 représentant médical et paramédical par pôle, désigné par le chef de pôle
- Les membres médicaux et paramédicaux du service d'hygiène,
- 1 représentant des usagers, désigné par le conseil de surveillance

Est invité à titre permanent le représentant de l'Antenne Régionale de Picardie.

Le CLIN peut inviter toute personne compétente appartenant ou non au Centre Hospitalier de Beauvais sur les questions inscrites à l'ordre du jour et relevant de la compétence du CLIN.

### III – FONCTIONNEMENT

La durée du mandat des membres du CLIN est de 4 ans. Leur mandat est renouvelable. Lors d'un départ anticipé ou d'un désistement d'un des membres, il est remplacé par un nouveau membre de même fonction.

Dès sa constitution, le CLIN élit en son sein un président et un vice-président.

Le président arrête la date des convocations et fixe l'ordre du jour des séances qui est communiqué aux membres au moins 15 jours à l'avance par voie de messagerie sauf demande expresse de l'un des membres.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais et le Président de la CME peuvent solliciter auprès du Président la tenue d'une séance extraordinaire.

En cas d'absence du président, le vice président est habilité à présider les séances du CLIN.

Le CLIN se réunit trois fois par an au minimum.

Il rend des avis par un vote à main levée et à la majorité absolue des membres présents.

Lors des votes et en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Un vote à bulletin secret peut être organisé à la demande du président ou d'un membre présent.

Il n'est pas possible de recourir au vote par procuration, ni au vote par correspondance.

Un procès verbal de chaque réunion est rédigé et diffusé à l'ensemble des membres du CLIN par voie de messagerie. Le secrétariat du CLIN est assuré par la secrétaire du service d'Hygiène.

Les membres du CLIN et les personnes éventuellement invitées 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 la commission.

#### Fiche 1.1.4.4.13. Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

##### **ARTICLE 1 - DENOMINATION**

Il est institué au sein du Centre Hospitalier de Beauvais une instance dénommée :

**COMMISSION DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES  
soit COMEDIMS.**

##### **ARTICLE 2 - MISSIONS**

La Commission « **participe, par ses avis, à la définition de la politique du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles** » et notamment à :

**1/ L'élaboration de la liste des Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles** dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement. Cette liste est régulièrement diffusée sous la forme d'un Livret Thérapeutique interne, disponible sur le logiciel de prescription médicamenteuse, sur le site intranet, et sur clef USB pour l'HAD.

Le choix des produits mis à disposition et leur bon usage est établi sur la base des données pharmacologiques, cliniques, réglementaires et économiques.

La COMEDIMS doit faciliter les arbitrages budgétaires pour déterminer le choix et l'utilisation des produits pharmaceutiques, en particulier les traitements innovants coûteux.

Parmi les Médicaments et Dispositifs médicaux stériles disponibles, certains peuvent être soumis à des modalités particulières de dispensation déterminées par la COMEDIMS.

Les avis émis par la COMEDIMS sur la valeur technique d'un produit seront présentés devant la commission d'Appel d'Offres de l'établissement pour le jugement des offres en cas de procédure de marché public.

L'inscription sur le livret thérapeutique interne ne fait pas obstacle à la prescription par un praticien d'un médicament ou un dispositif médical stérile absent de la liste. Toutefois, cette demande doit être motivée par l'état du patient dans des circonstances spécifiques dûment justifiées par le praticien, pour déroger ponctuellement à la règle établie.

**2/ La réévaluation régulière de l'utilité, la sécurité, la bonne utilisation, l'application des protocoles et du coût financier pour l'établissement des produits référencés.**

**3/ La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse** : des bilans réguliers des déclarations de Pharmacovigilance, des notes d'informations pharmaceutiques et des informations de Pharmacovigilance diffusées y sont présentés.

En outre, la COMEDIMS, conformément aux directives du Contrat de Bon Usage doit :

**4/ Participer à la mise en place d'un système d'assurance qualité du circuit du Médicament et des Dispositifs médicaux stériles** permettant sa sécurisation, avec la sous commission « Médicavigilance ».

**5/ Estimer les consommations annuelles des médicaments et DMI hors GHS** et analyser les écarts et les tendances.

**6/ Suivre les engagements du contrat de Bon Usage** par le suivi des résultats des audits et des actions correctrices mises en place.

**7/ Etablir un suivi du programme pour le bon usage des antibiotiques**, défini par la sous commission des Anti-infectieux

##### **ARTICLE 3 – COMPOSITION ET DESIGNATION DES MEMBRES**

La COMEDIMS s'organise en **4 sous commissions** et une **assemblée plénière**

**1 / Médicavigilance** dont la composition est fixée comme suit :

- 2 pharmaciens
- 4 médecins
- 2 infirmières
- 2 cadres de santé des services de soins
- le cadre préparateur
- le gestionnaire de risques

**2/ ComeDouleur** dont la composition est fixée comme suit :

- 1 pharmacien
- Le médecin responsable de l'unité douleur ou son représentant
- Le médecin responsable de l'équipe de l'EMSP ou son représentant
- 1 médecin d'hémo-oncologie
- Le médecin responsable de l'HAD
- 1 pédiatre
- 1 neurologue
- 1 gériatre
- 1 médecin anesthésiste
- 1 médecin du SAU
- 1 IDE membre du CLUD désignée en son sein

**3/ Comedims gériatrique** dont la composition est fixée comme suit :

- Au moins 1 pharmacien de chaque établissement membre de la CH2O (Beauvais, Chaumont en Vexin, Grandvilliers, Clermont de l'Oise, Crèvecœur, Le Belloy).
- Au moins 1 gériatre de chaque établissement membre de la CH2O (Beauvais, Chaumont en Vexin, Grandvilliers, Clermont de l'Oise, Crèvecœur, Le Belloy).

**4/ Commission des anti-infectieux** dont la composition est fixée comme suit

- L'infectiologue
- Le médecin hygiéniste
- 2 pharmaciens
- 1 pédiatre
- 1 médecin hémo-oncologue
- 1 chirurgien orthopédiste
- 1 médecin réanimateur
- 1 bactériologiste
- 1 médecin des urgences
- 1 gériatre

Le COMEDIMS se réunit en **commission plénière** dont la composition est fixée comme suit :

- 2 pharmaciens
- 1 médecin gériatre de la comedims gériatrique désigné en son sein
- 2 médecins de « Médicavigilance » désignés en son sein
- Le cadre préparateur de « Médicavigilance »
- 1 infirmière de « Médicavigilance » désignée en son sein ou selon disponibilité
- 2 médecins du « Comedouleur » désignés en son sein
- Le cadre de santé de « Médicavigilance »
- Le directeur des Services Financiers
- Le gestionnaire des risques

Toute personne qualifiée appartenant ou non à l'établissement, peut être entendue à la demande de la commission sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

L'ensemble du personnel médical peut être convié à une réunion selon l'ordre du jour.

Enfin, des groupes d'expert médicaux sont réunis en présence du pharmacien responsable du secteur concerné et d'un pharmacien membre de la Comedims pour valider les choix des médicaments et dispositifs médicaux selon les consultations d'achats : chirurgien/anesthésiste/dialyse/hémato-onco/médecine

#### **ARTICLE 4 – PRESIDENCE DE LA COMEDIMS**

La COMEDIMS est présidée par un membre de la Commission Médicale d'Etablissement, médecin ou pharmacien hospitalier.

Le président est suppléé par un vice-président qui assure les fonctions de Président en l'absence ou en cas d'empêchement de celui-ci.

Le président et le vice-président sont élus au sein de la commission parmi les praticiens membres de la CME en début de mandat. Lorsque le président est un pharmacien, le vice-président est élu parmi les médecins et inversement.

Le rôle du président est :

- d'animer la commission,
- de recueillir les demandes des praticiens,
- d'arrêter la date des convocations,
- de fixer l'ordre du jour des séances,
- de préparer le rapport annuel d'activités et le plan d'action,
- de demander, au nom de la COMEDIMS, toute étude ou enquête qu'il jugera nécessaire,

Présidence de la comedims gériatrique de la CH20 :

La présidence et sous présidence sont constituées d'un binôme médecin – pharmacien élu pour 1 an. Le comedims gériatrique se réunit deux fois par an.

#### **ARTICLE 5 – MANDAT DES MEMBRES**

Les membres représentant les médecins et pharmaciens sont désignés à l'occasion de chaque élection de renouvellement de la Commission Médicale d'établissement.

Les IDE et Cadre de santé, le préparateur en pharmacie sont désignés pour 4 ans.

#### **ARTICLE 8 – REUNIONS DE LA COMEDIMS en sous commissions spécifiques ou en commission plénière**

Les sous commissions se réunissent autant de fois qu'il est nécessaire pour assurer leurs missions.

Une convocation écrite précisant les dates et heures, lieu et ordre du jour et adressée par le secrétariat à l'ensemble des membres. Tout praticien peut demander au Président de la Commission l'inscription d'une question à l'ordre du jour.

#### **ARTICLE 9 – ELABORATION ET MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMEDIMS**

- **Elaboration**

**Le présent règlement intérieur de la COMEDIMS est adopté après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.**

- **Modification**

Toute modification du présent règlement intérieur peut être entreprise sur demande motivée et selon la même procédure :

- de son Président
- du Président de la Commission Médicale d'établissement
- du Directeur de l'établissement

**ARTICLE 10 – MOYENS DE FONCTIONNEMENT DES REUNIONS PLENIERES**

Le secrétariat de la pharmacie est chargé, notamment de la prise de notes en séance, de la diffusion des avis et documents, des relevés de conclusions ou d'argumentations, de la planification et du suivi des réunions, de l'archivage des documents.

**ARTICLE 11 – INFORMATION**

Les avis de la COMEDIMS sont diffusés auprès des personnels de l'établissement ou des tiers intéressés par leur application, par tout moyen à la convenance de la Commission.

Les compte-rendus sont mis à disposition sur le site intranet.

**ARTICLE 12 – RAPPORT D'ACTIVITE**

La COMEDIMS élabore un rapport d'activité annuel.

Ce rapport est transmis et présenté par son président à la CME.

**Annexe**

<b>POLE</b>	<b>Membres</b>	<b>Médica-vigilance</b>	<b>Comed Douleur</b>	<b>Comed Gériatrie</b>	<b>Comed Anti-Infectieux</b>
<b>Femme-Enfant</b>	<b>pédiatres</b>	<b>X du pôle (1)</b>	<b>X (1)</b>		<b>X (1)</b>
<b>Gériatrie</b>	<b>médecin</b>		<b>X (1)</b>	<b>X(&gt;1)</b>	<b>X (1)</b>
<b>Médecine Interne</b>	<b>médecins neurologue médecin HAD</b>	<b>X du pôle (1)</b>	<b>X (1) X (de droit)</b>		
<b>Hémato-Onco</b>	<b>médecin HO médecin EMSP ou représentant médecin resp. unité douleur ou représentant</b>		<b>X (1) X (1) X (1)</b>		<b>X (1) X (1)</b>
<b>Chirurgie</b>	<b>anesthésiste chirurgien Ortho. Réanimateur</b>	<b>X du pôle (1)</b>	<b>X (1)</b>		<b>X (1) X (1)</b>
<b>SMUR-SAU</b>	<b>médecins</b>	<b>X du pôle (1)</b>	<b>X (1)</b>		<b>X (1)</b>
<b>Médico-Technique</b>	<b>- pharmaciens - médecin hygiéniste - bactériologiste</b>	<b>X (2)</b>	<b>X (1)</b>	<b>X (1)</b>	<b>X (2) X X</b>

### Fiche 1.1.4.5. Commission d'activité libérale

Vu les articles L6154-5 et D6154-11 et suivants du Code de la Santé Publique relatif aux commissions locales de l'activité libérale,  
Vu l'avis de la Commission de l'activité libérale en date du 4 mai 2012,  
Vu l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement en date du 23 mai 2012,

#### Préambule

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

La Commission de l'activité libérale établit son règlement intérieur qui vise à définir les modalités d'organisation et de fonctionnement de ladite commission.

#### a) Composition

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie.

Elle est composée comme suit :

- 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 mentionnés à l'article L1114-1.

Assiste avec voix consultative le directeur de l'établissement, assisté des collaborateurs de son choix. La commission peut entendre toute personne compétente ou concernée par l'activité libérale.

#### b) Fonctionnement

##### ✓ Présidence

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

Le président est l'interlocuteur privilégié de la Direction des Affaires Médicales, Générales et de la Qualité pour toutes les questions relatives à ses missions.

##### ✓ Convocation

La commission se réunit au moins une fois par an. Elle est convoquée à l'initiative de son président. La convocation est accompagnée d'un ordre du jour fixé par ce dernier.

##### ✓ Saisine

La commission peut 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.

✓ Avis et décisions

La commission de l'activité libérale émet des avis et propositions sur les questions relevant de sa compétence.

Les décisions et avis sont pris à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président de la sous-commission est prépondérante.

✓ Secrétariat

Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais par la Direction des Affaires Médicales.

Cette dernière s'assure que les convocations et les comptes rendus de réunions de la commission sont établis en bonne et due forme, et diffusés dans les meilleurs délais à l'ensemble des membres. Ces documents sont transmis aux membres par messagerie électronique, sauf demande contraire de leur part.

Le compte rendu précise les noms des présents, le lieu et les horaires de la séance, les propositions arrêtées, les résultats des scrutins le cas échéant, le résumé succinct des interventions. Il est soumis à l'approbation de la commission lors d'une de ses séances ultérieures.

Le président atteste de l'adoption en apposant sa signature sur le compte rendu définitif.

✓ Obligations des membres

Les membres de la commission et les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de secret à l'égard des informations dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Les documents remis aux membres et destinés à la Commission sont réputés être réservés à leur usage dans le cadre des travaux de la commission, sauf mention contraire précisée en séance.

Toute communication par l'un des membres à l'extérieur de l'instance, sur le contenu des travaux ou le sens des propositions adoptées, doit être autorisée par le Président. Le délibéré lui-même et le vote individuel de chacun des membres ne peuvent faire l'objet d'aucune communication.

### **c) Communication**

La communication de l'activité libérale 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 a compétence pour toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens.

La commission peut soumettre aux autorités 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.6145-5. Le rapport est communiqué pour information à la CME, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'ARS.

#### **Fiche 1.1.4.6. Commission d'appel d'offres**

Comme tout établissement public de santé, le Centre Hospitalier de Beauvais est dispensé de l'obligation de soumettre ses procédures d'achat à une commission d'appel d'offres.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais, exerçant le pouvoir adjudicateur au sens du Code des marchés publics, peut toutefois souhaiter soumettre certaines procédures à une Commission d'ouverture des offres, dont il arrête la composition et les modalités d'organisation et de fonctionnement après avis du Conseil de surveillance.

## **Section 2 – Organisation médicale et organisation des soins**

### **Sous-section 1 - Pôles d'activité et contractualisation interne<sup>1</sup>**

#### **Fiche 1.2.1.1. Dispositions générales**

Pour l'accomplissement de ses missions, conformément au Code de santé publique, le Centre Hospitalier de Beauvais est organisé en pôles d'activité cliniques et médico-techniques, pôle d'activités non cliniques, en services, unités fonctionnelles et autres structures internes créés par décision du Directeur après concertation avec le Directoire et après du Président de la CME.

#### **Fiche 1.2.1.2. Structures médicales et pharmaceutiques**

Chaque pôle peut être organisé en structures internes (services et unités de soins, de réadaptation ou médico-techniques) créés par le Directeur sur proposition du chef de pôle, après concertation avec le Directoire et après du Président de la CME.

Par délégation du pôle, les structures internes assurent la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche conformément à ce que prévoit le projet de pôle.

Les structures internes sont placées sous la responsabilité d'un médecin, odontologiste, biologiste, ou pharmacien hospitalier.

#### **Fiche 1.2.1.3. Mission des pôles**

Les pôles d'activité cliniques et médico-techniques organisent la bonne prise en charge du patient en développant la coordination entre les services et unités qui les composent. Le, ou les pôles, d'activité, prestataire(s) de l'ensemble des autres pôles, assure(nt) la gestion des personnes et des moyens nécessaires à leur fonctionnement dans le respect des équilibres financiers et le respect des règles de gestion s'imposant au Centre Hospitalier.

---

<sup>1</sup> Article L6146-1, L. 6151-1 et L. 6152-1 du Code de la Santé publique

#### Fiche 1.2.1.4. Chefs de pôle et chefs de pôle adjoints

##### a) Nomination<sup>1</sup>

###### CHEFS DE POLE D'ACTIVITE CLINIQUE OU MEDICO-TECHNIQUE

Chaque chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique est nommé par le Directeur sur présentation d'une liste de propositions comprenant au moins trois noms et établie par le Président de la CME. La liste est présentée au Directeur par le Président de la CME dans un délai de 30 jours à compter de la demande.

En cas d'absence de proposition dans ce délai, le Directeur nomme la personne qu'il choisit. En cas de désaccord sur les noms portés sur la liste ou si cette liste est incomplète, le Directeur peut demander qu'une nouvelle liste soit établie et présentée sous 15 jours. En cas de nouveau désaccord, le Directeur nomme les chefs de pôle de son choix.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle :

- les praticiens hospitalo-universitaires,
- les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie, pharmacie,
- les praticiens contractuels et les praticiens contractuels associés.

###### CHEF DE POLE D'ACTIVITE NON CLINIQUE

Le Directeur nomme les autres chefs de pôle d'activité. Cette nomination ne requiert pas d'avis.

###### CHEFS DE POLE ADJOINTS

Chaque chef de pôle est assisté dans ses fonctions par un chef de pôle adjoint, nommé par le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais sur proposition du chef de pôle après avis du Président de la CME.

En cas de désaccord sur les noms proposés par le chef de pôle, le Directeur peut demander qu'une nouvelle proposition soit établie. En cas de nouveau désaccord, le Directeur nomme les chefs de pôle adjoints de son choix.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle adjoint :

- les praticiens hospitalo-universitaires,
- les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie, pharmacie,
- les praticiens contractuels et les praticiens contractuels associés.

##### b) Missions et attributions<sup>2</sup>

###### CHEFS DE POLE D'ACTIVITE CLINIQUE OU MEDICO-TECHNIQUE

Le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'Etablissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, afin d'assurer le bon fonctionnement du pôle. Cette autorité comprend l'affectation des ressources en fonction de l'activité et des objectifs du pôle.

Le Chef de pôle :

Exerce un rôle dans les domaines suivants :

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

Intervient dans la gestion des personnels médicaux :

<sup>1</sup> Articles L6146-1, R6146-1 à R6146-3 du CSP

<sup>2</sup> Article L6146-6 du CSP

- La nomination des personnels médicaux : le chef de pôle propose au Directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers après avis du Président de la CME.
- L'admission de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux.

Assure la concertation interne au sein du pôle et associe pour cela toutes les catégories de personnel.

Les chefs de pôle d'activité clinique ou médico-technique sont membres de droit de la CME. Conformément à la politique de contractualisation interne de l'Etablissement, le Directeur, après concertation avec le Directoire et après avis du Président de la CME, signe avec le Chef de pôle un contrat de pôle.

#### **CHEFS DE POLE D'ACTIVITE NON CLINIQUE**

---

Le chef du pôle assure la conduite du pôle dans le cadre des objectifs fixés au pôle par le Directeur et en organise le fonctionnement technique.

Il assure la responsabilité du suivi et de la traçabilité de l'activité du pôle et évalue dans ce cadre le niveau d'atteinte de ces objectifs.

#### **c) Durée du mandat et renouvellement**

Le mandat de chef de pôle et de chef de pôle adjoint est de quatre années renouvelables. La procédure de renouvellement est identique à celle de la nomination.

Un mandat débutant au cours de cette période, quelle que soit la raison, court jusqu'à la fin de la période en cours et échoit à la date du renouvellement général des mandats de chefs de pôles.

Dans l'intérêt du service, il peut être mis fin à tout moment à la fonction de chef de pôle, par décision du Directeur après avis du Président de la CME pour les chefs de pôle d'activité clinique et médico-technique et après avis du chef de pôle et du Président de la CME pour les chefs de pôle adjoint.

**Fiche 1.2.1.5. Cadres de pôle****a) Cadre de santé du pôle**

Les chefs de pôles clinique et médico-technique sont assistés, selon les activités du pôle, par une sage-femme cadre ou un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.

Ce cadre est nommé par le Directeur. Il peut se voir confier, outre son travail et ses attributions au sein du pôle, des missions transversales sur l'Établissement et qu'il exerce alors sous la responsabilité et l'autorité du Directeur et par délégation du directeur coordonnateur général des soins.

Le cadre de santé du pôle participe, avec le chef du pôle, à la gestion fonctionnelle des personnels hospitaliers. Il gère et coordonne, avec la collaboration des cadres de santé du pôle, les moyens de fonctionnement du pôle : équipements, matériels, fournitures diverses, maintenances. Il veille à l'application des décisions du chef de pôle et à leurs conséquences sur l'accueil des tiers et les traitements qui les concernent.

Le cadre de santé assure, par délégation du Directeur, l'autorité hiérarchique sur les personnels hospitaliers du pôle à l'exception des psychologues et, le cas échéant, des sages femmes, qui relèvent de l'autorité hiérarchique du Directeur. Cette autorité hiérarchique concerne la gestion ordinaire des personnels : gestion du temps de travail, affectation, évaluation, ainsi que les aspects délégués par le Directeur dans le contrat de pôle.

**b) Cadre administratif du pôle**

Les chefs des pôles sont assistés par un cadre administratif, nommé par le Directeur et affecté pour une partie de son temps au pôle. Sous la responsabilité du chef du pôle et en coordination avec les directions fonctionnelles, il assure la gestion et le suivi des tableaux de bord du pôle et assure les liaisons nécessaires avec l'ensemble des services qui fournissent les informations et expertises utiles à la conduite des pôles.

#### **Fiche 1.2.1.6. Règles de la contractualisation interne**

Le Directeur arrête les règles générales de la contractualisation interne, d'évaluation de l'exécution des contrats et d'intéressement des contractants aux résultats de leur exécution après concertation avec le Directoire. Ces règles générales font l'objet d'une annexe au présent règlement intérieur, intitulée « Charte de la contractualisation interne », qui peut être modifiée selon la même procédure.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du Président de la CME et après concertation avec le Directoire.

Le contrat a pour objet de fixer les modalités d'engagement réciproques des signataires, concernant les objectifs du pôle, les moyens mis à sa disposition, les indicateurs de suivi de sa gestion ainsi que les modalités d'intéressement aux résultats de cette gestion.

Le contrat de pôle est signé pour une période de 4 ans mais peut faire l'objet d'avenants. Il est évalué régulièrement.

#### **Fiche 1.2.1.7. Projets de pôle**

Il revient au chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique d'élaborer un projet de pôle. Le projet de pôle est établi en conformité avec le contrat de pôle.

Il a pour objet de définir les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles ainsi que l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Le projet de pôle prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

## Fiche 1.2.1.8. Instances de concertation interne

### Fiche 1.2.1.8.1. Bureau de pôle

#### a) Composition

Le Bureau de pôle comprend au moins :

- Le chef de pôle.
- Le chef de pôle adjoint.
- Le cadre santé de pôle.
- Le cadre administratif du pôle.
- Des responsables de structures internes du pôle : médecins responsables et cadres de santé.

La composition du Bureau de pôle est définie par le règlement intérieur de chaque pôle pour tenir compte des spécificités du pôle. Elle peut être modifiée ou complétée à la demande du Directeur après avis du Directoire. A titre dérogatoire, une même personne peut participer à plusieurs Bureaux de pôles.

Le chef de pôle organise la désignation des membres du Bureau de pôle avec le soutien du cadre de santé et du cadre administratif du pôle. Il arrête la composition nominative du Bureau de pôle et veille à sa mise à jour régulière.

#### b) Attributions

Le Bureau de pôle a pour mission d'assurer le pilotage élargi des projets du pôle, la conduite ordinaire et l'analyse des éléments d'activité du pôle.

#### c) Fonctionnement

Le Bureau de pôle se réunit sur convocation du chef du pôle au moins trois fois par an et en tant que de besoin. Le Bureau peut inviter toute personne qualifiée sur des points de l'ordre du jour lorsqu'il le juge nécessaire. L'invitation est formulée par le chef de pôle.

### Fiche 1.2.1.8.2. Conseil de pôle

#### a) Composition

Le Conseil de pôle comprend au moins :

- Le chef de pôle.
- Le chef de pôle adjoint.
- Le cadre santé de pôle.
- Le cadre administratif du pôle.
- Des responsables de structures internes du pôle : médecins responsables et cadres de santé.
- Un représentant médical par spécialité ou un représentant médical par structure interne.
- Un représentant de chaque catégorie de personnel non médical par structure interne.

Les représentants médicaux par spécialité ou par structure interne et les représentants du personnel non médical par structure interne sont désignés par leurs pairs sur la base du volontariat. A titre dérogatoire, une même personne peut participer à plusieurs Conseils de pôles.

La composition du Conseil de pôle est définie par le règlement intérieur de chaque pôle pour tenir compte des spécificités du pôle. Elle peut être modifiée ou complétée à la demande du Directeur après avis du Directoire.

Le chef de pôle organise la désignation des membres du Conseil de pôle avec le soutien du cadre de santé et du cadre administratif du pôle. Il en arrête la composition nominative et veille à sa mise à jour régulière.

#### b) Attributions

Le Conseil de pôle a notamment pour objet :

- de permettre l'expression des personnels ;
- de participer à l'élaboration du projet de contrat interne ;
- de participer à l'élaboration du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle ;
- de favoriser les échanges d'informations ;
- de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes.

Dans le cadre de l'expression des personnels, la création du Conseil de pôle ne fait pas obstacle au maintien des Conseils de service pour les services qui le souhaitent.

### **c) Fonctionnement**

Le Conseil de pôle se réunit sur convocation du chef du pôle au moins une fois par semestre et en tant que de besoin en. Il peut aussi être réuni par le chef du pôle dans le délai de 15 jours s'il est saisi d'une demande d'au moins la moitié des membres titulaires du Conseil de pôle, demande écrite portant sur un ordre du jour précis.

Le chef du pôle informe les membres du Conseil de la date des réunions 3 semaines avant celle-ci et les invite à lui transmettre les questions qu'ils souhaitent voir inscrire à l'ordre du jour, dans un délai de 8 jours. Il adresse les convocations aux membres du Conseil 15 jours avant la date de la réunion.

Celles-ci comportent les questions inscrites à l'ordre du jour accompagnées des documents jugés utiles à la réunion. Le chef du pôle transmet au Directeur et au Président de la CME, pour information, copie de l'ordre du jour de la réunion. Ceux-ci peuvent assister à titre consultatif aux réunions des Conseils de pôle. Ils reçoivent également copie du procès verbal de celles-ci.

Le temps de réunion du Conseil de pôle est considéré comme du temps de travail et donc, à ce titre, récupérable pour les personnels qui y participent hors de leurs heures de service.

## **Fiche 1.2.1.8.3. Assemblée Générale**

### **a) Composition**

L'Assemblée Générale du pôle concerne l'ensemble des professionnels du pôle.

### **b) Attributions**

L'Assemblée Générale du pôle a notamment pour objet :

- de permettre l'expression des personnels ;
- de favoriser les échanges d'informations.

### **d) Fonctionnement**

L'Assemblée Générale du pôle est convoquée par le chef de pôle, en concertation avec le Bureau de pôle au moins une fois par an. Le chef du pôle informe les professionnels concernés de la date des réunions 3 semaines avant celle-ci. La convocation comprend les questions inscrites à l'ordre du jour

Le chef du pôle transmet au Directeur et au Président de la CME, pour information, copie de l'ordre du jour de la réunion. Ceux-ci peuvent assister à titre consultatif aux réunions des Conseils de pôle. Ils reçoivent également copie du procès verbal de celles-ci.

Le temps de réunion de l'Assemblée Générale du pôle est considéré comme du temps de travail et donc, à ce titre, récupérable pour les personnels qui y participent hors de leurs heures de service.

## Sous-section 2 - Organisation médicale

### Fiche 1.2.2.1. Responsables de structures internes des pôles<sup>1</sup>

#### a) Nomination

Les structures internes des pôles sont placées sous la responsabilité d'un médecin, odontologiste, biologiste, ou pharmacien hospitalier sans condition statutaire, nommé par le Directeur sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME. Cette nomination fait l'objet d'une information en CME.

#### b) Missions

Les responsables de structures internes assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

#### c) Durée du mandat et renouvellement

La durée du mandat de responsable de structure interne est de 4 ans. La procédure de renouvellement est identique à celle de la nomination.

Dans l'intérêt du service, il peut être mis fin à tout moment à la fonction de responsable de structure interne, par décision du Directeur après avis du chef de pôle et du Président de la CME.

---

<sup>1</sup> Article L6146-4 et L6146-5 du CSP.

### Fiche 1.2.2.2. Personnel médical

Le personnel médical du Centre Hospitalier est tenu de se conformer aux dispositions du règlement intérieur, aux règles définies par le code de déontologie propre à sa profession et aux dispositions statutaires qui régissent sa situation.

#### a) Composition

Le corps médical est composé :

- de médecins, de pharmaciens, de biologistes et d'odontologistes titulaires dont le statut est fixé par voie réglementaire ;
- de médecins, de pharmaciens, de biologistes et d'odontologistes disposant des qualifications prévues par les textes en vigueur et recrutés par contrat ;
- de médecins, de pharmaciens, de biologistes et d'odontologistes associés recrutés par contrat exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin ou d'un pharmacien titulaire ou qualifié.

Ces praticiens assurent le service quotidien des jours ouvrables. Ils participent à la permanence des soins.

#### b) Internes

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée, qui consacrent la totalité de leur temps à des activités médicales et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité et la responsabilité du Chef de service. Ils participent au service de permanence des soins en dehors du service normal de jour.

Au sein des services cliniques, les internes peuvent assurer la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), chaque jour, selon les modalités arrêtées par le Chef de service. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère médical que sous la responsabilité du Chef de service et à condition qu'un praticien titulaire ou qualifié soit en mesure d'intervenir à tout moment. Au sein des services médico-techniques, les internes participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques, sous l'autorité et la responsabilité du Chef de service.

#### c) Praticiens attachés associés

Les praticiens recrutés en qualité de praticiens attachés associés participent à l'activité hospitalière sous l'autorité et la responsabilité du Chef de service, et sous le contrôle permanent des praticiens hospitaliers ou praticiens qualifiés.

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

Ils peuvent participer à la permanence des soins. Lorsque le Chef de service considère qu'un praticien attaché associé présente les compétences lui permettant d'assurer des gardes, il l'atteste et en transmet la demande au Directeur<sup>1</sup>. Un praticien attaché associé participant à la permanence des soins doit pouvoir faire appel à un praticien senior référent en cas de besoin. Le Chef de service met en œuvre l'organisation nécessaire à cet effet.

### Fiche 1.2.2.3. Sages-femmes<sup>2</sup>

Les sages-femmes appartiennent au personnel médical. Elles sont responsables de l'organisation générale des soins et actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle. Elles sont encadrées par une sage-femme cadre et une sage-femme cadre supérieur nommées par le Directeur du Centre Hospitalier.

<sup>1</sup> Article 15 de l'arrêté du 30 avril 2003

<sup>2</sup> Article L6146-7 du CSP

#### **Fiche 1.2.2.4. Les professionnels libéraux**

Le Directeur peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autre que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'Etablissement ainsi qu'aux activités de soins de l'Etablissement.

Ces professionnels sont recrutés par contrat d'une durée maximale de 5 ans renouvelable, soumis à l'approbation du Directeur Général de l'ARS. Le contrat prévoit la participation aux missions de service public de l'établissement ainsi que la prise en charge aux tarifs fixés par l'Assurance maladie

#### **Fiche 1.2.2.5. Code de déontologie**

Le médecin a un devoir d'assistance envers les malades et les blessés et l'obligation de respecter les principes d'égalité et de neutralité du service public et de non-discrimination entre les malades. Il est par ailleurs tenu au secret professionnel et au respect de la dignité de la personne humaine. Il bénéficie de l'indépendance professionnelle et de la liberté de prescrire (dans la limite de ce qui est nécessaire).

Le médecin a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Il est tenu au respect de la Loi, notamment en matière d'IVG, prélèvements d'organes, assistance médicale à la procréation, recherche biomédicale, traitement d'informations nominatives etc. Le médecin est responsable du malade qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyens relative aux diagnostics et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science.

Il doit à son patient une information loyale, claire et appropriée. Il se doit aussi de respecter le principe de confraternité envers ses collègues.

### Fiche 1.2.2.6. Organisation du temps de travail médical<sup>1</sup>

#### a) Contenu de l'organisation des activités médicales et pharmaceutiques

Les activités médicales et pharmaceutiques sont organisées en demi-journées ou, par dérogation, en heures dans des structures à temps médical continu définies par le Directeur après avis de la Commission d'organisation de la permanence des soins et de la CME. Dans ces structures, les activités sont assurées indifféremment le jour et la nuit, conformément au tableau de service.

L'organisation des activités médicales et pharmaceutiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou d'astreinte à domicile. Elle détermine la durée des deux périodes sur 24 heures correspondant à la période de jour (de 8h30 à 18 h 30) et à la nuit (de 18h 30 à 8h 30), qui ne peuvent avoir une amplitude supérieure à 14h.

Le service quotidien de jour comprend :

- les services médicaux et pharmaceutiques quotidiens du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus auprès des malades hospitalisés et des consultants externes ;
- et le cas échéant, l'ensemble des activités internes et externes prévues par le Code de la Santé Publique.

Dans les activités organisées en temps médical continu, les praticiens bénéficient d'un repos quotidien d'une durée de 11h par tranche de 24h, constituée d'une interruption totale de toute activité prise immédiatement après chaque garde effectuée. Par dérogation, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24h. Dans ce cas, il bénéficie immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente à celle de la période de travail immédiatement précédente.

En cas de nécessité, un praticien peut être placé en astreinte pendant son repos quotidien.

#### b) Permanence des soins

Son organisation est fixée par le Directeur après avis de la Commission de l'Organisation de la permanence des soins et de la CME. Elle a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié.

La permanence des soins est organisée soit pour l'ensemble de l'établissement, soit par secteurs communs à une ou plusieurs activités. Elle est organisée soit sur place, soit par astreinte à domicile qui peut donner lieu à un déplacement.

#### c) Tableaux de service

Un tableau de service nominatif mensuel et prévisionnel est arrêté avant le 20 de chaque mois pour le mois suivant, par chaque Chef de service ou responsable de la structure concernée. Il doit mentionner la présence de l'ensemble des praticiens rattachés à la structure. Il est transmis pour information à la Direction des Affaires Médicales.

Doivent également figurer sur les tableaux de services mensuels les activités comptabilisées dans les obligations de service telles que l'activité d'intérêt général, l'activité libérale, les astreintes à domicile, les congés régulièrement accordés ainsi que les absences autorisées. Ce tableau doit tenir compte du repos quotidien et du repos de sécurité.

A la fin de chaque période mensuelle, le tableau prévisionnel est réajusté en fonction de la présence effective et des absences constatées pour chaque praticien. Le versement de la rémunération statutaire et des différentes indemnités est conditionné par la constatation du service fait sur la base du tableau réajusté et signé par la Direction des Affaires Médicales.

#### d) Visite médicale et continuité de l'organisation médicale

Les visites médicales dans les unités d'hospitalisation ont lieu régulièrement, chaque matin, pour l'ensemble des malades pris en charge, selon des modalités définies par le Chef de service en concertation avec l'équipe médicale et le cadre de santé. Le Chef de service organise également une contre-visite.

Le Chef de service est garant de la qualité et de la continuité de l'organisation médicale du service dont il a la charge. Il organise la permanence des soins et la couverture des praticiens en formation ou des praticiens associés selon les dispositions réglementaires en vigueur. Il informe le Directeur, lors de ses absences, du nom du praticien chargé de le représenter.

---

<sup>1</sup> Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique

**e) Temps de travail additionnel**

Les praticiens peuvent, sur la base du volontariat et des nécessités de service, assurer des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service. Le recours au temps de travail additionnel peut faire l'objet d'un contrat entre le Directeur et le ou les services concernés. Le recours au temps de travail additionnel peut également être ponctuel.

Le décompte du temps additionnel est opéré par période de 4 mois. Une période de temps de travail additionnel peut être indemnisée dans la limite des crédits budgétaires, récupérée ou versée sur un compte épargne temps dans les limites réglementaires.

**f) Congés et absences**

Quel qu'en soit le motif, tout retard ou absence doit être signalé dès que possible au cadre du service. Toute absence pour maladie ordinaire, enfants malades, accident de service ou de trajet,... doit être signalée dans les 48h au maximum, par l'envoi d'un certificat médical à la Direction des Affaires Médicales.

Les congés et absences du personnel médical et pharmaceutique sont fixés conformément à leur statut, dans le cadre du planning mensuel nominatif que le Chef de service propose au Directeur au plus tard le 20 du mois précédant sa mise en œuvre.

### Fiche 1.2.2.7. Sécurité sanitaire : organisation des vigilances

#### a) Coordination des vigilances

L'organisation et la coordination des vigilances est coordonnée par une sous commission spécialisée de la CME : le Comité de Gestion des Risques et des Vigilances ou COVIGRIS (cf. Fiche 1.1.4.4.2). Elle s'appuie sur des correspondants locaux nominativement désignés par le Directeur du Centre Hospitalier. L'ensemble du personnel soignant reçoit une formation en matière de vigilances.

#### b) La cellule de Gestion des Risques

Il est créé au sein de l'établissement une cellule opérationnelle composée :

- de l'Ingénieur Qualité
- du Technicien Qualité
- d'un membre désigné du Comité de Pilotage de la Démarche Qualité

Cette cellule a en charge d'analyser les fiches d'événements indésirables émises par les membres du personnel. Elle se réunit une fois par semaine et en urgence en cas de besoin.

#### c) Hémovigilance<sup>1</sup>

Tout professionnel qui en fait la constatation doit déclarer au correspondant local d'hémovigilance les incidents ou risques d'incidents dont il a été le témoin.

Le correspondant local d'hémovigilance est chargé, conformément au Code de la Santé Publique, d'assurer pour le compte de l'établissement :

- Le signalement de tout effet inattendu ou indésirable dû, ou susceptible d'être dû, à l'administration d'un produit sanguin labile ;
- Le recueil et la conservation des informations prévues par la réglementation, pour chaque unité de produit sanguin labile qui est distribuée à l'établissement, en veillant à la qualité et à la fiabilité de ces informations;
- La communication à l'AFSSAPS et au coordonnateur régional d'hémovigilance des informations qu'ils sollicitent dans le cadre d'investigations ;
- La transmission à l'ETS distributeur des informations prévues par la réglementation ;
- Le signalement à l'AFSSAPS et au coordonnateur régional d'hémovigilance de toute difficulté susceptible de compromettre la sécurité transfusionnelle ;
- Les investigations à entreprendre en cas d'urgence sur des effets transfusionnels inattendus ou indésirables. Dans ce cas, il informe sans délai le coordonnateur régional, qui décide de la poursuite ou de l'interruption de ces investigations, et l'AFSSAPS. Les signalements sont également immédiatement portés à la connaissance du Directeur.

#### d) Matérovigilance<sup>2</sup>

Tout professionnel qui en fait la constatation doit déclarer au correspondant local de matérovigilance les incidents ou risques d'incidents mettant en cause un dispositif médical.

Le correspondant local de matérovigilance est chargé :

- De transmettre sans délai au Directeur Général de l'AFSSAPS toute déclaration d'incident ou de risque d'incident faite auprès de lui au titre du signalement obligatoire ;
- De transmettre au Directeur Général de l'AFSSAPS, selon une périodicité trimestrielle, les déclarations d'incident ou de dysfonctionnement faites auprès de lui au titre du signalement facultatif ;
- D'informer les fabricants concernés des incidents ou risques d'incidents mentionnés ci-dessus ;
- D'informer l'Etablissement français des greffes de tout signalement d'incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la préparation, la conservation d'éléments et produits du corps humain ;
- De conduire les enquêtes et travaux relatifs à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux demandés par le Directeur Général de l'AFSSAPS ;
- D'enregistrer, d'analyser et de valider tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical ;
- De recommander, le cas échéant, les mesures conservatoires à prendre à la suite d'une déclaration d'incident ;
- De donner des avis et conseils aux déclarants pour les aider à procéder au signalement des incidents ;

<sup>1</sup> Article R1221-43 du CSP

<sup>2</sup> Articles R5212-12 à 22 du CSP

- De sensibiliser l'ensemble des utilisateurs aux problèmes de matériovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;
- De signaler au Centre régional de pharmacovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux destinés à l'administration de médicaments ou incorporant une substance considérée comme un médicament ;
- De signaler au correspondant local d'hémovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la fabrication et l'administration de produits dérivés du sang.
- Les signalements sont également immédiatement portés à la connaissance du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais.

#### **e) Pharmacovigilance<sup>1</sup>**

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain mentionnés aux articles L.5111-2 et L.5121-1, des produits mentionnés à l'article L. 5136-1 et des contraceptifs mentionnés à l'article L.5134-1.

Tout médecin ou sage-femme ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5121-150, qu'il l'ait ou non prescrit, en fait la déclaration immédiate au Centre régional de pharmacovigilance, en coordination avec le pharmacien de l'établissement. Il donne également cette information au Directeur du Centre Hospitalier.

De même, le pharmacien ayant eu connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5121-150 qu'il a délivré, le déclare aussitôt au centre régional de pharmacovigilance. Le professionnel de santé ayant fait la même constatation peut également en informer le centre régional de pharmacovigilance.

Le responsable de la PUI est le correspondant du Centre régional de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang. Il est responsable au sein du Centre Hospitalier de la dispensation et du suivi de ces médicaments.

Le correspondant de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang est responsable au sein de l'établissement de la dispensation et du suivi de ces médicaments. Il participe aux travaux du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance. Il est responsable de l'enregistrement et de la conservation des informations relatives aux médicaments dérivés du sang. Enfin, il reçoit et transmet au Centre régional de pharmacovigilance, les déclarations d'effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament dérivé du sang qu'il a délivré.

#### **f) Réactovigilance**

Tout professionnel qui en fait la constatation doit déclarer au correspondant local de réactovigilance les incidents ou risques d'incidents mettant en cause un dispositif médical ou in vitro.

Le correspondant local de réactovigilance est chargé :

- D'enregistrer et d'analyser tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical de diagnostic in vitro ;
- De déclarer sans délai au Directeur Général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tout incident ou risque d'incident dont il a connaissance ;
- D'informer les fabricants, mandataires, importateurs ou distributeurs intéressés des incidents ou risques d'incidents mentionnés ci-dessus et d'en informer s'il y a lieu les responsables des autres vigilances des produits de santé dans l'établissement de santé ou l'établissement de transfusion sanguine ;
- De participer aux enquêtes, évaluations et expertises susceptibles d'être mises en oeuvre sur les incidents ou risques d'incidents que peuvent présenter les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;
- De donner des avis et conseils aux professionnels de santé pour les aider à procéder au signalement des incidents ;
- De sensibiliser l'ensemble des utilisateurs à la réactovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité et les performances des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

Le correspondant local de réactovigilance doit être médecin ou pharmacien, et doté d'une expérience en matière de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

#### **g) Infectiovigilance**

---

<sup>1</sup> Articles R5121-150, R5121-170, R5121-181 et R5121-182 du CSP

Tout professionnel qui fait la constatation d'une infection nosocomiale doit déclarer au correspondant local d'infectiovigilance les incidents ou risques d'incidents dont il a été le témoin.

Le correspondant local d'infectiovigilance participe à mise en œuvre et à l'évaluation programme de lutte contre les infections nosocomiales, adopté dans l'établissement qui comporte :

- l'élaboration des recommandations techniques de bonnes pratiques, leur diffusion et leur évaluation ;
- le recueil et le traitement des données de surveillance ;
- la formation des professionnels dans le domaine de la gestion du risque infectieux ;
- la réalisation des investigations et interventions lors de la survenue d'évènements inhabituels ou sévères ;
- la mise en œuvre des mesures réglementaires en matière d'hygiène.

Le correspondant local d'infectiovigilance participe à la lutte contre les infections iatrogènes liées aux soins.

## **h) Radiovigilance**

La radiovigilance a pour objet, en application de l'article L. 1333-3 du code de la santé publique, la détection, la déclaration, le recueil, la conservation, l'évaluation et l'analyse de tout événement significatif susceptible de porter atteinte à la santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers par exposition aux rayonnements ionisants utilisés à des fins médicale dentaire, de biologie humaine et de recherche biomédicale.

La personne responsable d'une des activités mentionnées ci-dessus est tenue de déclarer sans délai à l'Autorité de sûreté nucléaire et au représentant de l'Etat dans le département tout incident ou accident susceptible de porter atteinte à la santé des personnes par exposition aux rayonnements ionisants.

En dehors d'une situation d'urgence avérée nécessitant l'intervention des pouvoirs publics, le responsable apprécie l'urgence de la déclaration au regard de la gravité avérée ou potentielle de l'événement et de la rapidité de réaction nécessaire pour éviter une aggravation de la situation ou en limiter les conséquences en remplissant **le formulaire de déclaration** téléchargeable sur le site de l'Autorité de Sûreté Nucléaire. Le formulaire est adressé :

- par télécopie à la division territoriale de l'ASN,
- à la direction de l'ASN concernée,
- au préfet de département
- à l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)

Les événements dont les conséquences le justifient font l'objet d'une information du public. Celle-ci sera décidée par une cellule de crise et organisée par le service communication de l'établissement.

## **i) Medicavigilance**

*« Medicavigilance » n'est pas une vigilance officielle / Afssaps c'est une démarche volontaire du CHB pour recueillir les dysfonctionnements sur le circuit du médicament. (Achat du médicament; de la prescription, dispensation à l'administration)*

L'effet indésirable d'un médicament est en général un risque potentiellement connu et accepté.

Sa déclaration relève de la Pharmacovigilance.

L'erreur médicamenteuse est par définition évitable ; elle peut parfois provoquer un effet indésirable.

Sa déclaration relève de la **MédicaVigilance**.

## **j) Identitovigilance**

*« Identitovigilance » n'est pas une vigilance officielle / Afssaps c'est une démarche volontaire du CHB qui porte sur un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients.*

Il existe un référent identitovigilance au service des admissions dont la mission est de former les agents à la prise d'identité correcte et d'apporter les corrections nécessaires à la bonne identité du patient.

### Fiche 1.2.2.8. Dispositions particulières au SAMU et au SMUR

Tout établissement qui dispose d'une structure d'urgence est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU. Le SAMU dispose d'un centre de réception et de régulation des appels (centre 15).

La tâche première du SAMU est de répondre de la manière la plus adaptée à l'urgence médicale. Il coordonne aussi les interventions des SMUR de l'Oise.

Le SMUR a pour mission :

- D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors du Centre Hospitalier de Beauvais, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.
- D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

### Fiche 1.2.2.9. Dispositions particulières au bloc opératoire

Le bloc opératoire du Centre Hospitalier de Beauvais assure un fonctionnement 24h/24 permettant la prise en charge des interventions programmées et des urgences générales, adultes, enfants (après 1 an), et gynéco-obstétricales. Il est composé d'une équipe paramédicale pluridisciplinaire : cadres de santé, infirmiers(es), infirmiers(es) de bloc, infirmiers(es) anesthésistes, aides soignants(es), secrétaires, agents de service hospitaliers et brancardiers.

Le bloc opératoire fait partie du pôle de chirurgie qui comporte les services suivants :

- le service de réanimation
- le service de chirurgie orthopédique et traumatologique
- le service de chirurgie viscérale et urologique
- le service de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie, ORL, Odontologie, Ophtalmologie
- le service central d'hospitalisation de jour
- l'unité mobile de lutte contre la douleur
- le service d'anesthésie

Il dispose d'un secteur dit « bloc central » (chirurgie viscérale, ophtalmologique, maxillo-faciale...), d'un secteur d'endoscopie digestive et d'un secteur de gynécologie-obstétrique. Des interventions de toutes les disciplines peuvent être réalisées dans ses 11 salles de chirurgie interventionnelle, ou ses 2 salles d'endoscopie digestives (dont 1 salle est équipée pour réaliser des examens sous anesthésie générale).

Trois instances interviennent dans le pilotage du bloc opératoire et l'expression des différentes catégories professionnelles impliquées dans la prise en charge des patients : le Conseil de bloc opératoire, la cellule de régulation et le Conseil de bloc restreint.

En conformité avec les obligations réglementaires, le Conseil de bloc permet le déroulement harmonieux de l'organisation et du fonctionnement du bloc opératoire<sup>1</sup> conformément au règlement intérieur du Conseil de bloc (cf. annexe 6 du présent règlement intérieur général).

Chargée de la centralisation de l'information, la cellule de régulation, est le lieu de la répartition et du déroulement efficace de l'activité opératoire. Enfin, le Conseil de bloc restreint se réunit en cas de situation exceptionnelle nécessitant une prise de décision grave ou urgente.

Au quotidien, le fonctionnement du bloc opératoire est fondé sur le respect et l'application d'une charte de fonctionnement de bloc opératoire.

### Fiche 1.2.2.10. Pharmacie à usage intérieur (PUI)<sup>2</sup>

Une PUI est instituée au Centre Hospitalier de Beauvais conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique. Elle est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement, et notamment :

<sup>1</sup> Circulaire DH/FH/n°2000-264 du 19 mai 2000

<sup>2</sup> Art.L.5126-5, L.5126-11, L.5126-12, R.5104-20, R.5104-28 à R.5104-30, et R.5104-35 à R.5104-38 du CSP

- D'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et autres produits pharmaceutiques ainsi que des dispositifs médicaux stériles, et d'en assurer la qualité ;
- De mener ou de participer à toute action d'information sur ces produits, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux ;
- De mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

L'activité des PUI est limitée à l'usage particulier des malades. Elle peut répondre à différents besoins<sup>1</sup>, notamment l'approvisionnement d'autres PUI, la vente au détail des médicaments lorsqu'il n'y a pas d'autre source de distribution possible, la vente en gros des médicaments non disponibles aux organisations à but non lucratif et à vocation humanitaire, agréées par l'autorité administrative, ainsi qu'à l'Etat pour l'exercice de ses missions humanitaires. Les personnels hospitaliers et médicaux peuvent en bénéficier dans le cadre des dispositions statutaires qui les régissent.

La gestion de la PUI est assurée par le pharmacien chef de service. Il est responsable du respect de celles des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité, hors de tout maniement de fonds. Il assure ces missions en collaboration étroite avec les services financiers.

Les pharmaciens exerçant au sein de la pharmacie doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie à raison de leurs compétences. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance et des pharmaciens assistants. Ils sont encadrés par un cadre médico-technique nommé par le Directeur.

---

<sup>1</sup> L'article L5126-2 du code de santé publique

### Sous-section 3 - Organisation des soins

#### Fiche 1.2.3.1. Coordination des soins infirmiers, de rééducation et Médico-Techniques<sup>1</sup>

La coordination des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée par le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais au Directeur des Soins, membre de l'équipe de direction et nommé par ses soins.

L'activité des professionnels de santé est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

Le projet de soins, partie intégrante du projet d'établissement, est établi sous la coordination du Directeur des Soins avec l'accord du Directeur. Ce projet définit les orientations et les actions du Centre Hospitalier de Beauvais en matière d'organisation générale des soins et d'accompagnement des patients ; de qualité et sécurité des soins, d'évaluation des pratiques professionnelles ; de recherche et de développement professionnel continu. Le projet de soins est établi en cohérence avec les orientations définies par le projet médical et le projet d'établissement.

#### Fiche 1.2.3.2. Permanence de l'encadrement

La Direction des Soins élabore une organisation permettant d'assurer la permanence de la fonction d'encadrement soignant, notamment la nuit, les week-ends, jours fériés, et en dehors des heures normales de présence des cadres, à l'exception de la tranche horaire de 7h à 8h30 du lundi au vendredi. En l'absence de cadre soignant, une organisation dégradée est mise en place et fait l'objet d'une note d'information. En cas de nécessité, les équipes de soins font appel au Directeur de garde. Cette organisation est soumise à l'approbation du Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais. Elle est révisée annuellement.

#### Fiche 1.2.3.3. Services de soins

Les services de soins accueillent les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations.

Dans les pôles cliniques ou médico-technique, le chef de pôle, en concertation avec les équipes médicales et les cadres soignants, médico-techniques ou de rééducation, assure la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations. Il exerce, par délégation du Directeur, l'autorité fonctionnelle sur les personnels du service dont il a la charge.

La prise en charge des patients dans les services de soins est pluri-professionnelle et effectué dans le respect des qualifications de chaque professionnel de santé, dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Une attention particulière est portée au confort du malade, à la prise en charge de sa douleur et au respect des règles d'hygiène en vigueur

---

<sup>1</sup> Article L6146-9 du CSP

### Section 3 - Règles de sécurité et d'hygiène au sein du Centre Hospitalier

#### Sous-section 1 - Sécurité générale

##### Fiche 1.3.1.1. Règles de sécurité

Les règles de sécurité visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle ou accidentelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins du Centre Hospitalier en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale du Centre Hospitalier et de son bon fonctionnement, le Directeur édicte ces règles par voie de notes de service, recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du Centre Hospitalier de Beauvais, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités. Les règles de sécurité en vigueur au sein du Centre Hospitalier sont opposables aux organismes et associations logés sur son domaine. Le présent règlement leur est transmis à cet effet.

Les instances compétentes sont consultées en tant que de besoin pour l'application des présentes règles.

##### Fiche 1.3.1.2. Accès à l'hôpital

L'accès au Centre Hospitalier est réservé au personnel, à ses usagers, à leurs accompagnateurs, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories (y compris les entreprises sous-traitantes) est subordonné à l'autorisation du Directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein de l'établissement n'est pas justifiée, soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie du Centre Hospitalier.

En vertu des missions qui lui sont attribuées par l'article L 6143-7 du code de santé publique, le Directeur de l'établissement doit garantir au patient sa tranquillité. Le Directeur peut faire sortir de l'établissement toute personne qui par son comportement viendrait à perturber tant la tranquillité des patients que la bonne marche de l'établissement.

Intervention de la force publique : l'intervention de la force publique dans l'enceinte de l'établissement est soumise à réquisition du Directeur. Les autorités de police peuvent également intervenir dans le cadre des conventions signées entre les responsables de ces autorités et le Directeur. Les réquisitions ou commissions rogatoires délivrées par les autorités judiciaires sont adressées au Directeur du Centre Hospitalier. Tout membre du personnel est tenu de s'y conformer dans le cadre de la législation en vigueur.

Conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux : pour des raisons d'hygiène et de sécurité, le Directeur organise également les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Le cas échéant, les limitations ou interdictions d'accès sont affichées, avec mention des risques courus et des responsabilités éventuelles. L'accès aux locaux pharmaceutiques placés sous la responsabilité du pharmacien chef doit être autorisé par ce dernier, en accord avec le Directeur.

Stagiaires extérieurs et apprentis : les stages et formations d'apprentissage organisés pour les étudiants, apprentis et professionnels au sein de l'établissement doivent faire l'objet d'une convention entre le Centre Hospitalier et l'établissement ou organisme dont dépend le stagiaire ou l'apprenti. Les stagiaires et apprentis sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement.

Accès des professionnels de la presse : l'accès des professionnels de la presse et l'exercice de leur profession au sein de l'établissement ou au sujet des activités de celui-ci sous quelque forme que ce soit doivent préalablement faire l'objet d'une demande auprès du Directeur et d'une autorisation de sa part.

Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires, notaires et enquêteurs : l'accès au sein de l'établissement des démarcheurs, photographes, agents d'affaires, enquêteurs etc. est formellement interdit, sauf autorisation spécifique et préalable du Directeur. S'ils pénètrent sans autorisation sur l'un des sites du Centre Hospitalier dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être reconduits à la sortie de l'établissement. S'ils se manifestent par téléphone ou messagerie, ils doivent être de même éconduits.

Confidentialité des informations : toute information relative à la présence d'une personne dans l'établissement pour des raisons de santé et aux motifs de sa présence est confidentielle et ne peut être communiquée à un tiers, en dehors des dispositions prévues par la réglementation et sous le contrôle du Directeur. Les visiteurs ou usagers de l'établissement ne doivent pas avoir accès à ces informations.

Présence des enfants du personnel : en dehors des locaux de la crèche hospitalière, pour des raisons de sécurité, la présence des enfants du personnel du Centre Hospitalier est interdite, sauf autorisation expresse du Directeur et sauf besoin de soins.

Présence des mineurs : Les mineurs doivent être accompagnés d'un titulaire de l'autorité parentale. La présence des mineurs non accompagnés n'est pas autorisée dans l'établissement, sauf en situation d'urgence et/ou besoin de soins.

Personnes rendant visites à un patient : ils sont autorisés à se rendre au sein de l'établissement pendant les heures de visites dont les horaires sont limités de 13 heures à 20 heures.

### **Fiche 1.3.1.3. Personnel de sécurité générale**

Les personnels chargés de la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application. Ils concourent à la sécurité incendie, à la sécurité générale et à la sécurité anti-malveillance. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le Code Pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril, légitime défense ou état de nécessité) et par le Code de Procédure Pénale (crime ou délit flagrant).

Ils ne peuvent intervenir dans les services de soins qu'à la demande du Directeur du Centre Hospitalier ou des personnels responsables de ces services en cas d'urgence. Ils peuvent retenir au sein de l'établissement ou à ses sorties, durant le temps strictement nécessaire à l'intervention des autorités de police, toute personne prise en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent, notamment lors du déclenchement d'un plan d'urgence ou du plan VIGIPIRATE, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder à l'ouverture d'une armoire personnelle, d'un vestiaire, ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

### **Fiche 1.3.1.4. Matériel de sécurité**

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique répond aux nécessités de la sécurité des patients, des personnels, des visiteurs du Centre Hospitalier. Cette installation fait l'objet de l'avis des instances consultatives locales ainsi que des déclarations réglementaires auprès des autorités compétentes.

Ces installations sont mises en œuvre dans le respect du secret médical, de la dignité des malades et du droit à la vie privée des usagers et du personnel. Elles sont conformes aux règles énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et à la réglementation en vigueur.

Les données issues de la vidéosurveillance sont confidentielles et protégées. Le Directeur désigne les personnels habilités au visionnage des données. Les modalités d'accès aux données de la vidéosurveillance font l'objet d'une procédure et font l'objet d'une présentation aux instances.

Toute personne intéressée peut s'adresser au Directeur du Centre Hospitalier afin d'obtenir un accès aux enregistrements qui la concernent ou d'en vérifier la destruction dans le délai prévu. Cet accès est de droit. Un refus d'accès peut toutefois être opposé pour un motif tenant au déroulement de procédures engagées devant les juridictions ou au droit des tiers.

Afin d'assurer la transparence et le respect des règles légales et déontologiques dans l'exploitation du système de sécurité, le Directeur a mis en place une commission de contrôle de l'utilisation des données dénommée commission de déontologie du système de sécurité

Elle est composée comme suit :

- 4 représentants proposés par le DSIRMT et la DRH
- 4 représentants proposés par les organisations syndicales membres du Comité Technique d'Etablissement (CTE)
- 1 représentant proposé par la CME

Elle se réunit au moins une fois par an. Le rôle de la commission est de :

- Emettre un avis sur les implantations de vidéosurveillance
- Emettre un avis sur les conditions d'accès aux données

- Veiller au respect des règles d'utilisation définies
- Evaluer l'utilisation globale du système

La commission est consultée pour tout litige concernant l'exploitation des données sur demande du Directeur, à son initiative propre ou suite à une sollicitation. Elle rend compte de ses conclusions au Directeur. La commission est soumise au respect de la confidentialité

#### **Fiche 1.3.1.5. Règles de responsabilité pour faits délictueux**

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

Le Centre Hospitalier assure la protection des agents qui sont victimes à l'occasion de leurs fonctions de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, et, le cas échéant, la poursuite en réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le Directeur porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier.

#### **Fiche 1.3.1.6. Rapport avec l'autorité judiciaire et les autorités de police**

Il appartient au Directeur du Centre Hospitalier d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui appartient également de décider s'il y a lieu de demander, au sein du Centre Hospitalier, une intervention de ces autorités.

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur du Centre Hospitalier doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

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

#### **Fiche 1.3.1.7. Circonstances exceptionnelles**

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais ou le Directeur de garde prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Le CHSCT en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut ainsi faire interdire l'accès du Centre Hospitalier à toute personne qui refuserait soit de se prêter aux mesures générales de sécurité décidées, comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, soit de justifier du motif de son accès sur un des sites du Centre Hospitalier, notamment lors de la mise en œuvre du plan Vigipirate et du plan Vigipirate renforcé.

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

En situation de catastrophes ou lors du déclenchement d'un plan d'urgence, le Directeur du Centre Hospitalier ou le Directeur de garde prend les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du Centre Hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement dans son enceinte.

## Sous-section 2 - Sécurité de fonctionnement

### Fiche 1.3.2.1. Gestion des risques

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et des personnels fréquentant l'hôpital.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital, il définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés. Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes au sujet des plans d'action et de prévention. Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de préventions qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître.

Les médecins responsables, les cadres de santé, les cadres administratifs et techniques, concourent directement à la maîtrise des risques, chacun dans leur domaine, et assurent la veille nécessaire avec le concours de leurs collègues et collaborateurs. Les personnels qualifiés ou spécialisés, de même que l'ensemble des agents du Centre Hospitalier, concourent pareillement à la maîtrise des risques, chacun dans leur domaine et selon leurs compétences.

### Fiche 1.3.2.2. Continuité de fonctionnement technique

Afin d'assurer la continuité de fonctionnement de l'établissement, le Directeur instaure au sein du Centre Hospitalier une garde technique. La garde technique est organisée sous forme d'astreinte en dehors des heures normales de fonctionnement du service technique et 24h/24h le week-end.

L'astreinte est assurée par du personnel des services techniques, pouvant intervenir sur les installations techniques de l'établissement et habilité à intervenir sur le système de sécurité incendie en lieu avec le personnel du service de sécurité présent sur place.

Une astreinte informatique est également instaurée tous les jours de 17 h 30 à minuit et les samedis, dimanches et jours fériés de 8 h à minuit afin d'assurer la continuité de fonctionnement des systèmes d'information.

### Fiche 1.3.2.3. Sécurité anti-incendie

Le Centre Hospitalier est assujéti aux règles de sécurité anti-incendie applicables à tous les établissements ouverts au public. Certaines de ces installations (chaufferie, dépôt de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc..) doivent en outre être conformes aux dispositions de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976, relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

L'établissement tient un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines et notamment des incendies. Parmi ces renseignements, doivent figurer :

- L'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, en particulier l'agent chargé de la sécurité désigné par le Directeur ainsi que les personnes de la garde technique ;
- Les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- Les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu ;
- Les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes coupe-feu, clapets coupe-feu) ;
- Les dates et contenus des opérations de travaux réalisées dans l'établissement ;
- Tous les faits marquants relatifs à l'incendie (formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres).

Ces renseignements sont communiqués à la Commission départementale de sécurité à l'occasion de ses passages au sein du Centre Hospitalier.

#### **Fiche 1.3.2.4. Interdiction de fumer**

Par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, et conformément à la réglementation en vigueur, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier de Beauvais. Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité. Elle s'applique notamment aux bureaux individuels et aux chambres de malades.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais est responsable de l'application de cette interdiction qu'il fait respecter par tout moyen. Le non-respect de l'interdiction de fumer est passible, pour les personnels, les patients, les visiteurs, de la sanction pénale de contravention de 4<sup>ème</sup> classe et, pour les personnels, de sanctions disciplinaires.

A titre exceptionnel et au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients si la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures. Cette dérogation doit faire l'objet d'une décision médicale du médecin en charge du patient. Le malade pourra être autorisé à fumer dans sa chambre, dès lors qu'il dispose d'une chambre individuelle et à la condition qu'il ne fume pas dans son lit. En aucun cas cette dérogation ne peut être envisagée de façon collective pour un groupe ou une catégorie de malades.

#### **Fiche 1.3.2.5. Interdiction de vapoter**

Par dispositions des articles L 3513 -1 à 6 du Code de la Santé Publique, il est notamment interdit de vapoter dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Conformément au décret 2017-633 du 25 avril 2017 l'interdiction de vapoter dans les lieux à usage collectif s'applique dans l'ensemble des locaux du Centre Hospitalier de Beauvais et est étendue aux bureaux individuels ainsi qu'aux chambres des malades.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais est responsable de l'application de cette interdiction qu'il fait respecter par tout moyen.

La méconnaissance de cette interdiction est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la 2e classe pour les patients et les visiteurs. A cette sanction pénale, s'ajoutent des sanctions disciplinaires pour le personnel de l'établissement.

### Sous-section 3 - Circulation et le stationnement au sein du Centre Hospitalier

#### Fiche 1.3.3.1. Nature de la voirie hospitalière

Les voies de desserte établies dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Beauvais constituent des dépendances du domaine de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier. Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate, sont applicables dans l'enceinte du Centre Hospitalier. La vitesse y est limitée à 30 Km/h.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles et procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein du Centre Hospitalier de Beauvais.

Par ailleurs, si un agent, à la demande de son encadrement, effectue sur un véhicule motorisé appartenant au Centre Hospitalier un déplacement entre les différents sites du Centre Hospitalier, ce dernier sera couvert par l'établissement en cas de dommages matériel et/ou corporel.

De même, tout agent qui serait amené dans le cadre de son travail et/ou à la demande de son encadrement à effectuer une intervention sur la voie publique, sera couvert par l'établissement en cas de dommages matériel et/ou corporel. Les intéressés disposent dans ce cadre d'un ordre de mission, occasionnel ou permanent, délivré par le Directeur ou son représentant.

#### Fiche 1.3.3.2. Signalisation et sanctions

Les dispositions du Code de la route sont applicables au sein du Centre Hospitalier de Beauvais. Le Directeur peut énoncer des règles de circulation spécifiques signalisées par des panneaux ou un marquage adapté.

Le Directeur du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière, ou de faire déplacer, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.

Le stationnement dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Beauvais est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels, ainsi qu'aux personnes qui, de par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement. A cet effet, des badges permettant l'accès au parking du personnel, sont distribués.

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du Centre Hospitalier, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations.

## Sous-section 4 - Règles de vie à l'hôpital

### Fiche 1.3.4.1. Calme et tranquillité

Chaque membre du personnel se doit par son comportement de participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins. Toute personne qui crée un trouble au sein du Centre Hospitalier est invitée à mettre un terme à ce trouble. Si elle persiste, il peut lui être ordonné de quitter l'établissement. Si nécessaire, elle peut être raccompagnée pour ce faire à la sortie du Centre Hospitalier. En cas de refus dans ce dernier cas, il pourra être fait appel à la force publique.

### Fiche 1.3.4.2. Troubles causés par le patient

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres malades ou pour le fonctionnement du service<sup>1</sup>. Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

### Fiche 1.3.4.3. Hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène corporelle est de règle au Centre Hospitalier. Chacun est tenu de l'observer<sup>2</sup>. Le personnel est tenu de respecter la tenue vestimentaire de mise dans le service dans lequel il est affecté. Le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés. Plusieurs procédures sont disponibles dans les classeurs qualité des services de soins, auprès de la Direction des Affaires médicales, générales et de la qualité ou sur le site intranet du Centre Hospitalier (hygiène des mains, tenue du personnel etc.).

### Fiche 1.3.4.4. Animaux<sup>3</sup>

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites du Centre Hospitalier, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans les halls d'accueil.

### Fiche 1.3.4.5. Utilisation des téléphones portables

Les téléphones portables personnels des professionnels de l'établissement doivent être éteints pendant leur temps de travail.

### Fiche 1.3.4.5. Objets et produits interdits

L'introduction d'armes, d'alcool, d'explosifs, de produits stupéfiants, de produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi, dans l'enceinte des différents sites du Centre Hospitalier est strictement interdite. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation des objets ou produits en cause le temps du séjour hospitalier, et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

<sup>1</sup> Article R1112-49 et R1112-50 du CSP

<sup>2</sup> Article R1112-52 du CSP

<sup>3</sup> Article R1112-48 du CSP

## Sous-section 5 - Organisation en cas de crise

### Fiche 1.3.5.1. Plan blanc

Le Centre Hospitalier de Beauvais 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.

Il peut être déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement, qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier.

Dans tous les cas, le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, le service d'aide médicale urgente départemental et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs.

Le Plan blanc est régulièrement actualisé, mis à disposition dans chaque service ainsi que sur le site intranet du Centre Hospitalier.

### Fiche 1.3.5.2. Autres dispositifs de crises

Le Centre Hospitalier a également identifié d'autres dispositifs de gestion de crises afin de répondre à diverses situations :

- Dispositif NRBC (risque nucléaire radioactif, bactériologique ou chimique),
- Dispositif grippe aviaire,
- Plan bleu qui concerne les EHPAD du Centre Hospitalier,
- Plan local de maîtrise des épidémies.

Ces plans sont actualisés et diffusés selon la même procédure que le Plan blanc.

# Chapitre 2 - Accueil des usagers

## Section 1 - Admission du patient

### Sous-section 1 - Admission : dispositions générales

#### Fiche 2.1.1.1. Principes fondamentaux

##### a) Droit aux soins<sup>1</sup>

Le Centre Hospitalier contribue à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Hors situation d'urgence vitale ou d'inconscience, le malade doit en toute circonstance être mis en mesure de donner son consentement éclairé aux actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui sont proposés.

Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant aucun effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, dans le cadre d'une concertation au sein de l'équipe médicale et soignante et avec le malade, son tiers de confiance, ou ses proches.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur et d'accéder à des soins palliatifs. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Le Centre Hospitalier de Beauvais met en œuvre les moyens permettant de prendre en charge la douleur des patients et d'assurer les soins palliatifs que leur état requiert. Il assure à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Cette prise en charge s'exerce au sein des services de lutte contre la douleur et de soins palliatifs. En outre, le Centre Hospitalier a mis en place une consultation douleur.

##### b) Libre choix du patient<sup>2</sup>

La liberté du malade de choisir son praticien et son établissement de santé est un principe fondamental des droits des patients. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence, par les disponibilités en lits de l'hôpital et leur mode de tarification. Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des disponibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.

##### c) Accueil des démunis

Le Centre Hospitalier a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins. Le malade en situation de précarité est accueilli dans toutes les consultations selon le même circuit que les autres patients. Il peut bénéficier d'un rendez-vous avec une assistante sociale. A cet effet, le Centre Hospitalier a mis en place une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Dans ce cadre des consultations avancées médico-sociales (CHAMS) sont organisées dans et hors de l'établissement.

<sup>1</sup> Art L.1110-1 et L.1110-5 du CSP

<sup>2</sup> Article L1110-8 du CSP

### Fiche 2.1.1.2. Admission<sup>1</sup>

L'admission au Centre Hospitalier de Beauvais est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation du Centre Hospitalier attestant la nécessité d'un traitement hospitalier. Ce certificat est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

En cas de refus d'admettre un patient 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'ARS de Picardie.

Lorsqu'un médecin ou interne constate que l'état d'un malade ou d'un 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 du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le Directeur provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

### Fiche 2.1.1.3. Formalités

Les formalités administratives doivent être effectuées à l'arrivée du patient soit par lui-même, soit par un membre de sa famille ou un tiers, au service des admissions, situé au rez-de-chaussée bâtiment B ou au guichet des consultations externes au 1<sup>er</sup> étage bâtiment B.

Le patient devra se munir des documents suivants nécessaires à son hospitalisation :

- Pièce d'identité ou livret de famille ;
- Carte vitale à jour de droits lors de l'hospitalisation ou Attestation de carte vitale ;
- Carte de mutualiste ou prise en charge de mutuelle ;
- Notification d'attribution de la CMU complémentaire (si le patient en bénéficie) ;
- Volet E112 (hospitalisation programmée), volet E111 (hospitalisation en urgence), volet E123 (accident de travail) Si le patient est un ressortissant de l'Union Européenne ;
- Volet N°2 d'accident de travail délivré par l'employeur si l'hospitalisation fait suite à un accident du travail ;
- Carnet de soins gratuits (Art L115) pour un ancien combattant ou victime de guerre ;
- Si la patiente est une femme enceinte admise en maternité, il lui faudra fournir en plus le livret de famille, une reconnaissance anticipée, une attestation 100% à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse.

Si la personne n'est bénéficiaire d'aucun régime de protection sociale, elle devra régler la totalité des montants se rapportant à son hospitalisation.

Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission, à ce que le secret de leur identité soit préservé, sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département. Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui, sans demander le secret de leur identité, confient leur enfant en vue d'adoption sont également pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département.

### Fiche 2.1.1.4. Droit à l'anonymat et à la discrétion

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, et sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5 du Code de la Santé Publique, les patients hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence au sein du Centre Hospitalier ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition du patient, 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 patient peuvent être fournis par les cadres infirmiers, en s'assurant du respect des souhaits du patient et de la qualité du demandeur.

<sup>1</sup> Art R.1112-11 à -12 et Art R.1112-14 du CSP

#### **Fiche 2.1.1.5. Livret d'accueil**

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein du Centre Hospitalier un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du Centre Hospitalier ainsi que la Charte du patient hospitalisé.

Un questionnaire est remis au malade à son arrivée pour qu'il consigne librement ses observations, critiques et suggestions. A l'issue de son séjour le patient peut le remettre à l'accueil, au cadre du service, dans la boîte aux lettres située à chaque étage des services de soins ou l'envoyer par la poste à la Direction générale dans des enveloppes qui lui sont remises à cet effet. Une procédure relative au circuit du questionnaire est disponible dans les classeurs qualité des services de soins, auprès de la Direction des Affaires médicales, générales et de la qualité ou sur le site intranet du Centre Hospitalier.

## Sous-section 2 - Cas particuliers d'admission

### Fiche 2.1.2.1. Admission en urgence

#### a) Admission en urgence de manière générale

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Plus généralement, il prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades et blessés hospitalisés en urgence soit prévenue.

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal de refus est dressé. En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate du Centre Hospitalier, les personnels de l'établissement, quels que soient leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux malades ou aux blessés ou aux personnes en péril en mettant en œuvre les mesures adéquates.

#### b) Admission en urgence d'un mineur

Les mineurs présentés en urgence reçoivent les premiers soins nécessaires. Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par les agents du service.

#### c) Admission en urgence d'un militaire<sup>1</sup>

Si le Directeur ou son représentant est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au chef du Corps d'affectation de l'intéressé ou, à défaut, à la Gendarmerie. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, toutes mesures doivent être prises pour qu'il soit évacué sur l'Hôpital des Armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

### Fiche 2.1.2.2. Femmes enceintes

#### a) Admission en maternité<sup>2</sup>

Le Directeur ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

#### b) Secret de la grossesse<sup>3</sup>

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission (accouchement sous X), dans les conditions prévues par l'article L.222-6 du Code de l'Action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention. Le Directeur informe de cette admission le Directeur de l'ARS de Picardie.

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité.

Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance. Les prénoms donnés à l'enfant et, le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, ainsi que le sexe de l'enfant et la date, le lieu et l'heure de sa naissance sont mentionnés à l'extérieur de ce pli.

<sup>1</sup> Article R1112-29 du CSP

<sup>2</sup> Article R1112-27 du CSP

<sup>3</sup> Article R1112-28 du CSP

Sur leur demande ou avec leur accord, les femmes mentionnées au premier alinéa bénéficient d'un accompagnement psychologique et social de la part du service de l'aide sociale à l'enfance.

### **c) Interruptions volontaires de grossesse (IVG)**

Des IVG sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien initial. Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

La femme mineure non émancipée, doit au préalable effectuer une consultation, faisant l'objet d'une attestation, avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

Une IVG peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical dans les conditions légales et réglementaires. L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes étrangères dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans condition spécifique de durée et de régularité du séjour en France. Le délit d'entrave à l'interruption légale de grossesse est sanctionné par le code pénal, le Directeur du Centre Hospitalier est tenu de porter plainte contre le ou les auteurs de ce délit.

#### **Fiche 2.1.2.3. Mineurs<sup>1</sup>**

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du Directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

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

Une autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération doit être signée par les titulaires de l'autorité parentale dès qu'une intervention chirurgicale s'avère nécessaire sur un mineur. Par conséquent, si, lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou représentant légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération. Dans le cas où les père et mère ou représentant légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent. Par dérogation, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin

---

<sup>1</sup> Article R1112-34 à R1112-36 du CSP

peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en œuvre par la loi portant création de la couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Conformément à l'article 226-14 du code pénal, le personnel médical et le personnel soignant sont libres d'informer les autorités judiciaires ou administratives, de sévices ou de privations y compris s'il s'agit d'atteintes sexuelles dont ils ont eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur, sans encourir de poursuites pour violation du secret professionnel. Bien qu'ils conservent, la possibilité de ne pas dénoncer ces faits, ils n'en sont pas moins tenus à une obligation d'action. En cas d'inaction devant de tels faits, ils s'exposeraient à des poursuites pour non assistance à personne en péril. La prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements se fait conformément au protocole de prise en charge des enfants maltraités et enfants en situation de risque dont s'est doté le Centre Hospitalier.

#### **Fiche 2.1.2.4. Majeurs protégés**

Un médecin appelé à donner des soins à un majeur protégé doit prévenir son représentant légal et obtenir son consentement. En cas d'urgence, si celui-ci ne peut pas être joint, le médecin donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

#### **Fiche 2.1.2.5. Admission des personnes âgées dépendantes dans les structures d'hébergement de longue durée**

##### **a) Modalités de l'admission**

L'admission des personnes âgées dépendantes dans les structures d'hébergement de longue durée nécessite la constitution d'un dossier d'admission remis par le service social ou le service des admissions des unités d'hébergement du Centre Hospitalier. La réception du dossier administratif se fait auprès du service des admissions des EHPAD. Le futur résident peut être inscrit sur une liste d'attente.

L'admission doit être préparée en liaison avec la personne âgée et sa famille et recevoir son accord. La date d'entrée est fixée en concertation avec le médecin et le cadre de l'unité puis est transmise au service des admissions.

Dès son arrivée dans l'unité, le résident reçoit un document contenant les informations utiles à son séjour. Le jour de son entrée, le soignant référent accueille le résident et/ou son entourage. L'entrée s'effectue tous les jours de la semaine excepté les week-ends.

Un inventaire détaillé est effectué. Celui-ci doit être approuvé et signé par le résident et/ou son entourage ainsi que par le soignant référent. Il est archivé dans le dossier patient. Les effets personnels sont rangés dans l'armoire prévue à cet effet avec la participation du résident et/ou de son entourage.

##### **b) Dispositions financières**

Il existe au sein des EHPAD du Centre Hospitalier de Beauvais 3 types de tarification :

- Le tarif hébergement comprend les prestations non liées à l'état de dépendance de la personne âgée accueillie c'est-à-dire les frais d'administration, le coût du service hôtelier, les dépenses inhérentes à l'entretien, la restauration et à l'animation. Ce tarif est à la charge de la personne âgée mais peut éventuellement être pris en charge par l'aide sociale départementale.
- Le tarif dépendance couvre les prestations d'aide, d'accompagnement et de surveillance indispensables à l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante, mais également les surcoûts hôteliers, les fournitures, le matériel et mobilier liés à la dépendance des personnes âgées hébergées. Il est déterminé en fonction du degré de dépendance de la personne âgée, calculé au moyen de la grille AGGIR. Le tarif dépendance est à la charge de la personne âgée.
- Le tarif soins correspond aux prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents, ainsi que les prestations paramédicales (soins d'hygiène, soins d'entretien, soins de confort et de continuité de vie) liées à l'état de santé des personnes âgées accueillies. Ces dépenses sont prises en charge par l'assurance maladie.

##### **c) Domiciliation éventuelle**

Lorsque le séjour du résidant revêt un caractère définitif, il peut, s'il le désire, et avec l'accord du Directeur, obtenir sa domiciliation à l'établissement sur ses papiers officiels. Il est alors tenu de souscrire une police d'assurance garantissant sa responsabilité civile.

#### Fiche 2.1.2.6. Militaires

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente.

L'Etat doit à l'établissement une allocation égale aux frais qui résultent du traitement des malades militaires.

#### Fiche 2.1.2.7. Détenus<sup>1</sup>

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé, et les prévenus qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître, sont admis dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients. Cette admission est prononcée sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet. En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle.

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie, sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

Tout incident grave est signalé par le Directeur du Centre Hospitalier ou le Directeur de garde au Préfet, au Procureur de la République, au Directeur régional des services pénitentiaires et au Ministre de la justice. Un avis doit également être transmis au magistrat saisi du dossier de l'information si l'incident concerne un prévenu. Si l'incident concerne un condamné, l'information est donnée au juge de l'application des peines. En outre, si le détenu appartient aux forces armées, l'autorité militaire doit être avisée.

#### Fiche 2.1.2.8. Malades toxicomanes<sup>2</sup>

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au Centre Hospitalier afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, ont lieu dans les conditions prévues par la réglementation.

#### Fiche 2.1.2.9. Malades étrangers

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un malade étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Les patients étrangers ont la possibilité de solliciter l'aide d'un interprète. Certains agents de l'hôpital parlent plusieurs langues. Il convient d'en faire la demande auprès du cadre infirmier du service.

En cas d'urgence vitale médicalement constatée, l'admission d'un malade étranger non résidant en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

#### Fiche 2.1.2.10. Précautions et isolements

**Les précautions « standard »** sont des mesures d'hygiène à appliquer quel que soit le statut infectieux du patient, afin d'assurer une protection systématique des patients et des personnels, en cas de risque de contact avec le sang, les liquides biologiques, contenant ou non macroscopiquement du sang, tout produit d'origine humaine, la peau lésée ou les muqueuses du malade. Ces précautions, sont des mesures de base, sans lesquelles aucun isolement efficace n'est concevable.

<sup>1</sup> Article R1112-30 à R1112-33 du CSP

<sup>2</sup> Article R. 1112-38 du CSP

**L'isolement septique** permet d'éviter la transmission d'un agent infectieux connu ou présumé, à partir d'un patient infecté ou porteur identifié, à des individus non infectés et non porteurs mais réceptifs (patients ou membres du personnel). L'isolement septique est indiqué dans trois types de situation : le patient est atteint d'une infection naturellement contagieuse (tuberculose, grippe), le patient est infecté par un germe susceptible de disséminer dans l'environnement et d'être transmis à un autre patient par les mains du personnel ou le matériel, le patient est porteur ou excréteur d'un germe multi-résistant aux antibiotiques et connu pour son risque de diffusion épidémique.

**L'isolement protecteur** permet d'éviter la transmission de tout agent potentiellement infectieux à des patients immunodéprimés (micro-organismes de l'environnement ou portés par d'autres patients, les membres du personnel ou les visiteurs)

**L'isolement technique** vise à instaurer une barrière physique autour du patient porteur pour éviter la dissémination des micro-organismes. Il comprend la signalisation, l'équipement et l'obligation d'organiser les soins en fonction des patients en isolement et de limiter les interruptions de soins. Il repose sur une hygiène des mains rigoureuse (SHA ou lavage antiseptique des mains), le port de protections, l'individualisation du matériel de soins, la gestion adaptée du linge et des déchets.

**L'isolement géographique** facilite l'application des mesures d'isolement technique. Il se fait en chambre individuelle ou à défaut en chambre à deux lits regroupant des patients porteurs du même germe.

L'ensemble de ces précautions est consigné dans des procédures disponibles dans les classeurs qualité des services de soins, auprès de la Direction des Affaires médicales, générales et de la qualité ou sur le site intranet du Centre Hospitalier.

## Sous-section 3 - Le patient non hospitalisé

### Fiche 2.1.3.1. Consultations externes

#### a) Consultations et examens médicaux proposés

Le Centre Hospitalier dispose de services de consultations, de soins et d'examen médicaux variés pour les malades ne nécessitant pas une hospitalisation. Leur liste, localisation et horaires de consultation sont indiqués à l'entrée de l'hôpital et dans le livret d'accueil.

#### b) Prise en charge financière

Les tarifs applicables aux examens et aux soins des patients en consultation sont égaux aux tarifs conventionnels pratiqués par les praticiens et professions paramédicales à statut libéral.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers, ils doivent payer le ticket modérateur. Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la PASS ou vers le service social hospitalier, qui les assistera si nécessaire.

La tarification des consultations externes pratiquées dans le cadre de l'activité libérale suit les mêmes règles que la tarification de celles pratiquées dans le cadre du secteur public. Certains praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires sont librement arrêtés entre le praticien et le consultant.

Les tarifs pratiqués font l'objet d'un affichage dans les salles d'attente conformément à la réglementation.

#### c) Formalités

Le jour de sa consultation, le consultant doit d'abord se présenter à la caisse pour le règlement et la délivrance du bon de consultation, muni de :

- sa carte vitale
- sa carte de mutuelle
- sa pièce d'identité

Et éventuellement :

- l'attestation CMU
- le volet n° 2 d'accident du travail
- le carnet de soins

Pour les accidents du travail ou les consultations relatives à une maternité, sur présentation du justificatif à la caisse, une carte sera remise au consultant, dans l'hypothèse de consultations ou soins multiples. Cette carte dispense le consultant de se présenter à la caisse avant chaque consultation. Elle devra être rendue lors du dernier soin pour l'accident du travail ou lors de l'accouchement.

Pour la kinésithérapie et la balnéothérapie, le consultant devra se rendre à la caisse après le premier rendez-vous pour la constitution de son dossier.

#### d) Consultations en secteur privé

Des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers. Elles sont autorisées par le Directeur du Centre Hospitalier dans le cadre d'un contrat conclu avec le praticien concerné.

### Fiche 2.1.3.2. Alternatives à l'hospitalisation

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et les structures permettant l'hospitalisation à domicile. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles doivent être adaptées aux besoins des malades et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Chacune des structures alternatives à l'hospitalisation du Centre Hospitalier dispose de son propre règlement intérieur.

**a) Structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit**

Ces structures permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

Elles dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de malades dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

Ces structures sont organisées spécifiquement, en une ou plusieurs unités de soins individualisées, et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

**b) Structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire**

Ces structures permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Elles sont organisées dans les mêmes conditions que celles prévues au dernier alinéa de la fiche 2.1.3.1 du présent règlement intérieur général.

**c) Hospitalisations à domicile**

Le service d'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier de Beauvais permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Le service d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique déterminée.

L'admission d'un malade au sein du service d'hospitalisation à domicile et sa sortie sont prononcées par le Directeur, après avis d'un médecin coordonnateur chargé de son fonctionnement médical. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité d'accueil du service.

Afin de garantir la sécurité des patients et la coordination des soins, toute structure dite d'hospitalisation à domicile dispose d'un système de communication à distance permettant, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris les dimanches et jours fériés, d'assurer une liaison permanente entre les patients, leurs familles et les personnels médicaux ou infirmiers exerçant dans la structure d'hospitalisation à domicile.

## **Sous-section 4 - Régime d'hospitalisation et activité libérale des praticiens hospitaliers**

### **Fiche 2.1.4.1. Régime commun**

Seul le régime commun est actuellement appliqué au Centre Hospitalier. Le Conseil de surveillance peut toutefois décider de l'application d'un régime particulier conformément aux textes en vigueur. Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais au tarif du régime commun. Les malades peuvent, sur leur demande, être admis au titre de l'activité libérale des praticiens concernés. Ce régime particulier existe bien désormais puisque des tarifs spécifiques existent.

### **Fiche 2.1.4.2. Activité libérale des praticiens hospitaliers**

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

Les praticiens doivent effectuer personnellement et à titre principal au Centre Hospitalier une activité de même nature que celle effectuée à titre libéral. Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur à ceux effectués au titre de l'activité publique et la durée de l'activité libérale ne peut excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens.

L'exercice d'une activité libérale est autorisé par un contrat conclu entre le praticien hospitalier et le Directeur du Centre Hospitalier sur la base d'un contrat type d'activité libérale émis par voie réglementaire. Les honoraires des praticiens, perçus au titre de leur activité libérale, sont recouverts par le Centre Hospitalier, qui les leur reverse mensuellement et prélève trimestriellement le montant de la redevance. Les praticiens ont cependant le choix de percevoir directement leurs honoraires et de verser ensuite une redevance au Centre Hospitalier.

Une Commission locale de l'activité libérale est mise en place au sein de l'établissement. Sa composition et ses missions sont détaillées fiche 1.1.4.5 du présent règlement intérieur général.

## Section 2 - Information et consentement aux soins du patient

### Sous-section 1 - Information du patient

#### Fiche 2.2.1.1. Information du patient<sup>1</sup>

##### **a) Information sur l'état de santé**

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs protégés sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sauf si le mineur s'y est expressément opposé. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous protection.

##### **b) Information sur les frais**

Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par le Centre Hospitalier de Beauvais, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé autorisés à exercer une activité libérale doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

##### **c) Cas de litige**

En cas de litige, il appartient au professionnel ou au Centre Hospitalier d'apporter la preuve que l'information a été délivrée au patient. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel et le Centre Hospitalier, sur les circonstances et les causes de ce dommage.

---

<sup>1</sup> Art L1111-2 CSP

### Fiche 2.2.1.2. Dossier médical et sa communication

Un dossier médical est constitué pour chaque patient au sein du Centre Hospitalier. Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir. Il est conservé par le Centre Hospitalier pendant une durée de 20 ans à compter de la date du dernier séjour du patient au Centre Hospitalier ou de sa dernière consultation externe. A l'issue de ce délai, le dossier médical peut être éliminé. La décision d'élimination est prise par le Directeur après avis du médecin responsable de l'information médicale.

L'accès au dossier médical est réservé :

- Au patient lui-même si il est majeur ;
- Au(x) détenteur(s) de l'autorité parentale ou au représentant légal pour le dossier d'un patient mineur, sauf si ce dernier s'y est expressément opposé ;
- A l'ayant droit du patient décédé, dans la mesure où il veut connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir ses droits, et à condition que le patient ne s'y est pas expressément opposé de son vivant. Il doit alors exprimer le motif lors de sa demande ;
- Au praticien qui a prescrit l'hospitalisation après accord du patient, de la personne disposant de l'autorité parentale ou du représentant légal, ou de ses ayants droits en cas de décès ;
- Aux médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, médecins inspecteurs de santé publique et médecins conseil de la sécurité sociale dans le cadre de leurs missions.

Cet accès s'effectue en principe par consultation sur place, dans le service, auprès d'un médecin, après un délai de réflexion de 48 heures.

Sur demande du patient, l'accès au dossier peut s'effectuer par duplication de tout ou partie des éléments communicables du dossier, puis, le cas échéant, par envoi postal. La remise ou l'envoi d'une copie du dossier médical est effectué exclusivement par le Directeur. La duplication et l'envoi sont facturés au requérant. L'établissement doit pouvoir vérifier l'identité du demandeur et s'assurer du respect d'un délai raisonnable de transmission suivant la demande. Ce délai est porté à 2 mois si le dossier médical date de plus de 5 ans.

Le dossier contient dans tous les cas, l'identité du patient, l'identification du service d'hospitalisation et les éléments relatifs à la personne de confiance. Il comprend également les éléments suivants :

- les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment ; la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ; les motifs d'hospitalisation ; la recherche d'antécédents et de facteurs de risques ; les conclusions de l'évaluation clinique initiale ; le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ; la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques ; les informations sur la démarche médicale ; le dossier d'anesthésie ; le compte rendu opératoire ou obstétrical ; le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis ; la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel ; les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ; le dossier de soins infirmiers ; les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ; les correspondances échangées entre professionnels de santé ; les directives anticipées ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour et notamment : le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ; la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ; les modalités de sortie (domicile, autres structures) ; la fiche de liaison infirmière ;
- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

### **Fiche 2.2.1.3. Secret médical**

Tout patient pris en charge au sein du Centre Hospitalier a droit au secret des informations le concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel du Centre Hospitalier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le Centre Hospitalier. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, dans le respect des règles de prudence nécessaires, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence au sein du Centre Hospitalier. Cette disposition ne fait pas obstacle à l'obligation pour le Directeur de signaler aux autorités militaires l'admission en urgence de militaires, ni à l'obligation pour le personnel médical de faire droit à toute demande d'information par les services de police ou de gendarmerie intervenant dans le cadre d'une procédure de flagrance ou d'une commission rogatoire. Le Directeur ou le Directeur de garde doit en être immédiatement informé.

Le Directeur est le garant du respect du secret médical dans l'établissement. Il prend toute mesure nécessaire à cette fin avec l'aide des professionnels concernés, en particulier le médecin responsable du Service d'Information Médicale, les praticiens responsables des pôles ou services, les responsables de la qualité et des relations avec les usagers.

### **Fiche 2.2.1.4. Information de la famille et des proches du patient**

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

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. Le médecin fait mention écrite de cette opposition.

## Sous-section 2 - Consentement aux soins

### Fiche 2.2.2.1. Consentement aux soins : cas général

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté du patient après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans ce cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

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

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un de ses proches, et le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

### Fiche 2.2.2.2. Cas particuliers : mineurs, majeurs protégés et autres dispositions

#### a) Cas de mineurs et majeurs protégés<sup>1</sup>

Le consentement du mineur ou du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté ou à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le mandataire judiciaire à la protection des personnes risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

#### b) Directives anticipées<sup>2</sup>

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

Elles doivent avoir été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant. Elles priment sur l'avis de la personne de confiance.

#### c) Mandat de protection future

Une personne majeure ou un mineur émancipé (le mandant) peut confier à une ou plusieurs personnes (le(s) mandataire(s)) le soin de la représenter pour le cas où à l'avenir, en raison de l'altération de ses facultés mentales ou corporelles, elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts. Le mandant doit remplir un formulaire et la personne désignée comme mandataire doit accepter cette désignation. Une personne sous tutelle ne peut pas conclure un tel mandat. Une personne sous curatelle doit être assistée de son curateur.

La personne effectuant un tel acte peut choisir de confier au mandataire :

- Les missions exercées par le représentant d'une personne en tutelle
- Les missions exercées par la personne de confiance

<sup>1</sup> Art L.1111-4 et L.1111-5 du CSP

<sup>2</sup> Art L.1111-11 du CSP

### **Fiche 2.2.2.3. Cas d'urgence**

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précité, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il en tient ensuite informé, dès que possible, les accompagnants et l'un des proches du patient.

### **Fiche 2.2.2.4. Personne de confiance<sup>1</sup>**

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au patient majeur de désigner par écrit une personne de confiance, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation faite par écrit est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les majeurs protégés n'ont pas la possibilité de désigner une personne de confiance, sauf lorsque cette désignation, a été faite avant la mise en place de la mesure de protection. Cette personne de confiance, qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, est consultée au cas où le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Si le malade le souhaite, elle l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

### **Fiche 2.2.2.5. Refus des soins**

Le consentement à un acte médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale : le consentement du malade est toujours recherché. Néanmoins, les médecins ne portent pas atteinte à cette liberté fondamentale, lorsque après avoir tout mis en œuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état.

Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposées, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le Directeur après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

---

<sup>1</sup> Art L.1111-6 du CSP

## Sous-section 3 - Dons et prélèvements de produits du corps humain

### Fiche 2.2.3.1. Principes généraux

Les principes généraux sont :

- **Le consentement** : le consentement du donneur vivant est obligatoire
- **La gratuité** : aucun paiement ne peut être alloué au donneur ; les frais inhérents à un prélèvement sont pris en charge
- **L'anonymat** : sauf en cas de nécessité thérapeutique, l'identité du donneur et du receveur restent anonymes
- **La sécurité sanitaire** : une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont assurés

### Fiche 2.2.3.2. Prélèvements sur donneur vivant<sup>1</sup>

#### a) Finalité du prélèvement

Le prélèvement ne peut être effectué sur une personne vivante que dans l'intérêt thérapeutique direct du receveur. Le donneur peut être : le père, la mère, et par dérogation, le fils, la fille, le frère, la sœur, le conjoint, les grands-parents, l'oncle, la tante, le cousin ou la cousine germaine, le conjoint du parent et la personne qui apporte la preuve d'une vie commune de deux ans avec le receveur.

#### b) Information et consentement du donneur

Le donneur doit être préalablement informé des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement. Cette information est effectuée par un comité d'expert.

Pour les personnes majeures et capables, les prélèvements peuvent intervenir après recueil du consentement libre et éclairé du donneur. Ce consentement doit être exprimé devant le Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui ; ce consentement est révocable sans forme à tout moment.

Le prélèvement est interdit sur un mineur, sauf en ce qui concerne la moelle au bénéfice du frère ou de la sœur, et avec le consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal ; ce consentement est exprimé devant le Président du Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui, avec constat de l'absence de refus du mineur.

#### c) Majeurs protégés et mineurs

Aucun prélèvement d'organes ne peut avoir lieu sur une personne vivante majeure et placée sous un régime d'incapacité. Le prélèvement est interdit pour une personne mineure sauf pour le prélèvement de moelle au bénéfice de son frère ou sa sœur<sup>2</sup>.

#### d) Prélèvement de tissus et de cellules lors d'opérations (résidus opératoires)

Ces prélèvements peuvent être réalisés dans un but thérapeutique ou scientifique, et sur un majeur capable uniquement. Lorsqu'un résidu opératoire est conservé à des fins thérapeutiques, il est nécessaire d'informer le donneur sur les contraintes relatives aux contrôles sérologiques imposés par l'utilisation de ces éléments

### Fiche 2.2.3.3. Prélèvement sur une personne décédée

La règle du consentement présumé, qui fait de chaque individu un donneur potentiel, s'applique. Le prélèvement peut donc être effectué dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. La volonté du défunt doit être recherchée par consultation du Registre National des Refus, ensuite, le praticien doit s'efforcer de recueillir le témoignage de sa famille, excepté en cas de prélèvement pour recherche scientifique des causes de décès ou en cas d'autopsie médico-légale.

Le prélèvement d'organes sur une personne décédée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques et après que le constat de la mort a été établi. Aucun prélèvement à des fins scientifiques autres que celui ayant pour but de rechercher les causes du décès ne peut être effectué sans le consentement du défunt exprimé préalablement ou par le témoignage de sa famille.

<sup>1</sup> Art. L.1231-1 à L.1231-4 et R.1211-2 à L.1211-9 du CSP

<sup>2</sup> Article R1241-16 à 19 du CSP

Toutefois, lorsque le défunt est un mineur, ce consentement est exprimé par un des titulaires de l'autorité parentale. La famille est informée des prélèvements effectués en vue de rechercher les causes du décès. Si la personne décédée était un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal y consente expressément par écrit.

## Sous-section 4 - Participation à une recherche biomédicale

### Fiche 2.2.4.1. Dispositions générales<sup>1</sup>

Les recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sont autorisées dans les conditions suivantes :

- Les recherches doivent se fonder sur le dernier état des connaissances scientifiques et sur une expérimentation pré clinique suffisante ;
- Le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à la recherche ne doit pas être hors de proportion avec le bénéfice escompté pour ces personnes ou l'intérêt de la recherche ;
- Ces recherches doivent viser à étendre la connaissance scientifique de l'être humain et les moyens susceptibles d'améliorer sa condition ;
- La recherche biomédicale doit être conçue de telle façon que soient réduits au minimum la douleur, les désagréments, la peur et tout autre inconvénient prévisible lié à la maladie ou à la recherche, en tenant compte particulièrement du degré de maturité pour les mineurs et de la capacité de compréhension pour les majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement ;
- L'intérêt des personnes qui se prêtent à une recherche biomédicale prime toujours les seuls intérêts de la science et de la société ;
- La recherche biomédicale ne peut débuter que si l'ensemble de ces conditions sont remplies. Leur respect doit être constamment maintenu ;
- La recherche doit être réalisée sous la direction et sous la surveillance d'un médecin justifiant d'une expérience appropriée et dans des conditions matérielles et techniques adaptées à l'essai et compatibles avec les impératifs de rigueur scientifique et de sécurité des personnes qui se prêtent à ces recherches.

### Fiche 2.2.4.2. Dispositions particulières

#### a) Femmes enceintes<sup>2</sup>

Les femmes enceintes et les mères qui allaitent ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales que dans les conditions suivantes:

- L'importance du bénéfice escompté pour elles-mêmes ou pour l'enfant est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;
- Ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres femmes se trouvant dans la même situation ou pour leur enfant et à la condition que des recherches d'une efficacité comparable ne puissent être effectuées sur une autre catégorie de la population. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

L'information et le consentement ne diffèrent pas du droit commun.

#### b) Personnes privées de liberté<sup>3</sup>

Les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, les personnes hospitalisées sans consentement et les personnes admises dans un établissement sanitaire ou social à d'autres fins que celle de la recherche ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales que dans les conditions suivantes :

- L'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;
- Ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes se trouvant dans la même situation juridique ou administrative à la condition que des recherches d'une efficacité comparable ne puissent être effectuées sur une autre catégorie de la population. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

#### c) Mineurs et incapables majeurs<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Art L.1121-1 à L1121-17 du CSP

<sup>2</sup> Art L.1121-5 du CSP

<sup>3</sup> Art L.1121-6 du CSP

<sup>4</sup> Article L1121-7 et -8 du CSP

Les mineurs non émancipés, les majeurs protégés ou les majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement et qui ne font pas l'objet d'une mesure de protection juridique reçoivent, lorsque leur participation à une recherche biomédicale est envisagée, l'information prévue par la réglementation adaptée. Ils sont consultés dans la mesure où leur état le permet. Leur adhésion personnelle en vue de leur participation à la recherche biomédicale est recherchée. En toute hypothèse, il ne peut être passé outre à leur refus ou à la révocation de leur acceptation.

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent, sous réserve de respecter certaines dispositions.

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur une personne mineure ou majeure protégée, l'autorisation est donnée par son représentant légal et, dans certains cas, par le conseil de famille s'il a été institué, ou par le juge aux affaires familiales.

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur une personne majeure sous curatelle, le consentement est donné par l'intéressé assisté par son représentant légal. Toutefois, dans certains cas, le juge aux affaires familiales est saisi aux fins de s'assurer de l'aptitude à consentir du majeur. En cas d'inaptitude, le juge prend la décision d'autoriser ou non la recherche biomédicale.

Lorsqu'une recherche biomédicale est envisagée sur une personne majeure hors d'état d'exprimer son consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique, l'autorisation est donnée par la personne de confiance, à défaut de celle-ci, par la famille, ou, à défaut, par une personne entretenant avec l'intéressé des liens étroits et stables. Toutefois, dans certains cas, l'autorisation est donnée par le juge des tutelles.

**a) La personne non affiliée à un régime de sécurité sociale ou non bénéficiaire d'un tel régime<sup>1</sup>**

La recherche est interdite sur de telles personnes.

---

<sup>1</sup> Article L1121-11 du CSP

### Section 3 - Conditions de séjour à l'hôpital

#### Sous-section 1 - Dispositions d'ensemble

##### Fiche 2.3.1.1. Neutralité et laïcité du service public

Les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'hôpital.

La neutralité religieuse du service public et de ses agents a pour but de protéger la liberté de conscience des usagers. Cette disposition ne fait pas obstacle à l'exercice du culte tel que précisé dans la fiche 2.3.2.10 du présent règlement intérieur général.

En cas d'interrogation ou de désaccord sur la nature d'un signe d'appartenance religieuse ou politique, le Directeur est seul compétent pour autoriser ou non le port de ce signe dans l'établissement. Afin de prévenir les comportements contraires à la déontologie, à la neutralité et à la laïcité, un référent « laïcité et prévention de la radicalisation » peut être sollicité pour la mise en œuvre et le respect de ce principe.

De plus, d'ici à 2024, l'ensemble du personnel de l'établissement devra avoir suivi un module de formation à la laïcité. Cela sera également obligatoire pour les contractuels en contrat à durée déterminée de plus de six mois.

Les visites d'élus dans l'enceinte d'un site hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique.

Les membres du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier peuvent effectuer des visites au sein d'un des sites du Centre Hospitalier en qualité de membre du Conseil de surveillance que s'ils sont mandatés à cet effet par cette instance.

##### Fiche 2.3.1.2. Respect de la dignité et de l'intimité du patient

Tout patient hospitalisé a le droit au respect de sa vie privée, comme l'énonce la Charte de la personne hospitalisée. Le respect de l'intimité du malade doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré- et postopératoires, des radiographies, des brancardages et d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Le Centre Hospitalier de Beauvais prend les mesures qui assurent la tranquillité des malades et réduisent aux mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil. La personne hospitalisée a le droit à la confidentialité de son courrier, de ses communications téléphoniques, de ses entretiens avec des visiteurs et avec les professionnels de santé.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les malades sont proscrits pour les personnels, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers. Le patient doit être traité avec égard et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel.

Les malades hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

##### Fiche 2.3.1.3. Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du Centre Hospitalier leur droit de vote, par procuration. Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, notamment en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte de l'hôpital, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

#### **Fiche 2.3.1.4. Interdiction de pourboires**

Aucune somme d'argent ou autre forme de donation ne peut être versée aux personnels par les patients, leurs visiteurs ou leur famille, que ce soit à titre de gratification ou à titre de dépôt<sup>1</sup>.

#### **Fiche 2.3.1.5. Naissance à l'hôpital**

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée par le bureau des admissions en charge de l'état civil dans les trois jours suivant l'accouchement. Un document déclaratif est établi à cet effet par la sage-femme cadre, sur délégation du Directeur, suivant les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né. Un exemplaire de ce document est transmis au bureau de l'état civil de la Mairie de Beauvais et un second exemplaire est inclus dans le registre d'inscription des naissances tenu par le Centre Hospitalier.

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance auprès de la Mairie, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès ; l'officier d'état civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès.

Par contre si un enfant est né vivant mais non viable ou si un enfant répondant aux critères de viabilité est mort-né, une déclaration « d'enfant sans vie » est établie, avec inscription sur le registre des décès du Centre Hospitalier.

#### **Fiche 2.3.1.6. Dispositions particulières**

Certains services ou unités, en raison de la nature de leur activité ou de la catégorie de d'usagers accueillis, peuvent avoir des règles spécifiques de fonctionnement. Ces règles font l'objet d'un passage aux instances de l'établissement. Elles s'imposent au personnel, aux usagers de l'établissement ainsi qu'à leur entourage. Elles sont annexées au présent règlement intérieur.

---

<sup>1</sup> Article R1112-51 du CSP

## Sous-section 2 - Conditions du séjour à l'hôpital

### Fiche 2.3.2.1. Effets personnels et dépôts des valeurs

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession. Ces dépôts sont effectués à la régie de dépôt des biens du Centre Hospitalier contre délivrance d'un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés.

Si le malade ou le blessé est hors d'état de manifester sa volonté ou admis en urgence, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade ou blessé est porteur est effectué en présence de l'accompagnant ou par deux agents du service d'accueil. Lorsque le malade retrouve ses facultés ou lorsque les parents ou représentants légaux se présentent au service, ils sont informés des mesures conservatoires prises.

Le Centre Hospitalier ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre et si le propriétaire n'a pas été tenu informé des modalités de dépôt des valeurs. La responsabilité de l'établissement n'est pas engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les patients hospitalisés doivent apporter pour leur séjour leur linge personnel et les objets de toilette. L'entretien du linge est à la charge du patient, qui doit conserver une tenue correcte pendant tout son séjour. En cas de nécessité, des vêtements appropriés peuvent être mis à la disposition des patients par le Centre Hospitalier pour la durée de leur hospitalisation.

### Fiche 2.3.2.2. Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation

Les hospitalisés peuvent bénéficier, compte tenu de leur séjour et de leur état de santé, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximum de 48 heures. Ces autorisations de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant.

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

Des permissions de sortie peuvent être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation, dans les mêmes conditions.

Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale. Cette personne doit préciser à la Direction de l'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement). Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son représentant légal peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties.

### Fiche 2.3.2.3. Repas

Les repas sont servis individuellement, au lit du malade. Les menus sont établis par les cuisiniers de l'hôpital, en collaboration avec les diététiciens. Ils sont composés en fonction des besoins spécifiques en quantité et du régime particulier éventuellement prescrit par le médecin.

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

### Fiche 2.3.2.4. Visites<sup>1</sup>

#### a) Unités d'hospitalisation

Les visites sont autorisées de 13 heures à 20 heures.

---

<sup>1</sup> Article R1112-47et -48 du CSP

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. Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Selon l'état de santé du patient, et si le fonctionnement et la capacité du service le permettent, un accompagnant peut être autorisé à passer la nuit auprès de lui, à prendre un repas dans sa chambre ou au self.

Les frais occasionnés sont à la charge des familles. Ils doivent être réglés au service des admissions. En règle générale, il convient de faire l'avance des frais et de demander le remboursement à la mutuelle.

#### **b) Unités d'hébergement de longue durée**

Les visiteurs sont admis de 13 heures à 20 heures. Après accord du cadre de l'unité, il est possible que certaines visites aient lieu en dehors de ces horaires.

La famille et les amis du résidant ont la possibilité de prendre un repas accompagnant au sein de l'unité d'hébergement. La famille doit contacter le cadre de l'unité 72 heures avant au minimum. Ce repas est facturé au tarif en vigueur par les services économiques du Centre Hospitalier.

Les familles sont encouragées à participer aux différents repas de fête organisés au sein des unités de vie. Chaque résidant à la possibilité, en fonction de son état de santé, de sortir en famille aussi souvent qu'il le souhaite après avis médical. Le résidant peut demander au cadre de santé de ne pas autoriser certaines personnes à lui rendre visite.

#### **Fiche 2.3.2.5. Déplacement des patients au sein de l'établissement<sup>1</sup>**

Les patients peuvent se déplacer librement au sein de l'établissement dès lors que leur état de santé le permet, sous réserve du respect du fonctionnement du service, de la confidentialité et de la tranquillité des locaux. Ils doivent toujours en informer un membre de l'équipe soignante.

Ils doivent être revêtus d'une tenue décente et respecter les locaux et objets mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent entraîner la sortie du patient sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés ou autres procédures.

Pour tout déplacement hors de la chambre, un enfant doit être accompagné par un agent hospitalier ou par un parent ou un proche. Pour les grands mineurs, une décharge parentale écrite doit être demandée pour autoriser les déplacements libres dans l'hôpital.

#### **Fiche 2.3.2.6. Accès des professionnels de la presse<sup>2</sup>**

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le Directeur. La chambre du patient constitue au sens de l'article 226-4 du code pénal un domicile protégé. Cette qualification permet à l'hôpital d'agir en justice et de se porter partie civile sur la base de l'atteinte à la vie privée, indépendamment de l'action engagée par le patient.

#### **Fiche 2.3.2.8. Moyens de communication**

##### **a) Courrier<sup>3</sup>**

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

<sup>1</sup> Article R.1112-50 du CSP

<sup>2</sup> Article R1112-47 du CSP

<sup>3</sup> Article R.1112-53 du CSP

### **b) Téléphone<sup>1</sup>**

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone ou les cabines téléphoniques. Le téléphone est un service exploité par une entreprise privée après convention passée avec le Centre Hospitalier. La mise à disposition du téléphone s'accompagne du paiement préalable d'une caution et le règlement des communications auprès de cette société. Si les hospitalisés ne disposent pas d'un appareil de téléphone dans leur chambre, ils peuvent cependant recevoir des communications téléphoniques, dans la mesure où celles-ci ne perturbent pas le fonctionnement des services.

#### **Fiche 2.3.2.9. Service social des patients**

Un service social composé d'assistantes sociales est à la disposition des malades et de leur famille. Sa mission est de faciliter, sous tous ses aspects, la vie des patients à l'hôpital, de rechercher et de proposer des actions nécessaires à l'accès aux soins, à la réinsertion sociale, familiale, professionnelle et scolaire. Une permanence est à la disposition des malades, des familles et des proches au sein de l'hôpital. En outre une assistante sociale peut se rendre au chevet du malade, à la demande de ce dernier.

Pour rencontrer une assistante sociale, le patient peut :

- en faire la demande auprès du personnel du service où vous séjournez,
- appeler le secrétariat du service social, au poste 2074,
- se rendre à la permanence qui se tient au service social, du lundi au samedi compris, sans rendez-vous, de 14h00 à 16h00.

#### **Fiche 2.3.2.10. Exercice du culte<sup>2</sup>**

Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils peuvent participer à l'exercice de leur culte selon leur état de santé et dans le respect du fonctionnement du service. Ils peuvent aussi demander la visite d'un représentant d'un culte de leur choix auprès du personnel du service. Un lieu de cultes est situé au rez-de-chaussée du bâtiment Bois Brûlet.

#### **Fiche 2.3.2.11. Associations de bénévoles**

Des associations de bénévoles peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou proposer des activités au sein du Centre Hospitalier, dans le respect des règles de fonctionnement et des activités médicales et paramédicales.

Ces associations n'interviennent qu'après accord du Directeur. Elles doivent avoir conclu avec le Centre Hospitalier une convention qui détermine les modalités de leur intervention. Les bénévoles doivent porter un badge permettant de les identifier.

#### **Fiche 2.3.2.12. Services mis à disposition du patient**

### **a) Télévision<sup>3</sup>**

Les frais de location du poste de télévision sont facturables auprès de la société ayant passé une convention avec le Centre Hospitalier. Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres malades.

### **b) Cafétéria et boutique**

Une cafétéria et une boutique sont à la disposition des patients, des visiteurs et du personnel. Des distributeurs de boissons et de confiseries sont aussi installés dans les halls d'accueil A, B et C.

### **c) Prêts de livres**

Une association met à la disposition des patients des revues et des livres, lors de passages dans les services les lundis et jeudis.

---

<sup>1</sup> Article R.1112-54 du CSP

<sup>2</sup> Article R1112-46 du CSP

<sup>3</sup> Article R.1112-55 du CSP

**d) Ecole à l'hôpital<sup>1</sup>**

Un enfant hospitalisé a le droit de préserver sa scolarité. Un enseignant assure l'école chaque matin pendant la période scolaire, en relation avec la classe d'origine.

---

<sup>1</sup> Article L1110-6 du CSP

## Section 4 - Fin de l'hospitalisation

### Sous-section 1 - Sortie du patient

#### Fiche 2.4.1.1. Sortie : cas général<sup>1</sup>

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien dans l'un des services du Centre Hospitalier, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin chef de service. Le Directeur dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du malade. Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Un bulletin de sortie est délivré au patient. Il ne doit porter aucun diagnostic, ni aucune mention d'ordre médicale relative à la maladie ayant motivé l'hospitalisation. Le médecin traitant reçoit le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé le compte-rendu de l'hospitalisation. Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Le patient en fin de vie peut être transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en fait la demande.

#### Fiche 2.4.1.2. Sortie du mineur

Le mineur ne peut sortir seul. Il doit impérativement être accompagné de la personne investie de l'autorité parentale ou du droit de garde. La personne exerçant l'autorité parentale sur le mineur hospitalisé doit être informée de sa sortie. Elle se présentera elle-même ou, s'il doit être remis à quelqu'un, elle devra en informer le service de soins. Si les parents sont introuvables, il convient d'en avvertir le Juge des Enfants qui décidera de la mesure la plus opportune.

#### Fiche 2.4.1.3. Sortie du nouveau-né

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable du service, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère<sup>2</sup>.

#### Fiche 2.4.1.4. Sortie des personnes âgées dépendantes des structures d'hébergement de longue durée

##### a) Sortie volontaire

Sauf cas de nécessité lié à leur état de santé, les résidents peuvent quitter l'établissement à tout moment, sur leur demande, sous réserve du respect des dispositions figurant dans leur contrat de séjour et après avoir réglé les sommes restant éventuellement à leur charge. La sortie contre avis médical est effectuée dans le cadre de la procédure décrite dans la fiche 2.4.1.6 du présent règlement intérieur général.

##### b) Hospitalisation en secteur aigu

En cas de séjour hospitalier de plus de 24h, la chambre du patient pourra être conservée. Pendant cette absence, seul le forfait hébergement diminué du forfait journalier est facturé.

En cas de prolongation du séjour hospitalier, le résident ou ses proches prendront, avec le Cadre infirmier et le médecin coordonnateur de l'EHPAD, les mesures adaptées.

#### Fiche 2.4.1.5. Transport des malades

Si, lors de sa sortie, l'état du patient nécessite un transport, le service dans lequel il a séjourné demandera au bureau des admissions de faire appel à une société d'ambulance librement choisie par le patient. Les services tiennent à la disposition des hospitalisés la

<sup>1</sup> Art R.1112-58 à 61 du CSP

<sup>2</sup> Article R1112-65 du CSP

liste complète des ambulances agréées du département<sup>1</sup>. Un bon de transport lui sera délivré par le secrétariat du service d'hospitalisation. La demande de remboursement devra être adressée à sa caisse d'assurance maladie.

#### **Fiche 2.4.1.6. Sortie contre avis médical<sup>2</sup>**

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la Santé Publique, à l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

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

#### **Fiche 2.4.1.7. Sortie disciplinaire**

Les patients qui refuseraient d'observer les prescriptions du règlement intérieur du Centre Hospitalier et les règles spécifiques à ses structures de long séjour, ou dont la conduite constituerait un trouble persistant pour le fonctionnement de l'établissement, après avoir été dûment avertis par le Directeur, pourront faire l'objet d'une demande de transfert dans un autre établissement, ou, si nécessaire, être exclus de l'établissement.

#### **Fiche 2.4.1.8. Sortie après refus de soins**

Quand le malade n'accepte aucun des traitements, interventions ou soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier, après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé.

#### **Fiche 2.4.1.9. Sortie à l'insu du service**

Dès qu'une sortie à l'insu du service est constatée, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant fait diligenter des recherches à l'intérieur de l'enceinte hospitalière. Si ces recherches s'avèrent vaines, il se devra d'avertir les proches du patient afin de s'assurer que celui-ci n'a pas regagné son domicile et les services de police ou de gendarmerie, afin que ceux-ci organisent des recherches à l'extérieur du Centre Hospitalier. Le Directeur fait prévenir le médecin traitant du patient dès que possible.

#### **Fiche 2.4.1.10. Formalités de sortie et prise en charge financière**

Avant de quitter le Centre Hospitalier, le patient ou sa famille doit se rendre au bureau des admissions avec la fiche individuelle de sortie remise par le service. Des bulletins de situation lui seront délivrés : un exemplaire destiné à son organisme d'assurance maladie et un second exemplaire est à remettre le cas échéant à son employeur avec l'éventuel certificat médical d'arrêt de travail.

Les frais liés au séjour hospitalier se décomposent en deux éléments : les tarifs des prestations (un tarif par discipline d'hospitalisation ou par type de séjour) et le forfait journalier qui représente une participation du malade à ses frais de séjour, dû en sus pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet.

- Les frais de séjour : si le patient est un assuré social, la Caisse d'Assurance Maladie prend en charge 80% des frais d'hospitalisation jusqu'au trentième jour d'hospitalisation, 100% à compter du trente et unième jour. En cas d'absence de prise en charge par la sécurité sociale (ou toute autre assurance) les frais d'hospitalisation demeureront totalement à la charge du patient. Si le patient est assuré social, le ticket modérateur de 20 % reste à sa charge sauf si une mutuelle assure la prise en charge du ticket modérateur.

---

<sup>1</sup> Article R1112-66 du CSP

<sup>2</sup> Article R1112-62 du CSP

- Le forfait journalier: il peut être pris en charge, sous certaine condition, par la caisse d'assurance maladie ou la mutuelle du patient. Le forfait journalier, non pris en charge par la sécurité sociale, est laissé à la charge de tous les malades hospitalisés (loi 83-25 du 19/01/1983). Le tarif de ce forfait évolue chaque année. Le règlement partiel du forfait journalier est demandé tous les 15 jours en cas d'hospitalisation de longue durée. Pour un séjour de durée inférieure, il sera demandé le jour de votre sortie.

Dans certains cas, la prise en charge est assurée par la collectivité au titre de la solidarité nationale :

- Pour un séjour en Maternité (12 jours maximum pour un accouchement et 20 jours pour un accouchement par césarienne) ;
- Pour un séjour en gynécologie s'il s'agit du suivi d'une grossesse dans les 4 derniers mois ;
- Pour l'hospitalisation d'un nouveau-né dans les 30 premiers jours de vie ;
- Pour un enfant handicapé reconnu par la Commission Départementale d'Éducation Spéciale ;
- Pour un séjour reconnu en accident du travail ;
- Pour les bénéficiaires de l'Article L 115 (victimes de guerre) ;
- Pour les bénéficiaires de l'aide médicale.

#### **Fiche 2.4.1.11. Questionnaire de sortie<sup>1</sup>**

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire. Le Directeur communique périodiquement au Conseil de surveillance, à la CME et au CTE les résultats de l'exploitation de ces documents. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par le Directeur de l'ARS de Picardie.

---

<sup>1</sup> Art R.1112-67 du CSP

## Sous-section 2 - Décès

### Fiche 2.4.2.1. Fin de vie<sup>1</sup>

#### a) Unités d'hospitalisation

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. Le patient en fin de vie est transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

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

A cette fin, les associations organisant l'intervention des bénévoles dans le Centre Hospitalier doivent conclure, avec le Directeur, une convention conforme à une convention type, définie par décret en Conseil d'Etat.

#### b) Unités d'hébergement de longue durée

##### ▪ Avant le décès

Le médecin ou le cadre de santé de l'unité contacte la famille et/ou l'entourage afin de les rencontrer. Lors de cette entrevue, le médecin informe la famille et/ou l'entourage de l'évolution de l'état de santé du résidant. La prise en soins aura pour objectif de maîtriser les souffrances physiques, morales et spirituelles. La fiche recueil des volontés est consultée et les directives anticipées exprimées par le résidant sont respectées.

L'accompagnement jusqu'à la mort est assuré par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. La famille du résidant est également accompagnée et peut prendre toute sa place dans cette phase. A la demande de la famille ou de l'équipe soignante, l'équipe mobile de soins palliatifs intervient. En fonction des contraintes architecturales, l'équipe soignante propose aux familles de rester auprès de leurs parents. L'intervention des ministres du culte se fait sur demande du résidant et/ou de sa famille.

L'équipe pluridisciplinaire veille à dispenser des soins dans l'objectif d'un confort maximal et d'un soulagement optimal des douleurs.

##### ▪ Au moment du décès

Si la famille est absente au moment du décès, le médecin ou l'infirmière ou le cadre de santé de l'unité prévient la famille et/ou l'entourage et les informe que le corps du défunt est visible dans le service pendant deux heures, puis est transféré à la chambre mortuaire du Centre Hospitalier. Des soins sont réalisés par l'équipe soignante au sein de l'unité.

Dès son arrivée, la famille est prise en charge par l'infirmière ou le cadre de l'unité qui l'accompagne, si elle le souhaite, auprès de son parent.

### Fiche 2.4.2.2. Constatation du décès

Le décès est constaté par un médecin thésé. Le médecin établit un certificat de décès précisant la ou les causes du décès, lequel est transmis au Bureau des entrées. Les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au bureau des entrées. Copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le Directeur, prévenu par le médecin chef du service ou par le cadre infirmier ou par toute autre personne, avise l'autorité judiciaire.

<sup>1</sup> Article R1112-68 à 69, Article R1112-63 et Article L1110-11 du CSP

### Fiche 2.4.2.3. Règles d'information et formalités liées au décès

#### a) Notification<sup>1</sup>

La notification du décès est faite pour :

- Au consulat le plus proche pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France;
- A l'autorité militaire compétente pour les militaires ;
- Au Président du Conseil général pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance ;
- Au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.

#### b) Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lorsque le décès est constaté, l'équipe soignante procède à la toilette mortuaire, selon le souhait de la famille, et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions requises, puis dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs qu'il possédait. Cet inventaire est dressé obligatoirement par deux agents, qui remplissent et signent le formulaire prévu à cet effet.

#### c) Dévolution des biens des hospitalisés décédés

Hors les cas des militaires et des marins, les effets mobiliers des personnes décédées traitées gratuitement appartiennent à l'établissement à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence. Les héritiers et légataires des personnes dont le traitement et l'entretien ont été acquittés de quelque manière que ce soit peuvent exercer leurs droits sur tous les effets apportés dans l'établissement par les dites personnes malades ou valides ; dans le cas de déshérence, les mêmes effets appartiennent à l'établissement.

Les espèces, valeurs, bijoux, moyens de paiement et pièces d'identité sont remis à la Trésorerie hospitalière de l'établissement qui les restitue aux ayants droit sur production d'un certificat de décès, d'un certificat d'hérédité délivré par la mairie sur présentation du livret de famille et d'une pièce d'identité. Cette procédure peut être simplifiée lorsqu'il s'agit de respecter la volonté de la famille ou du défunt lui-même d'une inhumation ou d'une incinération avec des bijoux ou des objets particuliers. Les vêtements et objets divers sont remis à l'entourage du défunt contre signature d'une feuille d'inventaire. Ils sont détruits si personne ne les réclame dans un délai de deux mois.

Sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessus, les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente. Le service des domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du Centre Hospitalier. Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés, en qualité de dépositaire, par l'établissement pendant une durée de cinq ans après la sortie ou le décès de l'intéressé. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la cession par le service des domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

Ces dispositions sont portées à la connaissance de la personne admise ou hébergée, ou de son représentant légal, au plus tard le jour de sa sortie ou, en cas de décès, à celle de ses héritiers, s'ils sont connus, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement au service des domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

#### d) Mesures de police sanitaire

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets 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. Un certificat médical, placé dans le dossier du patient, atteste de cette nécessité<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Art R.1112-69 du CSP

<sup>2</sup> Article R1112-74 du CSP

#### **Fiche 2.4.2.4. Don du corps**

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche. L'exemplaire de la déclaration détenu par le défunt est remis à l'officier d'état civil lors de la déclaration de décès. Après le décès, le transport du corps est autorisé par le maire de la commune du lieu de décès. L'autorisation est accordée sur production d'un extrait du certificat médical attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et n'est pas causé par l'une des maladies contagieuses définies par un arrêté du ministère de la santé. Les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès. L'établissement assure à ses frais l'inhumation ou la crémation du corps.

#### **Fiche 2.4.2.5. Opérations funéraires**

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit transféré à la chambre mortuaire de l'établissement.

Pour permettre le recueillement de l'entourage du défunt, le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire de l'établissement. L'entourage peut demander la présentation du corps pendant les heures d'ouverture de la chambre mortuaire. Cette présentation est faite dans une salle spécialement aménagée à cet effet. Les règles de fonctionnement de la chambre mortuaire sont définies dans son règlement intérieur

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix.

Lorsque, dans un délai de dix jours, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement peut faire procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.<sup>1</sup>

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord de l'Autorité Judiciaire. Le Procureur de la République a autorité pour ordonner une nécropsie par un médecin légiste préalablement à cette restitution, s'il le juge nécessaire.

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.

#### **Fiche 2.4.2.6. Transport du défunt**

##### **a) Transport sans mise en bière en chambre funéraire**

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu du décès doivent intervenir dans un délai de 24 heures à compter du décès. Ce délai est porté à 48 heures si le corps a fait l'objet de soins de conservation.

Le transport et l'admission ont lieu sur la demande écrite d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile (parents, proches, enfants, concubin...). En outre, le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un certificat médical établi par le Chef de service, ou par son représentant, et constatant que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des maladies contagieuses prévues dans l'arrêté ministériel du 17 novembre 1986 visé à l'article R363-6 du Code des communes.

Le transport du corps doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente. Il doit être effectué par une entreprise ou une association agréée par le préfet du département et assurant le service des pompes funèbres.

##### **b) Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille**

Le transport doit être autorisé par le maire de la commune du lieu de décès. Ce transport doit intervenir dans un délai de 24 heures à compter du décès. Ce délai peut être porté à 48 heures si le corps a subi des soins de conservation. L'autorisation est subordonnée à :

---

<sup>1</sup> Article R1112-76 du CSP.

- A la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- A la reconnaissance préalable du corps par ladite personne ;
- A l'accord écrit du Chef du service où a eu lieu le décès, ou de son représentant ;
- A l'accord écrit du Directeur du Centre Hospitalier ;
- A l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.
- Au vu du certificat de décès dûment complété
- Avec l'autorisation du Maire de la commune du lieu de dépôt du corps
- L'intervention sur place de l'officier de police judiciaire en vue d'attester de la régularité de l'opération pour les sorties du territoire de la commune

Le médecin chef du service où a eu lieu le décès peut s'opposer à ce transport s'il estime que le décès soulève un problème médico-légal ; l'état du corps ne permet pas un tel transport ; le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses prévues par l'arrêté ministériel du 17 novembre 1986 visé à l'article R363-6 du Code des communes, qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate ; l'état du corps ne permet pas un tel transport. Le médecin avertit alors sans délai et par écrit la famille et le Directeur du Centre Hospitalier de son opposition.

Le départ ne peut avoir lieu qu'après l'apposition par un officier de police, sur le corps, d'un bracelet d'identification. Sauf dérogation dûment justifiée, ce départ a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier.

Lorsque la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps est transporté, avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière commune.

La famille choisit librement la société qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière. Les listes officielles des transporteurs habilités sont mises à sa disposition à l'accueil de la chambre mortuaire.

Le transport des corps d'enfant s'effectue conformément à la réglementation en vigueur.

### **c) Mise en bière et transport après mise en bière**

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du malade décédé est mis en bière. Si le malade décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, il est procédé au préalable à sa récupération sous contrôle médical.

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat du médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement de ces formalités et de celles prévues par les articles 78 et suivants du Code civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente et ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréés, que la famille choisit librement et mentionne sur un formulaire spécifique.

# Chapitre 3 - Dispositions relatives au personnel

## Section 1 - Droits et garanties du personnel

### Sous-section 1 - Droits du personnel en tant que citoyen

#### Fiche 3.1.1.1. Liberté d'opinion

La liberté d'opinion est garantie au personnel dans le cadre des lois et règlements et des règles statutaires.

#### Fiche 3.1.1.2. Liberté d'expression

La liberté d'expression est garantie au personnel, dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion qui lui incombe.

#### Fiche 3.1.1.3. Égalité de traitement

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

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

#### Fiche 3.1.1.4. Protection contre le Harcèlement moral ou sexuel

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

Aucun membre du personnel ne doit subir les agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers.

## **Sous-section 2 - Droits sociaux du personnel**

### **Fiche 3.1.2.1. Droit syndical**

Le droit syndical est garanti au personnel du Centre Hospitalier qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Les représentants syndicaux du Centre Hospitalier, les élus aux différentes commissions locales ou centrales, les agents désignés par les syndicats bénéficient dans le cadre de l'exercice de leur fonction d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable.

Il appartient au Directeur du Centre Hospitalier de garantir l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis de l'utilisateur.

### **Fiche 3.1.2.2. Droit de grève**

Les personnels de l'établissement exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent et des dispositions spécifiques à la continuité du service public hospitalier et notamment des dispositifs d'assignation arrêtés après avis du CTE et de la CME.

### **Fiche 3.1.2.3. Droit à la protection**

Les personnels de l'établissement bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par le Centre Hospitalier, dans la mesure où aucune faute détachable du service n'est imputable à l'agent.

Le Centre Hospitalier protège les membres du personnel de l'établissement contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et prend les mesures permettant de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en aurait résulté.

### **Fiche 3.1.2.4. Droit à rémunération et à protection sociale**

Les personnels de l'établissement ont droit, après service fait, à la rémunération et aux indemnités prévues par la réglementation en vigueur.

Ils bénéficient des dispositifs de protection sociale notant au titre de leurs congés de maladie, maternité et d'accidents du travail prévu au titre IV du statut général de la Fonction Publique.

### **Fiche 3.1.2.5. Droit à la formation**

Les personnels de l'établissement bénéficient du droit à la formation professionnelle continue dans le cadre des textes qui leur sont applicables au titre de la formation tout au long de la vie.

### **Fiche 3.1.2.6. Accompagnement des personnels lors d'une convocation**

Les personnels de l'établissement convoqués par un supérieur hiérarchique, peuvent se faire accompagner par la personne de leur choix, agent de l'établissement. Ils doivent en informer au préalable le supérieur hiérarchique à l'origine de la convocation.

## Section 2 - Devoirs et obligations du personnel

### Sous-section 1 - Obligations à l'égard des usagers

#### Fiche 3.2.1.1. Devoir d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles du secret professionnel et de leur obligation de discrétion et de réserve.

#### Fiche 3.2.1.2. Secret professionnel<sup>1</sup>

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tous. Il est protégé par l'article 226-13 du code pénal. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
- la déclaration des maladies vénériennes ;
- le certificat d'accident du travail ;
- le certificat de maladie professionnelle ;
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
- la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge ;
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les malades toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

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

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

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

#### Fiche 3.2.1.3. Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Les personnels du Centre Hospitalier sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse du Directeur.

---

<sup>1</sup> Article. 226-13 du code pénal

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

Le fait pour un agent public de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations

#### **Fiche 3.2.1.4. Respect de la liberté de conscience et d'opinion**

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 sur leurs familles, qui doivent être tenus à l'écart des mouvements à caractère syndical du personnel susceptibles d'apparaître dans le Centre Hospitalier.

#### **Fiche 3.2.1.5. Accueil et respect du libre choix des familles**

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, des opérateurs funéraires, etc.

## **Sous-section 2 - Obligations à l'égard de l'établissement**

### **Fiche 3.2.2.1. Assiduité et ponctualité**

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein du Centre Hospitalier de Beauvais avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

### **Fiche 3.2.2.2. Exécution des instructions reçues**

Tout agent du Centre Hospitalier de Beauvais, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné serait manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

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

### **Fiche 3.2.2.3. Obligation de désintéressement**

Les membres du personnel du Centre Hospitalier de Beauvais ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, dans une entreprise en relation avec le Centre Hospitalier, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance.

### **Fiche 3.2.2.4. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative**

Les personnels du Centre Hospitalier sont tenus de se consacrer en totalité à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction générale que dans les conditions prévues par la réglementation.

Tout membre du personnel qui exercerait illégalement une autre activité professionnelle, notamment dans le secteur de la santé, exposerait directement sa responsabilité personnelle en cas de dommage subi ou provoqué, sans préjudice des conséquences administratives (sanctions disciplinaires, recouvrement des sommes perçues à tort...) et pénales (sanctions pénales, amendes, réparations... de cette situation).

### **Fiche 3.2.2.5. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces**

Il est interdit aux personnels du Centre Hospitalier de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés, en application de la loi n°83-121 du 27 janvier 1993.

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

### **Fiche 3.2.2.6. Obligation de déposer argent, valeurs confiés par les malades ou trouvés**

Aucun agent du Centre Hospitalier ne doit conserver des dépôts d'argent, des objets, documents ou valeurs confiés par des malades. Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du service des admissions du Centre Hospitalier qui dispose d'un coffre. En dehors des heures d'ouverture du service des admissions, ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés auprès du cadre de nuit ou de l'administrateur de garde qui les dépose dans le coffre de la direction.

Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein du Centre Hospitalier de Beauvais doit être directement remis au service des admissions, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution, ou bien auprès du cadre de nuit ou de l'administrateur de garde

#### **Fiche 3.2.2.7. Information du supérieur hiérarchique**

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

#### **Fiche 3.2.2.8. Témoignage en justice**

Tout agent du Centre Hospitalier, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le Directeur et, à l'issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, l'en informer.

#### **Fiche 3.2.2.9. Bon usage des biens du Centre Hospitalier**

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le Centre Hospitalier. Un agent ne doit pas utiliser les équipements ou les fournitures du Centre Hospitalier à des fins personnelles.

Le Centre Hospitalier peut être amené à exiger un remboursement au(x) responsable(s), en cas de négligence ou de dégradations volontaires, sans préjudice des actions éventuelles par voie disciplinaire ou judiciaire.

#### **Fiche 3.2.2.10. Respect des règles d'hygiène et de sécurité**

Tous les agents du Centre Hospitalier doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Toute situation qui mettrait en cause la sécurité des biens et des personnes doit être signalée.

Seuls les personnels du SMUR sont autorisés à se rendre au restaurant du personnel en tenue de travail sous réserve que leur tenue soit recouverte d'une surblouse de protection réservée à cet usage.

Les agents doivent porter les tenues de travail et de protection prescrits à titre individuel ou collectif. La tenue vestimentaire doit être en adéquation avec les règles d'hygiène et de sécurité. Pour ces raisons le Centre Hospitalier de Beauvais pourra demander à tout agent le retrait de tout bijou, piercing, boucles, objet décoratif pendant ses heures de travail. Les tenues professionnelles sont entretenues par le Centre de Traitement Textile Hospitalier (CTTH). Les effets personnels de type vêtements à manches longues, gilets, couvres chefs, bonnets, calots, foulards sont interdits car ils ne sont pas traités par le CTTH et par conséquent ne respectent pas les règles d'hygiène hospitalière.

La tenue spécifique de certains secteurs (ex : bloc, stérilisation...) ne doit pas être portée en dehors de ces unités.

L'accès au restaurant du personnel en tenue de travail est interdit. Il est interdit d'introduire des aliments dans les zones non expressément prévues à cet effet.

Les personnels doivent respecter strictement l'interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des zones de travail, hors les locaux spécialement aménagés pour cet usage. De même, il est interdit d'introduire dans l'établissement des boissons alcoolisées sur les lieux de travail.

L'utilisation de matériel personnel non nécessaire à l'accomplissement des tâches est interdite, sauf autorisation formelle donnée par l'encadrement. En cas de non respect de cette règle l'établissement ne saurait en aucun cas être tenu pour responsable des dégradations de celui-ci.

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, l'accès à certains locaux du Centre Hospitalier peut être limité ponctuellement ou durablement, ou être réservé à certains personnels habilités. Les personnels non habilités doivent utiliser les moyens de communication disposés à l'entrée de ces locaux (interphones, téléphones...) ou s'adresser au cadre du service ou au service de sécurité.

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

#### **Fiche 3.2.2.11. Exigence d'une tenue correcte**

La tenue est un élément du respect dû aux malades. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel en toute circonstance. La familiarité à l'égard des malades est proscrite. Cette règle concerne notamment l'hygiène personnelle et corporelle, la coiffure, l'habillement.

#### **Fiche 3.2.2.12. Identification des personnels**

Afin de permettre aux patients et à leurs familles de reconnaître, le personnel du Centre Hospitalier une identification a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte et au moyen de badges pour les autres. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification établi dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier et de meilleure sécurité de tous.

**Section 3 - Organisation du temps de travail****Fiche 3.3.1. Horaires de travail**

Le temps de travail du personnel est organisé en fonction des règles statutaires en vigueur et des dispositions du protocole d'accord local du 23 janvier 2002 modifié.

**Fiche 3.3.2. La gestion des temps de présence**

Un planning mensuel prévisionnel est élaboré par le cadre de chaque service. Il fait l'objet d'un affichage au minimum 15 jours avant le début de la période planifiée dans un endroit accessible à toute l'équipe.

Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi, et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

**Fiche 3.3.3. Congés et absences**

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein du Centre Hospitalier de Beauvais avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Les divers congés sont fixés conformément à la réglementation en vigueur. Les droits à congé sont calculés au prorata de la quotité de travail de chaque agent.

Toute absence n'entrant pas dans le cadre de la réglementation est considérée comme absence irrégulière et non rémunérée, sans préjudice des éventuelles sanctions applicables.

Quel qu'en soit le motif, tout retard ou absence doit être signalé dès que possible au cadre du service. Toute absence pour maladie ordinaire, enfants malades, accident doit être signalée dans les 48h au maximum, par l'envoi d'un certificat médical à la Direction des Ressources humaines.

## Chapitre 4 - Approbation et Modification

---

### Fiche 4.1. Approbation du règlement intérieur

Conformément à l'article L 6143-7-13 du Code de la Santé Publique, le Directeur arrête le règlement intérieur général du Centre Hospitalier de Beauvais après concertation avec le Directoire et avis du Conseil de Surveillance, de la CME et du CTE. La CSIRMT est tenue informée des dispositions prévues par le règlement intérieur général de l'établissement.

### Fiche 4.2. Modification du règlement intérieur

Les modifications apportées au règlement intérieur de l'établissement sont adoptées selon la même procédure. Le présent règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour régulière, si des textes nouveaux, le modifiant au fond, étaient publiés.

### Fiche 4.3. Application du règlement intérieur

Conformément au Code de la Santé Publique, l'application du règlement intérieur relève de la compétence du Directeur du Centre Hospitalier.

A cet effet, le règlement intérieur est accessible à toute personne qui en fait la demande. Il est également transmis au Directeur Général de l'ARS Picardie.

Le présent règlement intérieur général est exécutoire dès sa réception par le Directeur Général de l'ARS de Picardie.

# Glossaire

---

<b>SIGLE</b>	<b>DEFINITION</b>
<b>AFFSAPS</b>	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ATL</b>	Administratif, Technique et Logistique
<b>CA</b>	Conseil d'Administration
<b>CAMSP</b>	Centre d'Actions Médico-Sociales Précoces
<b>CAPL</b>	Commissions Administratives Paritaires Locales
<b>CE</b>	Conseil exécutif
<b>CET</b>	Compte Epargne Temps
<b>CGOS</b>	Comité de Gestion des Œuvres Sociales
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>CLIN</b>	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
<b>CLUD</b>	Comité de Lutte contre la Douleur
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>COMEDIMS</b>	Comité du MÉdicament et des DIspositifs Médicaux Stériles
<b>CNG</b>	Centre National de Gestion
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CRUPC</b>	Commission de Relation avec les Usagers de Qualité de la Prise en Charge
<b>CSIRMT</b>	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>CTE</b>	Comité Technique d'Etablissement
<b>DSI</b>	Directeur des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-technique
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EMSP</b>	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
<b>EPP</b>	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<b>EPRD</b>	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
<b>ETS</b>	Etablissement de Transfusion Sanguine
<b>GIE</b>	Groupement d'Intérêt Economique
<b>HPST (loi)</b>	Hôpital Patients Santé et Territoires
<b>IFSI</b>	Institution de Formation en Soins Infirmiers
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>JALMAV</b>	Jusqu'A La Mort Accompagner La Vie
<b>NRBC</b>	Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins
<b>PUI</b>	Pharmacie à Usage Intérieur
<b>RTT</b>	Réduction du Temps de Travail
<b>SIB</b>	Syndicat Interhospitalier du Beauvaisis
<b>SIM</b>	Service d'Information Médicale
<b>SROS</b>	Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire
<b>SSI</b>	Sécurité des Systèmes d'Informations
<b>TTE</b>	Temps de Travail Effectif
<b>UCSA</b>	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
<b>VMEH</b>	Visite aux Malades dans les Etablissements Hospitaliers
<b>VSL</b>	Véhicule Sanitaire Léger