Coopération hospitalière
Nord Alsace

Centre hospitalier départemental
de Bischwiller

REGLEMENT INTERIEUR

Centre hospitalier départemental de Bischwiller



REFERENCES JURIDIQUES

Code de la santé publique : Articles L.6143-1 (avis du Conseil de surveillance) ; L. 6143-7,13° (Rôle du Directeur) ; R.1112-77 ; R.1112-78 (dispositions relatives au RI).

Article R.1112-77 :
« Le règlement intérieur de l'établissement prévu au 13° de l'article L. 6143-1 peut préciser les modalités d'application de la présente section. Il peut comporter également les mentions énoncées dans l'arrêté prévu par l'article L. 1112-2 ».

Article R.1112-78
« Le règlement intérieur de l'établissement ainsi que les dispositions des chapitres II et III du présent titre sont communiqués à toute personne qui en formule la demande ».

ARRETE RELATIF A LA MISE EN ŒUVRE DU REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE BISCHWILLER

Le Directeur du Centre hospitalier départemental de Bischwiller,

Vu l'article L. 6143-7,13° du Code de la santé publique codifiant la mise en œuvre du règlement intérieur des établissements de santé,
Après avis du Conseil de surveillance du Centre hospitalier départemental de Bischwiller du 29 octobre 2026,
Après concertation du Directoire du Centre hospitalier départemental de Bischwiller le 15 octobre 2026,
Après consultation de la Commission médicale d'établissement le 15 octobre 2026,
Après consultation du Comité social d'établissement le 15 octobre 2026,
Après information de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques le 9 octobre 2026,

ARRETE
Le Règlement intérieur du Centre hospitalier départemental de Bischwiller.

Fait à Bischwiller, le 30 octobre 2026.

PREAMBULE

Le Centre hospitalier départemental de Bischwiller assure, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité, des missions de service public hospitalier définies par l'article L. 6111-1 et l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique.

Pour l'exécution de ces missions, il dispense, en fonction de leur état de santé :

- des **soins de courte durée** dans le cadre de courts séjours pour la prise en charge d'affections graves ou d'affections médicales chroniques décompensées dans leurs phases aiguës,
- des **soins médicaux et de réadaptation** dans le cadre de moyens séjours qui ont pour objet la rééducation ou la réadaptation de patients qui connaissent des déficiences ou des limitations de capacité et la promotion de leur réinsertion,
- des **soins de longue durée** dans le cadre d'un hébergement qui ont pour objet de prendre en charge des personnes en perte d'autonomie durable et dont l'état de santé nécessite une surveillance.

La prise en charge des patients âgés se fait également par la gestion de **structures d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)** et au sein **d'unités de vie protégée (UVP)** pour les patients souffrant de troubles neurocognitifs sévères avec troubles du comportement.

Il accueille également **des personnes handicapées au sein de Foyers d'accueil médicalisés (FAM) et de Foyers d'accueil spécialisés (FAS)**.

Le Centre hospitalier départemental de Bischwiller est membre du Groupement Hospitalier de territoire (GHT) « Basse-Alsace Sud-Moselle ».

Depuis le 1er juillet 2019, la coopération entre le Centre hospitalier de Haguenau (CHH), le Centre hospitalier intercommunal de la Lauter de Wissembourg (CHIL) et le Centre hospitalier départemental de Bischwiller (CHDB) a pris la forme d'une Direction commune entre les trois établissements.

Cette Direction commune a pour objectifs :

- De renforcer la qualité des coopérations existantes, de conserver la proximité géographique et de poursuivre la recherche de mutualisation des ressources et des projets,
- De définir des coopérations, une gradation et une complémentarité pour répondre aux orientations du Projet Régional de Santé, du PMP (Projet Médical Partagé) du GHT « BASM » et des projets d'établissement,
- De préserver l'autonomie des établissements, leur réactivité managériale, le management de proximité, un processus décisionnel adapté et une capacité d'innovation locale. Le principe de subsidiarité est un élément essentiel pour réussir à renforcer ce partenariat.

Les trois hôpitaux disposent d'une autonomie juridique, administrative et financière ainsi que de l'ensemble de leurs prérogatives et obligations respectives.

Le présent règlement intérieur a pour finalité d'informer les patients, les personnes accueillies dans les structures du CHDB, les personnels ainsi que l'ensemble des usagers – personnes morales extérieures, familles… – sur son fonctionnement et sur l'organisation du séjour. Il englobe ainsi les dispositions relatives à l'organisation administrative et soignante, à la sécurité, à l'hygiène, aux conditions et aux principes que doivent respecter l'ensemble des personnels dans l'exercice de leurs fonctions.
Il garantit le respect des droits des patients mais également des personnes accueillies tels que définis par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Pour ce faire, le Centre hospitalier départemental de Bischwiller informe l'ensemble de ses usagers qu'ils bénéficient, sauf demandes exclues par la règlementation, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement des informations qui les concernent ou encore du droit d'opposition ou de limitation de l'utilisation et du traitement des données à caractère personnel détenues par lui dans le cadre de ses activités et cela en conformité avec la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, et aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Sommaire

PREMIERE PARTIE – DISPOSITIONS GENERALES ____ 8

CHAPITRE 1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE BISCHWILLER ____ 8

SECTION 1. PRESENTATION ____ 8

SECTION 2. VALEURS, MISSIONS ET OBLIGATIONS ____ 10

CHAPITRE 2. L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU CHDB ____ 12

SECTION 1. LES ORGANES DECISIONNAIRES ____ 12

Article 1 : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE ____ 12

Article 2 : LE DIRECTEUR ____ 14

Article 3 : LE DIRECTOIRE ____ 15

SECTION 2. LES INSTANCES CONSULTATIVES ____ 17

Article 4 : LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME) ____ 17

Article 5 : LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT ET LA FORMATION SPECIALISEE EN MATIERE DE SANTE, DE SECURITE ET DE CONDITIONS DE TRAVAIL (CSE et F3SCT) ____ 20

Article 6 : LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES (CSIRMT) ____ 23

Article 7 : LA COMMISSION DES USAGERS (CDU) ____ 25

Article 8 : LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES (CAPL) ____ 27

Article 9 : AUTRES COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL ____ 29

CHAPITRE 3. L'ORGANISATION MEDICALE ET PARAMEDICALE ____ 30

SECTION 1. L'ORGANISATION DES SOINS ____ 30

Article 10 : DEONTOLOGIE MEDICALE ____ 30

Article 11 : REGLES DE PRESCRIPTION ____ 30

Article 12 : PERMANENCE DES SOINS ____ 30

Article 13 : LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE ____ 31

SECTION 2. LE CADRE INSTITUTIONNEL : L'ORGANISATION EN POLES ____ 32

Article 14 : LES POLES D'ACTIVITES CLINIQUES ____ 32

SECTION 3 : LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR ____ 34

Article 15 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES CONCERNANT LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR ____ 34

SECTION 4 : LES DISPOSITIFS DE SECURITE SANITAIRE ____ 34

Article 16 : LES DISPOSITIFS DE SECURITE SANITAIRE ____ 34

CHAPITRE 4. ORGANISATION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES. ____ 35

SECTION 1. GOUVERNANCE ____ 35

Article 17 : LE PILOTAGE STRATEGIQUE DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES ____ 35

Article 18 : LES INSTANCES DE PILOTAGE ____ 35

SECTION 2. COORDINATION ET ANIMATION ____ 36

Article 19 : LA DIRECTION QUALITE ET GESTION DES RISQUES ____ 36

Article 20 : LE COORDONNATEUR DE LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS ____ 36

Article 21 : LE RESPONSABLE DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ____ 37

SECTION 3. MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE ____ 37

SECTION 4. GESTION DE CRISE ET PLAN BLANC ____ 39

Article 22 : LA GESTION DE CRISE ET LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN BLANC ____ 39

CHAPITRE 5. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ACCES AUX STRUCTURES DU CHDB ET A LA SECURITE _ 40

SECTION 1. ACCES A L'ETABLISSEMENT ____ 40

Article 23 : ACCES A L'ENCEINTE DU CENTRE HOSPITALIER ____ 40

Article 24 : REGLES D'ACCES SPECIFIQUES RELATIVES AUX FOURNISSEURS ET TRANSPORTEURS ____ 40

Article 25 : LOCAUX RESERVES ____ 41

Article 26 : REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT ____ 41

SECTION 2. REGLES DE SECURITE ET OBLIGATIONS ____ 42

Article 27 : SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS ____ 42

Article 28 : CALME ET TRANQUILLITE AU SEIN DU CHDB ____ 43

Article 29 : INTERDICTIONS D'INJURES, D'ACTES DE VIOLENCES VERBALES ET PHYSIQUES ____ 43

Article 30 : RESPECT DE LA CHARTE DE LA LAÏCITE ____ 43

Sommaire

Article 31 : INTERDICTION DE LA DISSIMULATION DU VISAGE DANS L'ESPACE PUBLIC 44
Article 32 : PREVENTION DE LA RADICALISATION 44
Article 33 : RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE, DU DROIT A L'IMAGE ET REGLES DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOS 44
Article 34 : LUTTE CONTRE LE RISQUE INCENDIE 45
Article 35 : INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER 46
Article 36 : INTERDICTION DE LA DETENTION D'ARMES, D'OBJETS DANGEREUX ET DE PRODUITS ILLICITES 46
Article 37 : PERSONNEL TECHNIQUE ET CONTINUITE DU SERVICE 46
Article 38 : REGLES DE RESPONSABILITE ET PROTECTION DES AGENTS DU CHDB 46
Article 39 : VIDEOPROTECTION 47
Article 40 : RAPPORTS AVEC LES AUTORITES JUDICIAIRES 47
Article 41 : CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES 48
SECTION 3. USAGE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION, DE LA COMMUNICATION ET TRAITEMENT DES DONNEES À CARACTÈRE PERSONNEL 48
Article 42 : REGLEMENTATION APPLICABLE ET SECURITE DU SYTEME D'INFORMATION 48
Article 43 : TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ET EXERCICE DES DROITS 49
Article 44 : COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE 49
DEUXIEME PARTIE – LE PATIENT ET LA PERSONNE ACCUEILLIE AU CHDB 50
CHAPITRE 1. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNES HOSPITALISEES ET AUX PERSONNES ACCUEILLIES 50
SECTION 1. DROITS DE LA PERSONNE HOSPITALISEE ET DE LA PERSONNE ACCUEILLIE 50
Article 45 : PRINCIPES GENERAUX 50
Article 46 : GARANTIE DES DROITS 50
Article 47 : PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE ET PREVENTION DE LA MALTRAITANCE 51
SECTION 2. FORMALITES ADMINISTRATIVES ET MODALITES D'ADMISSION 51
Article 48: MODALITES D'ADMISSION 51
Article 49 : FORMALITES ADMINISTRATIVES AU MOMENT DE L'ADMISSION 52
Article 50 : PERSONNE DE CONFIANCE 52
Article 51 : LIVRET D'ACCUEIL ET AUTRES FORMALITES 53
Article 52 : EFFETS PERSONNELS, DEPOT DE BIENS ET DE VALEUR 53
SECTION 3. REGIME ET FRAIS D'HOSPITALISATION 53
Article 53 : REGIME D'HOSPITALISATION 53
Article 54 : PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION ET DE SEJOUR 54
Article 55 : LES TRANSFERTS DANS UN AUTRE ETABLISSEMENT 55
SECTION 4. DISPOSITIONS RELATIVES AUX MAJEURS PROTEGES 55
Article 56 : ADMISSION DE MAJEURS FAISANT L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION 55
Article 57 : PRISE EN CHARGE DES MESURES DE PROTECTION 55
SECTION 5. CONSULTATIONS PAR DES MEDECINS INTERVENANTS 56
Article 58 : ORGANISATION DES CONSULTATIONS PAR DES MEDECINS SPECIALISTES 56
SECTION 6. SOINS PARTICULIERS 56
Article 59 : UTILISATION DU SANG 56
Article 60 : PRELEVEMENTS ET DONS D'ORGANE 56
Article 61 : PRELEVEMENT DE TISSUS 57
Article 62 : PARTICIPATION A DES RECHERCHES CLINIQUES OU BIOMEDICALES 58
Article 63 : AUTOPSIE A VISEE SCIENTIFIQUE 58
CHAPITRE 2. INFORMATIONS MEDICALES, DOSSIER MEDICAL ET CONSENTEMENT AUX SOINS 59
SECTION 1. INFORMATIONS MEDICALES 59
Article 64 : INFORMATION DU PATIENT 59
Article 65 : REGLES DE CONFIDENTIALITE 59
SECTION 2. DOSSIER MEDICAL ET DROIT D'ACCES 60
Article 66 : DOSSIER MEDICAL DU PATIENT 60

Sommaire

Article 67 : DROIT D'ACCES, CONSULTATION ET COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL 60
Article 68 : ARCHIVAGE ET DESTRUCTION 61
SECTION 3. CONSENTEMENT AUX SOINS 61
Article 69 : CONSENTEMENT DE LA PERSONNE 61
Article 70 : REFUS DE SOINS 62
Article 71 : RELATION AVEC LA FAMILLE 63
Article 72 : RELATION AVEC LES MEDECINS TRAITANTS 63
Article 73 : DISCRETION DEMANDEE PAR L'USAGER 63
SECTION 4. AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES AU SEJOUR DES PERSONNES HOSPITALISEES 63
Article 74 : SERVICES DES REPAS ET DETERMINATION DES MENUS 63
Article 75 : AUTRES SERVICES MIS A DISPOSITION DES USAGERS 64
Article 76 : EXERCICE DU DROIT DE VISITE, RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS ET REGLES DE VIE EN COLLECTIVITE 65
Article 77 : INTERDICTION DE DESORDRES ET PERTURBATIONS PAR LES USAGERS 66
Article 78 : DEVOIR DE PRESERVATION DU BON ETAT DES LOCAUX ET DES MATERIELS DE L'ETABLISSEMENT 67
Article 79 : ASSOCIATIONS 67
SECTION 5. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS EN FIN DE VIE 67
Article 80 : DIRECTIVES ANTICIPEES 67
Article 81 : SOULAGEMENT DE LA DOULEUR 67
SECTION 6. DISPOSITIONS RELATIVES AUX SORTIES DES PATIENTS 68
Article 82 : AUTORISATION DE SORTIE TEMPORAIRE 68
Article 83 : FORMALITES DE SORTIE DEFINITIVE 68
Article 84 : QUESTIONNAIRE DE SORTIE 69
Article 85 : TRANSPORT EN AMBULANCE 69
SECTION 7. DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES 69
Article 86 : FORMALITES ENTOURANT LE DECES 69
Article 87 : GESTION DES EFFETS PERSONNELS DU PATIENT 70
Article 88 : ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES – LIBRE CHOIX DES OPERATEURS 70
Article 89 : TRANSPORT DE CORPS A RESIDENCE SANS MISE EN BIERE 70
CHAPITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESIDENTS DES EHPAD, DE LA PUV, DES USLD ET DU POLE « ACCOMPAGNEMENT HANDICAPS », AUX USAGERS DE L'ACCUEIL DE JOUR ET DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE 71
Article 90 : AUTRES PRECISIONS RELATIVES AUX PERSONNES ACCUEILLIES 71
CHAPITRE 4. DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIVITES DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX AU SEIN DU CHDB 71
Article 91 : INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX 71
TROISIEME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS ET DISPOSITIONS DIVERSES 73
CHAPITRE 1. PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DU PATIENT ET DE LA PERSONNE ACCUEILLIE 73
SECTION 1. OBLIGATIONS DES PROFESSIONNELS 73
Article 92 : INFORMATION AUX USAGERS 73
Article 93 : SECRET PROFESSIONNEL 73
Article 94 : OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE 74
Article 95 : OBLIGATION DE RESERVE, PRINCIPE DE NEUTRALITE ET LAÏCITÉ 75
Article 96 : OBLIGATION D'ASSURER LE CONFORT DE L'USAGER ET LE RESPECT DE SA DIGNITE 76
Article 97 : IDENTIFICATION VIS-A-VIS DES INTERLOCUTEURS 76
Article 98 : RESPECT DU LIBRE CHOIX DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE 76
Article 99 : TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES ET ACCES AUX LOCAUX PAR LES AGENTS 76
SECTION 2. PRINCIPES D'EXERCICE PROFESSIONNEL 77

Sommaire

Article 100 : RESPECT DES STATUTS 77
Article 101 : PRESERVATION DE L'INDEPENDANCE DES AGENTS 77
Article 102 : INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE LUCRATIVE 77
Article 103 : EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES 77
Article 104 : SERVICE MINIMUM ET MODALITES D'ASSIGNATION EN CAS DE GREVE 78
Article 105 : ASSIDUITE ET PONCTUALITE 78
Article 106 : INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE 78
Article 107 : OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS OU RISQUES 78
Article 108 : TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUPRES DE LA POLICE OU DE LA GENDARMERIE 79
Article 109 : VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES ENTRE PROFESSIONNELS ET ETUDIANTS 79
Article 110 : DEVOIR DE PRESERVATION DU BON ETAT DES LOCAUX ET DES MATERIELS DE L'ETABLISSEMENT 79
CHAPITRE 2. DROITS DU PERSONNEL 79
Article 111 : LIBERTE D'OPINION ET NON-DISCRIMINATION 79
Article 112 : LIBERTE D'EXPRESSION 79
Article 113 : PROTECTION CONTRE LES FAITS DE HARCELEMENTS SEXUEL OU MORAL 80
Article 114 : DROIT A LA REMUNERATION 81
Article 115 : LIBERTE SYNDICALE 81
Article 116 : LANCEUR D'ALERTE 81
Article 117 : DROIT D'ACCES A SON DOSSIER ADMINISTRATIF 81
Article 118 : DROIT A LA FORMATION 82
Article 119 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ELEVES DE L'INSTITUT DE FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS 82
QUATRIEME PARTIE – DISPOSITIONS DIVERSES 83
Article 115 : APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR DU CHDB 83
Article 116 : MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR 83
Article 117 : MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR 83

PREMIERE PARTIE – DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE 1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE BISCHWILLER

SECTION 1. PRESENTATION

Le Centre hospitalier départemental de Bischwiller est un établissement public de santé régi par le Code de la santé publique en ce qui concerne ses activités médicales et par le Code de l'action sociale et des familles pour ses missions sanitaires et médico-sociales.

Son siège se situe au 17 route de Strasbourg - BP 90 007 - 67241 Bischwiller Cedex - Téléphone : 03.88.80.22.22.

■ Historique

Dès le XVIII^{ème} siècle, la ville de Bischwiller s'est distinguée par sa vocation sociale à travers des élans de charité et de fraternité. C'est dans ce contexte d'entraide et malgré un climat économique défavorable que la ville a choisi de construire une institution pouvant accueillir des personnes âgées ou souffrant de handicaps moteurs et mentaux.
Inaugurée le 3 avril 1888, la structure a vécu une succession d'évènements liés à l'histoire de la région.

Si l'hébergement fut tout d'abord limité à deux bâtiments : un pour les hommes (résidence Saint Vincent de Paul) et un pour les femmes (résidence Sainte Louise de Marillac), de nouvelles constructions s'y sont ajoutées au fil des années, permettant une constante humanisation et une diversification des soins.
C'est en 1999 que l'institution acquiert le statut de centre hospitalier et devient progressivement une référence dans la prise en charge gériatrique.

Désormais, le CHDB est constitué d'un ensemble de plusieurs bâtiments pouvant accueillir jusqu'à 918 personnes pour lesquelles travaillent environ 750 professionnels.
En parallèle, le CHDB a su conserver sa tradition d'accueil, de soins et de respect pour les personnes âgées et handicapées.

En sus du pôle « Management et logistique », le Centre hospitalier départemental de Bischwiller compte aujourd'hui trois pôles cliniques :

- le pôle « Médecine et réadaptation »,
- le pôle « Hébergement et soins gériatriques »,
- le pôle « Accompagnement handicaps ».

Le CHDB dispose également d'une pharmacie à usage intérieur qui assure l'approvisionnement en médicaments, dispositifs médicaux stériles et gaz médicaux pour les services d'hospitalisation et d'hébergement des pôles « Médecine et réadaptation » et « Hébergement et soins gériatriques » ainsi que pour les foyers d'accueil médicalisé (FAM) du pôle « Accompagnement handicaps ».

Par ailleurs, un Institut de formation d'aides-soignants (IFAS) est présent sur le site de Bischwiller.
Il propose également d'autres parcours de formation (formation d'assistant de soins en gérontologie, hygiène, bio-nettoyage…). L'IFAS est dirigé par la Directrice des soins, Coordonnatrice générale des soins du CHDB.

Enfin, au sein du bâtiment « La Maison Bleue » sont situés deux logements qui peuvent notamment être loués à des agents après analyse de leurs situations particulières, à des stagiaires de l'établissement ou à des élèves / étudiants d'instituts de la Coopération Hospitalière Nord Alsace, ceci à l'appréciation et selon autorisation du Directeur.

■ DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOINS

■ Filières de soins, d'hébergement et d'accueil

Le Centre hospitalier départemental de Bischwiller est spécialisé dans l'accueil et la prise en soin de personnes âgées de tout niveau de dépendance et de personnes handicapées adultes et vieillissantes.

Il compte 832 lits d'hospitalisation et d'hébergement autorisés et 86 places d'accueil et de prise en soin spécifique, dans l'établissement ou à domicile.
Les services de soins et d'hébergement sont répartis dans plusieurs bâtiments sur le site principal et sur des sites extérieurs à Bischwiller, Herrlisheim et Soufflenheim.

Le pôle « Médecine et Réadaptation », d'une capacité totale **de 106 lits et 12 places**, comprend :

- Le service de court séjour gériatrique de 36 lits,
- Le service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) de 60 lits,
- L'unité de soins palliatifs gériatriques (USPG) de 10 lits et l'équipe mobile de soins gériatriques (EMSPG),
- L'hôpital de jour gériatrique de 12 lits,
- Le plateau technique de radiologie et d'échographie,
- Le plateau technique de rééducation,
- Les consultations externes ORL, Ophtalmologie, Psychiatrie et de Pédicure – Podologue.

Le pôle « Hébergement et soins gériatriques » est composé de cinq EHPAD situés à Bischwiller, à Herrlisheim et à Soufflenheim ainsi que d'une Unité de vie protégée située à Bischwiller.

La capacité totale des EHPAD est de 461 lits dont 60 lits d'Unités de vie protégées.

Ce pôle comprend également :

- Les unités de soins de longue durée (USLD) de 104 lits,
- La petite unité de vie de 14 lits,
- L'hébergement temporaire de 10 places,
- L'accueil de jour de 15 places,
- Le service de soins infirmiers à domicile de 35 places.

Le pôle « Accompagnement handicaps » dispose de 147 lits. Il est composé de :

- Foyer (FAM – FAS) « Le Colibri » de 61 lits,
- Foyer d'accueil spécialisé (FAS) « Les Magnolias » de 60 lits,
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM) « Saint Jean » de 26 lits.

■ DESCRIPTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES

Les services administratifs et techniques sont regroupés au sein du pôle « Management et logistique ». Ce pôle comprend la direction déléguée, l'ensemble des directions administratives et techniques, la direction des soins, le service de santé au travail (SST), l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), le collège de psychologie ainsi que le Service de Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (SMJPM).

SECTION 2. VALEURS, MISSIONS ET OBLIGATIONS

Articles L.6111-1, L.6111-2, L.6112-1, L.6113-2 et L.6113-7 du Code de la Santé Publique (CSP), Articles L. 311-3 à L. 311-12 du Code de l'Action Sociale et des familles.

■ Missions et obligations

En tant qu'établissement public de santé, le Centre hospitalier départemental de Bischwiller garantit l'égal accès de tous aux soins qu'il dispense et est ouvert à toutes les personnes dont l'état requiert ses services.

Il a pour mission :

- d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients et des résidents,
- de délivrer les soins, avec hébergement ou à domicile,
- de participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé, exerçant en secteur libéral et les établissements et services médico-sociaux,
- de participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- de mener une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et 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 à traiter les évènements indésirables liés à l'activité.

Dans le cadre de ses missions de service public, le CHDB a aussi pour charge :

- la permanence des soins,
- la prise en charge de soins palliatifs,
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- la formation initiale et le développement professionnel continu des personnels paramédicaux et des autres personnels dans leurs domaines de compétences,
- les actions de prévention et d'éducation pour la santé,
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes,
- les actions de santé publique.

Il est par ailleurs tenu :

- de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience,
- de procéder à l'analyse de son activité,
- de rendre public les résultats de ces analyses.

■ Projet d'établissement

Le Centre hospitalier départemental de Bischwiller définit ses actions dans le cadre d'un Projet d'établissement quinquennal.

Les grandes orientations stratégiques du CHDB servent de fil conducteur au Projet d'établissement et reposent sur :

- La satisfaction des usagers,
- L'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement sur l'ensemble du CHDB,
- La valorisation de l'expertise et du professionnalisme des équipes du CHDB,

- Le renforcement du positionnement du CHDB comme référent gériatrique sur le territoire de santé,
- La promotion de l'innovation et de l'adaptation.

■ Charte d'engagement pour mieux travailler ensemble

Cette charte, publiée dans « gestion documentaire », regroupe des positionnements et des objectifs que le CHDB souhaite voir adopter par l'ensemble des professionnels afin de créer un environnement de travail sain et stimulant.

Elle se décline en 6 axes :

- Partager des valeurs communes,
- Adopter une attitude relationnelle respectueuse, ouverte et solidaire,
- Participer à une circulation efficace des informations,
- Promouvoir le travail collaboratif,
- Fixer les règles en réunion,
- Pour les managers et les responsables de service, rechercher une posture managériale exemplaire.

■ Respect des droits des usagers

La personne âgée ou handicapée accueillie a droit au respect de ses libertés fondamentales, à savoir :

- Respect de la vie privée, de l'intimité et du maintien des liens familiaux,
- Liberté d'opinion et liberté de culte,
- Droit à l'information, au consentement éclairé et à la confidentialité,
- Droit à la sécurité et droit d'aller et venir librement,
- Droit à une prise en charge et à un accompagnement individualisé de qualité.

L'ensemble des droits des patients et des résidents est rappelé dans trois chartes affichées dans chaque unité de soins et d'hébergement :

- La charte du patient hospitalisé,
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie,
- La charte des personnes âgées dépendantes.

■ Un engagement dans une politique de développement durable

Le développement durable est une composante de la qualité et de la gestion des risques.

Il implique pour le Centre hospitalier départemental de Bischwiller :

- Une responsabilité économique : choix d'investissement, d'organisation des activités et ses conséquences territoriales,
- Une responsabilité sociale vis-à-vis des agents et à l'égard des partenaires et des usagers,
- Une responsabilité environnementale qui prend en compte l'impact des rejets consécutifs aux activités de l'hôpital.

Ces responsabilités s'intègrent dans les processus de décision et de management du CHDB mais également dans les pratiques professionnelles de chaque agent.

Au niveau des services, la démarche de développement durable se traduit notamment par une utilisation responsable des énergies (eau et électricité) et des produits, en évitant le gaspillage ou par le tri adapté des déchets selon les procédures en vigueur au Centre hospitalier départemental de Bischwiller.

Les axes directeurs de cet engagement intègrent les objectifs suivants :

- Lutter contre le changement climatique en réduisant les émissions de gaz à effet de serre,
- Préserver les milieux naturels et la biodiversité en limitant la consommation des ressources,
- Prioriser les transports propres et moins polluants,

- Poursuivre la réflexion pour une réduction de la consommation des énergies et la gestion de la production, du tri et de l'optimisation des filières de déchets,
- Assurer le bien-être et la qualité de vie au travail des professionnels,
- Améliorer les conditions de travail et fidéliser les professionnels.

Un référent développement durable est nommé au sein de la Direction qualité et gestion des risques.
La démarche de développement durable est également menée en étroite collaboration avec les services économiques, logistiques et techniques du CHDB.

CHAPITRE 2. L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU CHDB

SECTION 1. LES ORGANES DECISIONNAIRES

Avant-propos :
La composition, les attributions, l'organisation et le fonctionnement des instances, commissions et comités du CHDB sont décrits dans les règlements intérieurs de chaque instance, commission ou comité.

Article 1 : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Articles L.6143-1, L. 6143-5, L. 6143-6 et R. 6143-1 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP).

Les missions du Conseil de surveillance sont centrées sur les orientations stratégiques et le contrôle de la gestion de l'établissement. Il comprend des représentants des collectivités territoriales, des représentants du personnel, des personnalités qualifiées et des représentants des usagers.

■ Composition

Siègent au Conseil de Surveillance du Centre hospitalier départemental de Bischwiller :

- le Maire de la Ville de Bischwiller,
- le Président de la Communauté d'Agglomération de Haguenau,
- un membre de la Communauté d'Agglomération de Haguenau,
- deux représentants de la Collectivité Européenne d'Alsace,
- un représentant élu parmi les membres de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- deux représentants de la Commission Médicale d'Établissement,
- deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives, compte tenu des résultats aux élections au Comité Social d'Établissement,
- deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,
- trois personnalités qualifiées désignées par le Préfet de Département dont deux représentants des usagers.

La liste nominative des membres du Conseil de surveillance est arrêtée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.
La durée des fonctions des membres du Conseil de surveillance est de cinq ans.

Le Conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de la métropole et les personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'ARS et le représentant de l'Etat dans le département.

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.

Assistent avec voix consultative :

- le Président de la CME, Vice-Président du Directoire,
- le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,
- le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie.

Peuvent également participer aux réunions du Conseil de surveillance, avec voix consultative, le Député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé et un Sénateur élu dans le département où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé, désigné par la Commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat.

■ Compétences

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

- Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2,
- Le compte financier et l'affectation des résultats,
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur,
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de surveillance,
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L.6148-3,
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de surveillance communique au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur et sur la gestion de l'établissement.
A tout moment, le Conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.
Le Conseil de surveillance entend le Directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

■ Fonctionnement

Le Conseil de surveillance se réunit en séances, dont le nombre minimum ne peut être inférieur à quatre par an, sur convocation de son Président ou à la demande du tiers de ses membres.
L'ordre du jour arrêté par le Président doit être adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres. Les séances ne sont pas publiques.

Le Conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que si la majorité plus un au moins des membres en exercice assistent à la séance. Toutefois, lorsque le quorum n'est pas atteint, la délibération prise après la seconde convocation, qui doit avoir lieu à trois jours d'intervalle au moins et à huit jours au plus, est valable quel que soit le nombre de membres présents.
Le secrétariat du Conseil de surveillance est assuré à la diligence du Directeur de l'établissement. Il doit établir un procès-verbal de la séance, le faire adopter lors de la séance suivante et le consigner sur un registre des délibérations.
Ce registre est 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 de délibérations.
Les délibérations sont transmises sans délai au Directeur Général de l'Agence Régional de Santé.

Article 2 : LE DIRECTEUR

Articles L. 6143-7, L. 6143-7-2, D. 6143-33 à D. 6143-35, R. 6145-5 à R. 6145-9 du CSP.

■ Nomination

Le Directeur de l'établissement est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion, sur proposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, après avis du Président du Conseil de surveillance.

■ Attributions

Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations.
Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement qui ne relèvent ni de la compétence du Conseil de surveillance ni de celle du Directoire. Il conduit la politique générale de l'établissement. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Il 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, après avis de la CAP compétente,
- il propose au Directeur Général du CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux et pharmaceutiques sur proposition du chef de pôle et après avis du Président de la CME.

Le Directeur, ordonnateur des dépenses et des recettes, peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits entre tous les titres ou les chapitres, sans que ces virements puissent avoir pour conséquence d'accroître le montant des chapitres comportant des crédits à caractère limitatif.
Ces virements sont portés, sans délai, à la connaissance du comptable public de l'établissement.

Après concertation avec le Directoire, le Directeur :

- Conclut le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens,
- Décide, conjointement avec le Président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement,

- Détermine le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux,
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations,
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de surveillance,
- Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médio-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1,
- Peut proposer au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une forme de coopération,
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans,
- Conclut les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat,
- Soumet au Conseil de surveillance le projet d'établissement,
- Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques,
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement,
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos,
- Présente à l'Agence Régionale de Santé un éventuel plan de redressement,
- Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7,
- Définit, après avis du Président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du Code de la sécurité sociale.

■ **Permanences de Direction**

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le Directeur organise avec les Directeurs adjoints de l'établissement et certains de ses collaborateurs choisis en raison de leurs fonctions, un service de permanence administrative. La permanence de direction intervient du lundi au vendredi de 18h à 8h30 ainsi que les week-ends (de vendredi à 12h au lundi à 8h30) et jours fériés.

Article 3 : LE DIRECTOIRE

Articles L. 6143-7-4, L. 6143-7-5, D. 6143-35-1, D. 6143-35-2, D. 6143-35-4, D. 6143-35-5 du CSP.

■ **Composition**

Le Directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Le Directoire comporte a minima 9 membres dont certains sont membres de droit :

- le Directeur, Président du Directoire,
- le Président de la C.M.E, Vice-Président,

- le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ,
- un membre du personnel non médical nommé et, le cas échéant, révoqué par le Directeur, après information du Conseil de surveillance. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CSIRMT,
- des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés et, le cas échéant, révoqués par le Directeur, après information du Conseil de surveillance ; ces membres sont nommés par le Directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME,
- Le Directeur peut en outre, sur avis conforme du Président de la Commission médicale d'établissement et après consultation du Directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du Directoire.

Le Président du Directoire peut y convier toute personne qu'il estime nécessaire au bon fonctionnement des débats.

La durée du mandat des membres du Directoire, nommés par le Président du Directoire, est de quatre ans.

Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau Directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire.

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

■ **Compétences**

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. Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

■ **Fonctionnement**

Le Directoire est consulté par le Directeur sur un ensemble de thèmes (cf. paragraphe - Attributions du Directeur). Cette concertation se déroule à l'initiative et selon les modalités définies par le Président du Directoire. Le Directoire se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé.

SECTION 2. LES INSTANCES CONSULTATIVES

Article 4 : LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

Articles L. 6144-1 et L. 6144-2, R. 6144-1 à R. 6144-6 (CSP).

■ Composition

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller est composée des membres suivants :

- le président de la Commission,
- l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement (2 sièges),
- des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles (3 sièges),
- des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement (2 sièges),
- des représentants des praticiens contractuels et des assistants et un représentant des attachés ou des personnes exerçant à titre libéral (3 sièges),
- un représentant des internes (1 siège).

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

- le Président du Directoire ou son représentant,
- le Président de la CSIRMT,
- le praticien responsable de l'information médicale,
- le représentant du CSE, élu en son sein,
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
- le correspondant médical de l'ARS.

Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.
Les conditions et modalités de désignation des membres de la CME sont précisées par les articles L.6144-2, R.6144-3 et R. 6144-3-2 du Code de la Santé Publique (issues du décret n°2013-841 du 20 septembre 2013).
La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au Directeur de l'établissement. Les modalités et la procédure relatives sont fixées par le règlement intérieur de la CME.

■ Attributions

La CME élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical, en lien avec le projet médical partagé du GHT. Elle participe à leur mise en œuvre. Elle contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au Directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des usagers.
Aux termes de l'article R. 6144-1 du CSP, la Commission Médicale d'Etablissement est consultée sur :

- Les projets de délibération du Conseil de surveillance,
- Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel,
- Le plan de redressement demandé par le DGARS,

- L'organisation interne de l'établissement ; à ce titre, la Commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement,
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences,
- Le projet médical de l'établissement,
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire,
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement,
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement,
- La politique de formation des étudiants et internes,
- La politique de recrutement des emplois médicaux,
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement,
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales et pharmaceutiques,
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social,
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Elle est informée sur les matières suivantes :

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

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

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement,
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- la prise en charge de la douleur,
- le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical et pharmaceutique,
- elle contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :
    - la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,
    - l'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées,
    - l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs,
    - le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité,
    - l'organisation des parcours de soins.

Enfin, la Commission Médicale d'Etablissement :

- propose au Directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements

indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité.

La Commission des usagers et la CSIRMT contribuent également à l'élaboration de ce programme en élaborant un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.
Ce programme d'actions ainsi que le rapport annuel sont tenus à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé par le Directeur de l'établissement.

■ LE PRÉSIDENT DE LA CME

Le président de la CME :

- coordonne la politique médicale de l'établissement et veille au bon fonctionnement de la Commission,
- est chargé, conjointement avec le Directeur de l'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Etablissement. Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. Il présente au Directoire le programme d'
- proposé au Directeur par la Commission Médicale d'Etablissement,
- élabore avec le Directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.
- Une charte signée par le Directeur et le Président de la CME formalise le cadre de la gouvernance médico-administrative de l'établissement.

■ FONCTIONNEMENT

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit sur convocation de son Président, au moins quatre fois par an. Elle peut également se réunir à la demande d'un tiers de ses membres, du Président du Directoire ou encore du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon fonctionnement des travaux de la Commission peuvent être appelés à intervenir en séance sur invitation du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.
La Commission Médicale d'Établissement établit son règlement intérieur.

■ Comités et groupes de travail rattachés à la CME

La Commission Médicale d'Etablissement met en place des comités et groupes de travail nécessaires à la discussion, à l'analyse et à l'élaboration de ses projets, ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement médical. Il s'agit notamment des groupes et comités suivants :

- Groupe de proposition et réflexion infections associées aux soins et EOH,
- Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUDS),
- Groupe de Proposition et Réflexion Nutrition
- Comité Médicaments et dispositif médicaux (COMEDIMS),
- Groupe de Proposition et Réflexion Hémovigilance,

- Groupe de Proposition et Réflexion Plaies et Cicatrisations,
- Bureau Cariatides,
- Comité Télémédecine.

Les modalités de fonctionnement et de désignation des membres des comités et groupes de travail sont définies par le règlement intérieur de la CME.

Le règlement intérieur de la CME établit également les mesures de mise en œuvre et d'expertise relatives à la coordination de la gestion des risques associés aux soins et de l'analyse des événements indésirables (*Articles L. 6111-2, L. 6144-1, L. 6161-2, R. 6111-2, R. 6111-3, R. 6111-4 du C.S.P.*), du management de la prise en charge médicamenteuse, des dispositifs implantables (DMI)…
La CME et son président désignent les médecins chargés de ces missions.

Article 5 : LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT ET LA FORMATION SPECIALISEE EN MATIERE DE SANTE, DE SECURITE ET DE CONDITIONS DE TRAVAIL (CSE et F3SCT)

Articles L. 6144-3 et L. 6144-4, R. 6144-40 à R. 6144-81(CSP),
Code général de la Fonction publique (Art. L. 251-11 à L.251-13),
Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Le Comité Social d'Etablissement (CSE), composé des représentants des personnels non-médicaux, est une instance visant à associer les personnels hospitaliers à la gestion de l'établissement. Il est consulté et informé sur toutes les questions ayant trait à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement.
Au CHDB, il a été créée une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT).
La F3SCT est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission que l'établissement envisage d'adopter en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

■ Composition

1) <u>Les membres du Comité social d'établissement</u>

Le CSE comprend :

- Le chef d'établissement ou son représentant assurant la présidence de l'instance.

Avec voix délibérative :

- Les représentants élus du personnel au nombre de 10. Le nombre de représentants suppléants est égal au nombre de représentants titulaires.

Avec voix consultative :

- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) élu en son sein.

Des membres de l'administration en charge des dossiers présentés peuvent assister à l'instance, sur invitation du président.

2) <u>Les membres siégeant à la F3SCT</u>

La F3SCT comprend :

- Le chef d'établissement ou son représentant assurant la présidence de l'instance.

Avec voix délibérative :

- Les représentants élus du personnel au nombre de 10. Le nombre de représentants suppléants est égal au nombre de représentants titulaires.

Avec voix consultative :

- Le médecin du travail,
- Un représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Un représentant de la Commission Médicale d'établissement élu en son sein,
- Les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés.

■ **Attributions**

Attributions du CSE

Le Comité est consulté sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement,
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique,
- Le plan global de financement pluriannuel,
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- L'organisation interne de l'établissement,
- Les projets de réorganisation de service,
- Les orientations stratégiques sur les politiques de ressources humaines,
- La politique de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation,
- Les politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations,
- Les projets de lignes directrices de gestion (LDG) relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels,
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service,
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Le comité est informé des matières suivantes :

- La situation budgétaire de l'établissement,
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- Le budget,
- Les décisions relatives à la constitution et la participation à une des formes de coopération ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux.

Le comité débat chaque année sur :

- La programmation des travaux de l'instance,
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

Articulation des compétences du CSE et de la F3SCT

Seul le Comité social d'établissement est consulté sur une question ou un projet relevant de ses attributions et qui aurait pu également relever de la formation spécialisée.

Le président du comité social d'établissement peut, à son initiative ou à celle de la moitié des membres représentants du personnel, inscrire directement à l'ordre du jour du Comité un projet de texte ou une question faisant l'objet d'une consultation obligatoire de la formation spécialisée instituée en son sein qui n'a pas encore été examinée par cette dernière. L'avis du Comité se substitue alors à celui de la formation spécialisée.

Attributions de la formation spécialisée

Compétences générales

La formation spécialisée est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

Les représentants du personnel à la formation spécialisée sont informés des visites et de toutes les observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses du directeur d'établissement à ces observations.

Les représentants de la formation spécialisée ont accès au registre spécial indiquant les postes de travail concernés par la cause du danger constaté, la nature et la cause de ce danger ainsi que le nom des travailleurs exposés.

Les membres de la formation spécialisée procèdent à intervalles réguliers, à la visite des services relevant de leur champ de compétence. Par délibération adoptée à la majorité des membres en séance, la formation spécialisée mandate une délégation pour procéder à chaque visite et en fixe l'objectif, le secteur géographique et la composition. Dans le cadre de ces visites, les membres sont autorisés à circuler librement dans les secteurs concernés.

Cette délégation comporte entre autres le président de la formation spécialisée ou son représentant et des représentants du personnel membres de la formation. Des agents du secteur géographique concerné, peuvent être conviés sous réserve des nécessités de service.

Elle peut être assistée du médecin du travail, de l'assistant ou du conseiller de prévention et l'agent de contrôle de l'inspection du travail, qui, dans cette situation, font l'objet d'une invitation par le président à ces visites.

Les missions accomplies dans ce cadre donnent lieu à un procès-verbal présenté à la formation spécialisée.

Les différents pouvoirs d'enquête, attribution de la F3SCT, sont ceux du texte réglementaire. Ils sont reproduits dans le Règlement intérieur de la CSE et de la F3SCT.

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est également consultée :

- Sur les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail : transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, de l'organisation du travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. Elle n'est toutefois pas consultée lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par le Comité social d'établissement ;
- Sur le plan blanc,
- Sur l'aménagement des postes de travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés.

La F3SCT est consultée pour avis sur :

- Le rapport annuel faisant le bilan général de la santé, de la sécurité et des conditions de travail,
- Le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail du rapport social unique,
- Elle examine le rapport annuel établi par le médecin du travail,
- Elle a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique,
- Elle procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents notamment, les femmes enceintes,

- Elle peut proposer des actions qu'elle estime utiles pour la prévention des risques, du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des violences sexistes et sexuelles. Elle suggère toute mesure de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail, à assurer la formation des agents dans ce domaine et coopère à la préparation de ces actions et à leur mise en œuvre.

■ **Fonctionnement**

Le Comité social d'établissement et la F3SCT se réunissent au moins une fois par trimestre sur convocation de leur président à l'initiative de celui-ci ou, dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.
Le président, ou son représentant, consulte le secrétaire du CSE ou de la formation spécialisée, préalablement à la définition de l'ordre du jour. Les organisations syndicales représentatives au sein des instances sont invitées à transmettre les points qu'elles souhaitent voir figurer à l'ordre du jour. Un point à l'ordre du jour peut également être demandé par au moins la moitié des membres titulaires.

Les convocations accompagnées de l'ordre du jour sont envoyées aux membres titulaires et suppléants via messagerie électronique, 15 jours avant la date de réunion, sauf urgence. Dans ce dernier cas, les convocations peuvent être transmises 8 jours avant. Les pièces se rapportant aux points inscrits à l'ordre du jour sont communiquées au moins 8 jours avant la tenue de la réunion par messagerie électronique.

La convocation à la Formation spécialisée procède de la même manière.

Le Comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours.
Le Comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Seuls les représentants du personnel titulaire participent au vote. Les suppléants n'ont voix délibérative qu'en l'absence des titulaires qu'ils remplacent. Les instances émettent leur avis à la majorité des présents.
Les séances du Comité social d'Etablissement ne sont pas publiques.
Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CSE et du F3SCT sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle.
Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le président et le secrétaire. Il est transmis dans un délai de trente jours aux membres du Comité et est soumis à approbation à la séance suivante.
Les projets élaborés et les avis émis par le comité social d'établissement et la F3SCT sont portés par l'administration, par tout moyen approprié, à la connaissance du personnel en fonction dans l'établissement dans un délai d'un mois.
Le Comité social d'Etablissement établit son règlement intérieur.

Article 6 : LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)

Articles L. 6146-9 et R. 6146-10, R.6146-11 à R. 6146-16 (CSP),
Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,

Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 modifié relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

■ **Composition**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

REPRESENTANTS ELUS

Les représentants élus sont répartis en trois collèges :

- Collège des cadres de santé (2 sièges),
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques (5 sièges),
- Collège des aides-soignants (3 sièges).

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10% du nombre total des membres élus de la commission.
Le nombre total est fixé à 20 pour le Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller (10 titulaires et 10 suppléants).

MEMBRES AVEC VOIX CONSULTATIVE

Participent aux séances de la CSIRMT avec voix consultative :

- La Directrice des Soins qui assiste le Coordonnateur Général des Soins (le cas échéant),
- La Directrice des Soins chargée de l'institut de formation rattaché à l'établissement ou son représentant,
- Un élève aide-soignant nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du Directeur de l'institut de formation rattaché à l'établissement,
- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

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

■ **Attributions**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques **est consultée pour avis** sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins,
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades,
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins,
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers,
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

- La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement,
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (recrutement par contrat de médecins exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux),
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

■ **Fonctionnement**

La commission se réunit au moins trois fois par an.

Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau.

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

L'ordre du jour est fixé par le Président.

Celui-ci tient compte :

- Des propositions émises par les membres de la CSIRMT,
- De l'avis des membres du bureau réunis au préalable.

Les membres de la CSIRMT reçoivent communication de l'ordre du jour, des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions, au plus tard huit jours avant la date de la séance.

La Commission délibère valablement lorsque au moins la moitié des membres élus sont présents.

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

Chaque séance fait l'objet d'un procès-verbal adressé au Président du Directoire et aux membres de la Commission dans un délai de quinze jours.

Le compte-rendu est soumis à approbation lors de la séance suivante.

Ce compte-rendu est également adressé pour information aux cadres supérieurs et cadres de santé. Il est consultable, via intranet, par l'ensemble des personnels de l'établissement.

Le président de la Commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au Directoire.

Article 7 : LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 modifié relatif à la commission des usagers des établissements de santé,

Articles L. 1112-3 CSP ; R 1112-79 et suivants du CSP.

■ **Composition**

La composition de la Commission des usagers est la suivante :

Siègent avec voix délibérative :

- le représentant légal de l'établissement ou son représentant,
- deux médiateurs (un médiateur médecin et un médiateur non médecin) et leurs suppléants, désignés par le Directeur,
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le Directeur Général de l'ARS,

- un représentant de la CSIRMT et son suppléant, désignés par le Directeur des Soins, parmi les membres de la CSIRMT,

Est invité à titre permanent, avec voix consultative :

- le Directeur des soins ou son représentant.

■ **Attributions**

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 de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission.
Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94 relatifs aux procédures de gestion des plaintes et réclamations la commission examine celles qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

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

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

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la Commission Médicale d'Etablissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement,
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents,
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes,
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie,
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers,
- Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 du Code de la santé publique survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier,
- Les informations relatives aux événements indésirables graves, à leur analyse et aux mesures correctives garantissent l'anonymat des patients et des professionnels concernés,
- Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

A partir notamment de ces informations, la Commission :

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées,
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre,

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

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

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

■ Fonctionnement

La Commission se réunit sur convocation de son Président au moins une fois par trimestre.
La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.
L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le Président et communiqué aux membres de la Commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.
La Commission établit son règlement intérieur.
Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement.

Article 8 : LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES (CAPL)

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires,
Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,
Décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière,
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

■ Composition

Au sein de l'établissement, les Commissions constituées sont :

- CAPL 2 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux (catégorie A),
- CAPL 4 : personnels d'encadrement technique et ouvrier (catégorie B),
- CAPL 5 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux (catégorie B),
- CAPL 6 : personnels d'encadrement administratif et des secrétariats médicaux (catégorie B),
- CAPL 7 : personnels techniques, ouvriers, conducteurs d'automobiles, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité (catégorie C),

- CAPL 8 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux (catégorie C),
- CAPL 9 : personnels administratifs (catégorie C),

Les Commissions administratives paritaires comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants élus par le personnel.
Leur mandat est de 4 ans.
Les représentants titulaires et suppléants de l'administration sont désignés par le Conseil de surveillance dans le mois suivant la proclamation des résultats des élections des représentants du personnel.
Ils sont désignés :

- Pour la moitié des sièges à pourvoir, parmi les membres du Conseil de surveillance, à l'exception de ceux qui y représentent le personnel. Le Président du Conseil de surveillance ou son représentant est membre de droit.
- Pour le reste des sièges à pourvoir, parmi les agents titulaires de catégorie A de l'établissement et, au cas où le nombre de ces agents est insuffisant, parmi les agents titulaires de la même catégorie de l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires, exerçant leurs fonctions dans le département, après accord des assemblées délibérantes de ces établissements.

Le Directeur de l'établissement ne peut être désigné en qualité de représentant de l'administration.
Pour la désignation de ses représentants, l'administration doit respecter une proportion minimale d'un tiers de personnes de chaque sexe. Cette proportion est calculée sur l'ensemble des membres représentant l'administration, titulaires et suppléants.
Les membres suppléants peuvent assister aux séances de la Commission administrative paritaire locale dont ils dépendent sans pouvoir prendre part aux débats.

Les représentants titulaires et suppléants du personnel sont désignés après les élections aux commissions administratives locales et départementales dans l'ordre de présentation des listes, en fonction du nombre de sièges obtenus par les organisations syndicales.

■ Compétences

Les Commissions administratives paritaires locales (CAPL) ou départementales (CAPD) sont compétentes concernant :
1° En matière de recrutement des décisions de :

- refus de titularisation et les licenciements en cours de stage en cas d'insuffisance professionnelle ou de faute disciplinaire.

2° Des questions d'ordre individuel relatives :

- aux licenciements de fonctionnaire mis en disponibilité après 3 refus de postes ou pour insuffisance professionnelle,
- aux refus de congés de formation syndicale et de congés de formation CSE ou F3SCT,
- aux refus de formation inscrites au plan de formation et de congé de formation professionnelle,

3° Des questions d'ordre individuel relatives au recrutement des travailleurs handicapés,
4° Les décisions disciplinaires concernant les sanctions 2ème, 3ème, et 4ème groupe.

■ Fonctionnement

Les Commissions administratives paritaires locales se réunissent au moins deux fois par an. La présidence est assurée par le Président du Conseil de surveillance ou son représentant. Le secrétariat est assuré par un agent de l'établissement désigné par le Directeur. Les séances ne sont pas publiques. Le fonctionnement des commissions administratives paritaires locales fait l'objet d'un règlement intérieur.

Article 9 : AUTRES COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL

Objet	Missions
Comité risques climatiques	Le Comité risques climatiques a pour mission de planifier et de suivre les actions mises en œuvre afin de prévenir les risques climatiques : canicule ou grand froid.
Conseils de la vie sociale - CVS	Le CVS doit être consulté sur l'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. Il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de structures d'accueil et d'hébergement (EHPAD et Pôle Accompagnement Handicaps).
Commission de coordination gériatrique	La Commission de coordination gériatrique est consultée sur : **>** le projet de l'établissement, **>** la politique de prise en charge médicamenteuse, **>** le contenu type du dossier patient, **>** le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement, **>** le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, **>** l'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et les structures ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins. Elle a également pour mission de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques, notamment auprès des professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral.
Commission des menus	La Commission des menus élabore les menus des patients/résidents et s'assure qu'ils sont conformes aux recommandations en matière d'équilibre alimentaire. Ils font l'objet d'ajustements réguliers. La commission réunit les responsables restauration et production et l'équipe des diététiciens de l'établissement.
Commission de restauration	La Commission de restauration regroupe les responsables restauration et production, les magasiniers de l'UCP et le service des achats. Elle se réunit une fois par mois et a pour fonction d'analyser les problématiques de rupture de denrées, des nouveaux produits à commander ; de suivre des achats mois par mois et les augmentations des prix de denrées ; de suivre le budget alloué sur l'année ; d'améliorer la qualité des produits/matériels…
Commission d'admission	La Commission d'admission a pour mission d'examiner les demandes d'admission dans les structures d'hébergement du CHDB et d'arrêter l'orientation des résidents vers un type de structure, après avis médical.
Commission locale de surveillance de la distribution des gaz à usage médical	Ses missions sont d'effectuer : l'analyse des risques, l'évaluation de la conformité aux normes des matériels et des installations, la vérification de la nature des gaz, mais aussi de garantir la sécurité des approvisionnements lors des ruptures de la chaîne (pannes, interruptions programmées, difficultés de livraison avec risques de rupture d'approvisionnement...). Elle a en charge la validation des procédures et modes opératoires.

Des comités et commissions spécifiques à la gestion des ressources humaines sont en place au sein de l'établissement : Comité Risques Psychosociaux (RPS), Comité Qualité de Vie au Travail (QVT) et commission de maintien dans l'emploi.

CHAPITRE 3. L'ORGANISATION MEDICALE ET PARAMEDICALE

SECTION 1. L'ORGANISATION DES SOINS

Article 10 : DEONTOLOGIE MEDICALE

Articles R.4127-1 à R.4127-112 du Code de la santé publique.

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toute personne quels que soient son origine, ses mœurs, sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à son égard. Il doit lui apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du patient. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours ou le retirer à condition de ne pas nuire au patient et d'en avertir ses confrères.

Article 11 : REGLES DE PRESCRIPTION

Articles R. 1112-3 et R. 6153-3 du CSP.

Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées. Elles sont tracées dans le dossier patient. Le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.
L'interne en médecine peut effectuer des prescriptions médicales par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Article 12 : PERMANENCE DES SOINS

L'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et odontologiques 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 par astreinte à domicile.
Elle détermine la durée des deux périodes, sur 24 heures, correspondant au jour et à la nuit qui ne peuvent en aucun cas avoir une amplitude supérieure à 14 heures.
La présence médicale et la permanence médicale en journée sont assurées en journée la semaine et le samedi matin.

Organisation de la garde

La garde est assurée par un médecin pour le Pôle Médecine et Réadaptation ainsi que pour le Pôle Hébergement et Soins gériatriques. En cas d'urgence vitale, le médecin de garde peut être sollicité de manière exceptionnelle pour le Pôle Accompagnement Handicaps conformément à la procédure relative aux urgences médicales.

L'organisation des gardes en vigueur est détaillée dans une fiche présentée en CME et validée par la Direction des affaires médicales.
Le tableau de garde est arrêté par le Directeur sur proposition du médecin responsable du tableau de garde, sous la responsabilité du PCME et des Chefs de Pôle.

Article 13 : LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO TECHNIQUE

Articles R. 4311-2 et suivants (CSP).

Le Directeur des soins, membre de l'équipe de direction, nommé par le Directeur de l'établissement dirige le Service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. L'ensemble des personnels participent à la mise en œuvre du projet de soins.
Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le patient.
Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles :

- de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social,
- de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins, pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions,
- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ,
- de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteur(s),
- de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie, au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

■ LES CADRES SUPERIEURS DE SANTE PARAMEDICAUX ET LES CADRES DE SANTE PARAMEDICAUX

Les cadres supérieurs de santé paramédicaux et les cadres de santé paramédicaux coordonnent, au sein du service ou du pôle dont ils ont la charge, l'organisation générale des soins. Ils participent également à l'encadrement et à la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers. Le Directeur des soins organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement.

■ LES INFIRMIERS, LES PERSONNELS DE REEDUCATION ET LES PERSONNELS MEDICOTECHNIQUES

Les infirmiers, les personnels de rééducation et les personnels médico-techniques accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence et, à ce titre, sont chargés de l'exécution des prescriptions médicales et des protocoles établis par les médecins. Dans le cadre de leur rôle propre, les infirmiers, les personnels de rééducation et les personnels médicotechniques mettent en œuvre les soins nécessaires au maintien du confort du patient, à la préservation de ses fonctions vitales et à son accompagnement.

■ LES AIDES-SOIGNANTS

Les aides-soignants accompagnent les patients et les personnes hébergées dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et réalisent les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité des infirmiers et dans la limite des compétences qui leur sont reconnues du fait de leur formation.

■ LES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS

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

SECTION 2. LE CADRE INSTITUTIONNEL : L'ORGANISATION EN POLES

Articles L.6146-1, D.6146-1, R.6146-3 à R.6146-9-1 (CSP).

Article 14 : LES POLES D'ACTIVITES CLINIQUES

Pour l'accomplissement de ses missions, l'établissement compte trois pôles d'activité cliniques définis conjointement par le Directeur et le Président de la CME, conformément au Projet d'établissement :

- Le pôle « Médecine et réadaptation »,
- Le pôle « Hébergement et soins gériatriques »,
- Le pôle « Accompagnement handicaps »,

Le projet de pôle, élaboré et mis en œuvre par le chef de pôle, définit les missions et responsabilités confiées aux acteurs du pôle et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs vers lesquels le pôle doit tendre.
Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

■ Nomination des chefs de pôle

Peuvent être nommés chef de pôle les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels.
Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement.

Pour le pôle « Accompagnement handicaps », les fonctions de chef de pôle sont assurées par le médecin coordonnateur nommé par le directeur dans les mêmes conditions que les autres chefs de pôle.

■ Durée du mandat

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

■ Fin de fonction

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

■ Formation :

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions conformément aux dispositions de l'arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique.

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.

■ **Mission des chefs de pôle**

Les missions de chef de pôle sont décrites dans une fiche de fonction dédiées à cet effet.

■ **Contrat et projet de pôle :** *Articles L. 6146-1 et R. 6146-8 (CSP)*

Le contrat et le projet de pôle sont définis en lien avec le Directeur.

■ **Bureau de pôle**

L'organisation repose sur un Bureau de pôle et un Conseil de pôle dont la composition et le fonctionnement sont précisés par règlement intérieur du pôle. Le chef de pôle s'assure par ailleurs que le droit d'expression directe et collective du personnel est respecté. Il peut organiser, en collaboration avec les responsables médicaux des structures internes, des réunions de service ou d'unité.

■ **Organisation interne des pôles**

Les pôles « Médecine et réadaptation » et « Hébergement et soins gériatriques » ainsi que le pôle « Accompagnement handicaps » sont divisés en structures internes dont l'organisation ci-après est le reflet de la stratégie médicale et médico-technique adoptée pour chaque pôle :

- **Pôle « Médecine et réadaptation »**
  - Service de court séjour gériatrique,
  - Service de soins médicaux et de réadaptation,
  - Unité de soins palliatifs gériatriques,
  - Hôpital de jour gériatrique - Consultation Mémoire de Territoire,
  - Equipe mobile de soins palliatifs gériatriques.

- **Pôle « Hébergement et soins gériatriques »**
  - Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
  - Hébergement temporaire,
  - Unités de soins de longue durée,
  - Unités de vie protégée,
  - Petite unité de vie - Eugène LAMBLING,
  - Accueil de jour – Maison Bleue.

Pôle Accompagnement handicaps

- Foyer d'accueil médicalisé - Saint Jean de Dieu,
- Foyer d'accueil spécialisé et médicalisé - Le Colibri,
- Foyer d'accueil spécialisé - Les Magnolias.

Le Directeur nomme les responsables de structures internes sur décision conjointe avec le Président de la CME.

Les missions des responsables des services internes sont décrites dans une fiche de fonction dédiée à cet effet.

SECTION 3 : LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR

Article 15 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES CONCERNANT LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR

La gérance de la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CHDB est assurée par le pharmacien chef de service, sur décision conjointe du Directeur et du Président de la CME.

Les pharmaciens exerçant au sein d'une PUI doivent exercer personnellement leur profession.
Ils sont aidés dans leurs missions par des préparateurs en pharmacie ainsi que d'autres catégories de personnels qui sont attachés à la PUI en raison de leurs compétences. Ces professionnels sont placés sous l'autorité technique du pharmacien chef de service et des autres pharmaciens de la PUI.
La PUI doit répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et notamment :

- Assurer, sous la responsabilité du pharmacien chef de service, 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,
- Mener ou participer à toute action d'information sur ces produits, ainsi qu'à toute action de promotion ou d'évaluation de leur bon usage, et à toute action de sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux,
- Mener, ou participer à, toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique et notamment à la pharmacovigilance et la matériovigilance.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous le contrôle direct et sous la responsabilité du pharmacien chef de service.
La PUI fonctionne conformément aux bonnes pratiques de la pharmacie hospitalière.

SECTION 4 : LES DISPOSITIFS DE SECURITE SANITAIRE

Article 16 : LES DISPOSITIFS DE SECURITE SANITAIRE

L'établissement a organisé les dispositifs de vigilance suivants, conformément aux textes en vigueur :

- Hémovigilance et sécurité transfusionnelle,
- Pharmacovigilance,
- Matériovigilance,
- Gaz et fluides médicaux,
- Infectiovigilance,
- Antibiothérapie,
- Radiothérapie,
- Identitovigilance,
- Plaies et cicatrisation,
- Nutrition,
- Douleur,
- Bientraitance,
- Incontinence,
- Gestion des déchets et déchets à risques infectieux,
- Risques Climatiques,Sûreté / sécurité des biens et des personnes.

CHAPITRE 4. ORGANISATION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES.

SECTION 1. GOUVERNANCE

Article 17 : LE PILOTAGE STRATEGIQUE DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

La Direction Déléguée assure conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) le pilotage stratégique de la qualité et gestion des risques au sein de l'établissement.

Pour ce faire, ils s'appuient sur la Direction qualité, gestion des risques et développement durable, le médecin en charge de la coordination de la gestion des risques associés aux soins, le Responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, ainsi que sur le Comité de Pilotage de la qualité, de prévention et de gestion des risques (CoPil QPGR).

Article 18 : LES INSTANCES DE PILOTAGE

Le comité de pilotage qualité, de prévention et de gestion des risques (CoPil QPGR) est composé du Directeur de l'établissement, du directeur délégué, des Directeurs adjoints, du Président de la CME, de la Présidente de la CSIRMT, des chefs de pôle, des cadres de pôle, du responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse, de la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins, le responsable du service qualité, gestionnaire des risques et de toute personne compétente invitée en fonction de l'ordre du jour.

La politique qualité et gestion des risques du CHDB est organisée autour des axes stratégiques suivants :

- Identifier les orientations stratégiques en matière de qualité et de gestion des risques retraçant les grandes valeurs poursuivies et engageant l'ensemble des professionnels en s'assurant de leur cohérence avec le projet d'établissement, dans le cadre de la Direction commune (CHNA) et du groupement hospitalier de territoire,
- Piloter la démarche de gestion des risques (a priori et a posteriori),
- A partir des données qualité et gestion des risques (réglementation, résultats de la certification, CPOM (Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins), enquêtes, audits, indicateurs, visites de contrôles, etc.), élaborer et assurer le suivi du programme global de gestion de la qualité et de prévention des risques ;
- Coordonner le pilotage des processus de l'établissement,
- Soutenir la démarche, veiller à la formation des acteurs et s'assurer de la mise en œuvre des actions de communication indispensables tout au long de la démarche qualité,
- Proposer la méthodologie des différents projets qualité et gestion des risques et soutenir l'obtention des moyens nécessaires,
- Proposer la politique et la stratégie en matière d'évaluation des pratiques professionnelles et de gestion de la sécurité des soins par la tenue d'une Revue de morbidité et de mortalité (RMM) et par une démarche organisée et systématique de recueil et d'analyse méthodique des évènements indésirables associés aux soins au sein des Comités de retour d'expérience (CREX),
- Coordonner les démarches de certification pour la qualité des soins et d'évaluation de la qualité des structures médico-sociales du CHDB,
- Déterminer les modalités de mise en œuvre et d'actualisation de la gestion documentaire.

La fréquence des réunions du Copil GDR est de trois fois par an. Sa périodicité peut être revue en tant que de besoin. La Directrice déléguée, le Président de la CME et le Directeur de la Qualité et de la Gestion des risques disposent à tout moment de la faculté de réunir le Copil.
Les réunions du Copil font l'objet d'un calendrier et d'un ordre du jour communiqué suffisamment à l'avance.
Le Copil peut désigner, pour chaque projet, soit en son sein, soit en dehors, un responsable chargé d'assurer la conduite du projet, en concertation avec un groupe de travail qu'il pourra avoir sollicité.
Chaque réunion du Copil donne lieu à un compte-rendu diffusé à ses membres.

SECTION 2. COORDINATION ET ANIMATION

La coordination, la définition de la politique qualité et de la gestion des risques ainsi que l'animation de la démarche qualité et gestion des risques sont assurées par trois acteurs principaux au sein du CHDB : la Direction qualité, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le responsable du service qualité.

Article 19 : LA DIRECTION QUALITE ET GESTION DES RISQUES

La Direction qualité et gestion des risques assure le suivi et la coordination de l'ensemble des projets qualité gestion des risques et développement durable de l'établissement. Pour ce faire, elle est informée de tous les projets en cours dans ce domaine au sein de l'établissement. Elle définit l'intervention ou l'accompagnement de ces projets par la responsable du service qualité, gestionnaire des risques.

Plus spécifiquement, la Direction qualité et gestion des risques assure les missions suivantes, en lien étroit avec les membres de l'équipe de direction :

- Mise en œuvre et suivi du programme d'actions qualité, gestion des risques et développement durable,
- Suivi opérationnel des évènements indésirables et mise en place d'actions correctives,
- Pilotage et validation des recueils des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS),
- Préparation et suivi des démarches de certification pour la qualité des soins et d'évaluation de la qualité des structures médico-sociales,
- Organisation des enquêtes de satisfaction et audits internes,
- Suivi des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP),
- Mise en place, suivi et conduite de comités (CREX, COPIL qualité, Comité risques climatiques),
- Mise à jour/établissement de procédures, protocoles et guides,
- Mise à jour/établissement de plans (plan risque climatique, plan blanc),
- Suivi des informations et formations relatives à la qualité, gestion des risques,
- Organisation d'évènements de sensibilisation au développement durable et suivi des indicateurs.

Article 20 : LE COORDONNATEUR DE LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

Un médecin est désigné, par la Direction déléguée sur proposition du Président de la CME, pour assurer les fonctions de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Ce coordonnateur dispose d'une formation adaptée à l'exercice de ses missions. Il a accès aux données et aux informations nécessaires à l'exercice ses missions.

Ses missions consistent à :

- Apporter un appui stratégique au Président de la Commission médicale d'établissement et à la Direction, en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- Emettre des propositions à la CME et à la Direction, et assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en collaboration avec le service qualité et gestion des risques,
- Assurer une cohérence des actions engagées par les différents professionnels impliqués dans la gestion des risques associés aux soins,
- Veiller à l'analyse des évènements indésirables associés aux soins et contribuer à la prévention des risques associés aux soins,
- Participer à la coordination des vigilances sanitaires des produits de santé et des infections associées aux soins,
- Assurer une cohérence dans la démarche de gestion des risques associés aux soins avec les différents projets de l'établissement dans les domaines de la qualité, de l'évaluation des pratiques, du développement professionnel continu, de la certification pour la qualité des soins de l'établissement,
- S'assurer de l'effectivité, dans l'établissement, des dispositifs de vigilances et de signalements.

Article 21 : LE RESPONSABLE DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est désigné par la direction de l'établissement après avis de la Commission médicale d'établissement (CME). Celui-ci, en collaboration avec la Direction des soins, la coordonnatrice des risques associés aux soins et la Direction de la qualité et gestion des risques, met en œuvre, assure le suivi de la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse en lien avec la CME, le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles, le comité de pilotage qualité, de prévention et de gestion des risques et la CSIRMT.

Il a pour missions de :

- s'assurer que le système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et évalué,
- rendre compte à la direction et à la CME du fonctionnement du système de management de la qualité,
- proposer à la direction et à la CME les améliorations du système de management de la qualité qu'il estime nécessaires pour être conforme aux recommandations de bonnes pratiques et aux exigences de la certification pour la qualité des soins.

SECTION 3. MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE

La déclinaison opérationnelle de la démarche qualité et gestion des risques est assurée par : la cellule des risques, les référents risques et vigilance et les groupes de travail.

- **La cellule risques**

Sous l'animation de la Direction qualité et gestion des risques, la cellule risques est composée de la coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins et de son suppléant, du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, de l'adjointe à la Direction

des soins, du Responsable des ateliers ainsi que du Responsable des prestations externes, hôtellerie et sécurité.
La cellule risques se réunit tous les premiers et troisièmes mercredis du mois afin d'analyser les fiches de signalement d'événements indésirables, de hiérarchiser les risques après évaluation de la criticité et de mettre en place des actions de prévention ou des actions correctives.

Elle informe le comité de pilotage qualité, de prévention et de gestion des risques des incidents récurrents à criticité importante et identifie des actions qui nécessitent une validation par l'ensemble des membres.

- **Les Référents risque et vigilance**

Pour chaque risque ou vigilance, un (des) responsable(s) est(sont) identifié(s) par le biais d'une décision du Directeur assortie d'une lettre de mission :

- Hémovigilance et sécurité transfusionnelle,
- Pharmacovigilance,
- Matériovigilance,
- Gaz et fluides médicaux,
- Infectiovigilance,
- Antibiothérapie,
- Radiothérapie,
- Identitovigilance,
- Plaies et cicatrisation,
- Nutrition,
- Douleur,
- Bientraitance,
- Incontinence,
- Gestion des déchets et déchets à risques infectieux,
- Risques Climatiques,
- Sûreté / sécurité des biens et des personnes.

Chaque référent :

- Contribue à la veille règlementaire,
- Informe systématiquement le coordonnateur de tout évènement significatif,
- Transmet un rapport annuel d'activité au coordonnateur des risques,
- Assure la remontée d'informations et d'alerte sur les risques et vigilances au coordonnateur et le suivi des actions.

Le CHDB se dote d'une coordination des vigilances.

- **Les groupes de travail**

Des groupes de travail thématiques peuvent être réunis au besoin, à la demande de la Direction de la qualité ou du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

SECTION 4. GESTION DE CRISE ET PLAN BLANC

Article 22 : LA GESTION DE CRISE ET LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN BLANC

Articles L.3131-7 à L.3131-11 du Code de la santé publique,
Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (Articles R. 3131-13 à R.3131-14 du CSP).

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, le CHDB est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

Ce plan définit les modalités de gestion de crise du Centre hospitalier lorsqu'il est confronté à :

- des situations impliquant une augmentation importante de son activité (afflux de patients liés à une épidémie, situations sanitaires exceptionnelles de toutes natures comme des accidents routiers de grande ampleur, catastrophes industrielles, attentats...),
- une problématique altérant significativement sa capacité de prise en charge (inondation, cyber-attaque paralysant le fonctionnement) pouvant nécessiter des mesures de grande ampleur, y compris le transfert de certains patients voire une évacuation de l'établissement.

Les modalités de gestion de crise sont ainsi prédéfinies dans ce dispositif de crise appelé « Plan Blanc ».

Les objectifs du Plan Blanc :

Le Plan Blanc prend en compte les objectifs du dispositif « ORSAN » (dispositif d'Organisation de la Réponse du Système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle) arrêté par l'ARS.
Dans ce cadre, il définit notamment :

1° Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée,
2° Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise,
3° Des modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement,
4° Les modalités d'accueil et d'orientation des patients,
5° Les modalités de communication interne et externe,
6° Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement,
7° Un plan de sécurisation et de confinement de l'établissement,
8° Un plan d'évacuation de l'établissement,
9° Des mesures spécifiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, notamment les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques,
10° Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Il prévoit les modalités selon lesquelles le personnel nécessaire peut-être maintenu sur place ou, le cas échéant, rappelé lorsque la situation le justifie.
De facto, tous les professionnels qui travaillent dans l'établissement sont concernés, à savoir les médecins, les soignants, les personnels des services administratifs, logistiques, techniques, etc.

La cellule de crise

La cellule de crise rassemble les compétences pluridisciplinaires nécessaires. Elle coordonne les actions à mettre en œuvre et prend les décisions adéquates qui s'imposent à l'établissement.
Elle est pilotée par le Directeur de l'établissement ou son représentant.
Elle a pour rôle principal la coordination de l'ensemble des services du CHDB en cas de déclenchement du Plan Blanc.
La composition détaillée de la cellule de crise est précisée dans le Plan Blanc. Elle est formalisée en des fiches opérationnelles actualisées qui détaillent également les consignes de chacun.
Les membres de la cellule de crise disposent de suppléants identifiés et qualifiés.
Le service qualité et gestion des risques est chargé de la conservation du document, de sa maintenance et de sa diffusion. Le Plan Blanc est évalué et révisé chaque année.

CHAPITRE 5. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ACCES AUX STRUCTURES DU CHDB ET A LA SECURITE

SECTION 1. ACCES A L'ETABLISSEMENT

Article 23 : ACCES A L'ENCEINTE DU CENTRE HOSPITALIER

L'accès dans l'enceinte des sites de l'établissement est réservé aux usagers du CHDB, leurs accompagnants, les visiteurs et toutes personnes qui y sont appelées en raison de leurs métiers ou fonctions. Les conditions matérielles d'accès pour ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur habilité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.
L'accès des personnes n'appartenant pas à l'une des catégories citées ci-dessus est subordonné à une autorisation délivrée par le Directeur du CHDB ou son représentant.
Pour des raisons de sécurité, le Directeur du CHDB peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.
Les sociétés extérieures doivent signaler les dates et lieux de leur intervention et se conformer au présent règlement.
Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire au CHDB des armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Article 24 : REGLES D'ACCES SPECIFIQUES RELATIVES AUX FOURNISSEURS ET TRANSPORTEURS

Au-delà des obligations générales (stationnement, hygiène, etc.) qui s'imposent, les fournisseurs doivent respecter certaines règles déontologiques :

- Interdiction de faire du démarchage auprès des utilisateurs pendant les mises en concurrence afin de respecter les règles d'équité et de transparence,
- Obligation de solliciter l'accord du Responsable du service ou du Responsable des Achats pour réaliser des démonstrations de matériel ou des tests de produits, de consommables,
- Interdiction d'effectuer du démarchage auprès des patients.

Les transporteurs sont priés de respecter les horaires des différents magasins de l'établissement et effectuer les livraisons dans les lieux préalablement déterminés lors de la commande.

Tout dépôt réalisé sans réception d'un magasinier (dépôt devant une porte) est considéré comme non effectué et fera l'objet d'un signalement auprès du fournisseur.

Article 25 : LOCAUX RESERVES

Il est interdit aux usagers et visiteurs de s'introduire dans les locaux réservés au personnel et dans les locaux techniques.
Certains locaux sont à accès restreint à certaines catégories de personnels.
Ces locaux ne sont accessibles qu'au personnel autorisé dans le cadre de ses fonctions et muni des équipements individuels de protection le cas échéant.

Article 26 : REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Les règles de circulation et de stationnement s'appliquent à tous les usagers, personnel, visiteurs ou intervenants extérieurs, partenaires ou fournisseurs, dès lors qu'ils pénètrent avec un véhicule, même temporairement, sur un des sites du CHDB. Ils doivent accepter sans réserve les conditions prévues dans le présent règlement.
Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, le Directeur du CHDB arrête les modalités temporaires ou permanentes d'accès, de circulation, d'arrêt ou de stationnement sur les sites du Centre hospitalier. Des notes d'information en précisent les modalités.

■ Règles de circulation

Les dispositions du Code de la route sont applicables dans l'enceinte des différents sites du CHDB.
A l'intérieur du site principal, les véhicules sont tenus de respecter toutes les dispositions relatives aux « zones de rencontre » au sens de l'article R. 110-2 du Code de la route et notamment la limitation de vitesse à 10 km/h. Il est rappelé que l'établissement accueille de nombreuses personnes en situation de fragilité. La plus grande prudence est nécessaire pour respecter ces personnes, notamment quand elles circulent à pied.
Le Centre hospitalier se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à ses sites aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues dans le présent article, entraveraient gravement la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens ou d'une manière générale compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

■ Stationnement

Pour tous les sites du Centre hospitalier, le stationnement doit se faire exclusivement sur les espaces dédiés.
Les emplacements « Dépose minute » à l'entrée du site principal sont destinés à un arrêt de courte durée (environ 5 minutes) aux fins de dépose d'un passager ou de recherche d'informations à l'Accueil.
Il est interdit d'y stationner. Les agents de sécurité du Centre hospitalier sont chargés de vérifier la juste durée de l'arrêt.
Les autres emplacements dédiés au stationnement sont matérialisés par un marquage horizontal ou vertical. Les aires de stationnement sont clairement et visiblement identifiées sur tous les sites du Centre hospitalier. Aucun stationnement en-dehors de ces emplacements n'est autorisé.

Le Directeur de l'établissement prendra toutes les dispositions nécessaires afin de procéder à l'enlèvement d'un véhicule gênant. Les frais liés à cet enlèvement seront intégralement à la charge du contrevenant.
Les personnes autorisées à stationner sur le site principal sont munies d'un badge leur permettant d'actionner la barrière automatique d'entrée.
La délivrance, à titre exceptionnel, d'autorisations d'accès ou de stationnement temporaires, motivées par une demande justifiée, est à la discrétion du responsable sécurité.

Sur le site principal, deux parkings identifiés jouxtent l'entrée principale de l'établissement, route de Strasbourg. Un autre parking est situé devant la résidence « Les Erables », rue de la Garance.
Les structures excentrées, EHPAD « L'Orée du Bois », « Le Clos Fleuri » et PUV « Eugène Lambling », disposent de parkings à proximité.
Les véhicules doivent être fermés à clé. L'établissement ne peut être tenu pour responsable en cas de détérioration ou de vol.

SECTION 2. REGLES DE SECURITE ET OBLIGATIONS

En cas de non-respect des obligations citées ci-dessous, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le Directeur de l'établissement peut décider de l'expulsion du visiteur et faire intervenir les forces de Police, en cas de trouble manifeste à l'ordre public.

Article 27 : SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS

L'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer le plus haut niveau de sécurité possible aux résidents dans la limite de l'exercice de leur liberté. L'établissement assure une permanence des soins 24h/24 : appel malade, veille de nuit, garde médicale d'urgence sur le site principal.
Sur les sites extérieurs, les urgences médicales sont assurées par les médecins libéraux ou le centre 15.

Une équipe sécurité est également présente 24h/24 sur le site principal afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens. Un dispositif de vidéoprotection équipe les structures du Centre hospitalier.
Un protocole « en cas de disparition d'un résident » permet de rechercher plus efficacement les résidents en perte de repères, désorientés ou risquant de se mettre en danger. Dans ce cadre-là, l'accord de chaque résident est recueilli pour que sa photographie puisse être utilisée, dans un usage strictement limité aux situations décrites ci-dessus et dans le respect de la Loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

L'équipe de sécurité surveille en permanence le site. Elle effectue des rondes de prévention, de sûreté et de sécurité. L'ensemble des organes de sécurité sont vérifiés et contrôlés selon la règlementation en vigueur.
L'ensemble du personnel est formé aux pratiques et au maniement des moyens de secours (extincteurs, etc.) tout comme aux principes d'évacuation en milieu hospitalier.

En cas d'activation du plan VIGIPIRATE, les consignes sont mises en application et affichées sur l'ensemble des sites. Aussi, pour la sécurité des personnes accueillies au sein du CHDB, il est demandé aux résidents et visiteurs :

- De ne pas laisser de sacs ou d'affaires personnelles sans surveillance,

- D'être vigilants et de signaler aux professionnels de l'établissement tout objet suspect ou comportement anormal.

NATURE DES REGLES DE SECURITE

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques de toute nature sont applicables au CHDB. Le Directeur du CHDB les édicte par voie de notes de service ou de consignes particulières prises dans le respect des principes généraux du droit, des lois et règlements et en vertu de ses attributions en matière de police et d'organisation des services de l'établissement.
Toute personne ayant pénétré dans l'enceinte du CHDB, et ce, pour quelque motif que ce soit, doit se conformer aux règles de sécurité qui s'y appliquent dans l'intérêt général de l'Institution.
Chaque personne doit ainsi respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions qui lui seraient adressées par le personnel de sécurité aux fins des objectifs visés ci-dessus et dans la limite des compétences des agents de sécurité.

Dans la mesure où les conventions qui lient le CHDB à certains organismes installés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein de l'hôpital leur sont opposables. Le présent règlement intérieur est porté à cet effet à leur connaissance. Le cas échéant, lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du Directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Article 28 : CALME ET TRANQUILLITE AU SEIN DU CHDB

Tout accompagnant ou visiteur qui, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'établissement, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement et raccompagné à l'extérieur du périmètre hospitalier par les agents de sécurité du CHDB. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital par la force publique.
Les visiteurs doivent respecter les mesures visant à réduire les nuisances sonores et surveiller les enfants qui les accompagnent.
Le calme et la tranquillité, ainsi que le repos des patients et des résidents doivent être préservés dans l'établissement.

Article 29 : INTERDICTIONS D'INJURES, D'ACTES DE VIOLENCES VERBALES ET PHYSIQUES

Toute forme d'agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires.
Les victimes d'infractions peuvent porter plainte en leur nom personnel.
Le Directeur ou son représentant porte plainte selon les dispositions prévues par les textes.

Article 30 : RESPECT DE LA CHARTE DE LA LAÏCITE

Tous les usagers sont égaux devant le service public. Ils ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène. Les usagers doivent s'abstenir de toute forme de

prosélytisme. Le principe de laïcité interdit à quiconque de se prévaloir de ses croyances religieuses pour s'affranchir des règles communes régissant les relations entre collectivités publiques et particuliers.

Article 31 : INTERDICTION DE LA DISSIMULATION DU VISAGE DANS L'ESPACE PUBLIC

Loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public, Circulaire du 2 mars 2011 relative à la mise en œuvre de la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public.

La dissimulation du visage dans l'espace public est interdite.
Les tenues destinées à dissimuler le visage sont celles qui rendent impossible l'identification de la personne. Il n'est pas nécessaire, à cet effet, que le visage soit intégralement dissimulé.
Toutefois, cette interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires, si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels ou si elle s'inscrit dans le cadre de pratiques sportives, de fêtes ou de manifestations artistiques ou traditionnelles.
L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé.
Dans le cas où la personne, dont le visage est dissimulé, serait entrée dans les locaux, il est recommandé de lui rappeler la réglementation et de l'inviter à se découvrir ou à quitter l'établissement.
En cas de refus d'obtempérer, il doit être fait appel aux forces de police qui, elles seules, peuvent constater l'infraction.
Ce refus d'accès au service ne s'applique pas pour les situations particulières d'urgences médicales.

Article 32 : PREVENTION DE LA RADICALISATION

Instruction du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé, Circulaire du 13 mai 2016 relative à la prévention de la radicalisation.

La radicalisation de personnes ayant accès à l'établissement peut mettre en danger la sécurité du Centre Hospitalier.
Tout comportement suspect ou toute personne en voie de radicalisation (personnels, usagers, prestataires) doit être signalé au Directeur de l'établissement.
Les affiches officielles de prévention face à la radicalisation font l'objet d'un affichage dans l'établissement.

Article 33 : RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE, DU DROIT A L'IMAGE ET REGLES DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOS

Article 9 du Code Civil,
Article 226-1 du Code Pénal.

Le droit à l'image et le respect de la confidentialité sont des composantes du respect de la vie privée.
Il est strictement interdit au sein de l'établissement sauf dérogation expresse du Directeur ou de son représentant de :

- Capter, enregistrer ou transmettre, sans le consentement de la personne, des paroles prononcées à titre privé ou confidentiel,
- Fixer, enregistrer ou transmettre, sans le consentement de celle-ci, l'image d'une personne.

Le droit à l'image s'applique également aux biens du CHDB et aux biens des personnes accueillies.

Afin de respecter ce droit, il est nécessaire de recueillir auprès des personnes dont l'image est captée (filmée ou photographiée par tous moyens), et qui sont reconnaissables, l'autorisation expresse, libre et éclairée, d'utilisation de leur image.
L'autorisation doit être écrite et suffisamment explicite. Le consentement libre et éclairé par écrit est absolu.

Concernant les personnes se trouvant dans l'incapacité d'exprimer leur consentement et en cas de doute, il est recommandé de solliciter l'avis de leur médecin traitant préalablement à la sollicitation de leur autorisation afin d'avoir une connaissance parfaite de leurs capacités cognitives.
Un avis complémentaire, celui des proches peut également être recueilli pour asseoir cette autorisation.
Dans les cas des majeurs sous protection juridique, le consentement de leurs tuteurs est nécessaire préalablement à toute prise de vue de ces personnes.
La prise d'images d'une personne décédée nécessite l'accord de ses ayants-droit (ou héritiers).

L'autorisation donnée pour être filmé ou photographié n'implique pas en elle-même l'accord pour la diffusion. Afin d'être opérationnelle et opposable, l'autorisation doit définir les modalités de diffusion de l'image en ce qui concerne la durée, le support même, le type de réseau social de communication, la zone géographique.
L'omission d'une autorisation écrite et précise quant à la diffusion engage la responsabilité de celui qui fixe et diffuse l'image. Elle est punissable par les dispositions du Code pénal citées ci-dessus.
Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des usagers de l'établissement ainsi qu'à l'ensemble du personnel.

Article 34 : LUTTE CONTRE LE RISQUE INCENDIE

Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité incendie appropriés et sont soumis régulièrement à des contrôles. Des exercices et des formations de lutte en cas d'incendie sont régulièrement organisés au profit du personnel. Ces formations et les exercices d'évacuation sont obligatoires pour tout le personnel.

Des procédures définissant la marche à suivre en cas d'incendie ou de suspicion d'incendie sont définies par le CHDB et diffusées dans l'ensemble des structures.
Le CHDB tient un registre de sécurité par site sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines et notamment des incendies.

Ces renseignements sont communiqués à la sous-commission départementale de sécurité lors des contrôles sur place.

Un service de sécurité est présent au CHDB et est composé, sous la responsabilité d'un Directeur adjoint, d'un responsable de service, d'un coordonnateur titulaire du diplôme SSIAP3 et d'une équipe de sécurité présente sur le site de Bischwiller en continu, 24h/24 et 7J/7. L'équipe de sécurité mobile est constituée d'un chef de poste titulaire du diplôme SSIAP 2 et d'un agent titulaire du diplôme SSIAP 1.

La sécurité des biens et des personnes est également garantie par la présence en continu d'un 3ème agent titulaire du diplôme SSIAP 1 (agent du Poste d'accueil central- PAS).

Article 35 : INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER

Décret N°2006 – 1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer,
Circulaire du 8 décembre 2006, publiée au Journal Officiel du 19 janvier 2007, relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.

Le CHDB est soumis à l'interdiction de fumer. Cette interdiction s'applique également à la cigarette électronique.

L'interdiction de fumer concerne :

- Tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou constituent des lieux de travail (y compris les bureaux individuels) du Centre Hospitalier, des EHPAD, du pôle accompagnement handicaps et de l'IFAS,
- Les abords immédiats des entrées des bâtiments. Cette interdiction est également opposable aux professionnels en tenue de travail qui, eu égard à leur rôle d'exemplarité, s'exposent à des sanctions disciplinaires en cas de non-respect,
- Certains espaces extérieurs signalés « sans tabac ».

Une signalétique répondant aux normes réglementaires, matérialisant l'interdiction de fumer et délivrant un message sanitaire de prévention est apposée à toutes les entrées des bâtiments hospitaliers, dans les halls et dans certains emplacements à forte fréquentation.

Article 36 : INTERDICTION DE LA DETENTION D'ARMES, D'OBJETS DANGEREUX ET DE PRODUITS ILLICITES

L'introduction d'armes, d'objets dangereux ou de produits stupéfiants illégaux dans l'enceinte du Centre hospitalier de Bischwiller est strictement interdite. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation des objets ou des produits en cause le temps de son séjour et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

Article 37 : PERSONNEL TECHNIQUE ET CONTINUITE DU SERVICE

Le service technique est chargé de la gestion des questions liées à la sécurité des équipements et des installations techniques et de veiller sur leur fonctionnement normal, de jour comme de nuit.
Une astreinte technique est organisée la nuit, le week-end et les jours fériés afin de garantir le bon fonctionnement de l'ensemble des installations et équipements du CHDB et faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire.

Article 38 : REGLES DE RESPONSABILITE ET PROTECTION DES AGENTS DU CHDB

Article L.134-1 à L.134-12 du Code général de la fonction publique.

La mise en œuvre par le CHDB de mesures de protection et de surveillance permettant d'éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles habituelles en matière de responsabilité hospitalière.

Le Centre hospitalier a souscrit un contrat d'assurance responsabilité civile couvrant les conséquences pécuniaires de la responsabilité qu'il peut encourir par application des dispositions du Code Civil ou des

règles de droit administratif ou encore à titre contractuel en raison des dommages ou préjudices causés au tiers dans le cadre de ses activités.

Les actes de délinquance commis dans l'enceinte du CHDB engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, que ceux-ci soient ou non identifiés.
En vertu des article L.134-1 à L.134-12 du Code général de la fonction publique, le Centre hospitalier assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.
Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le Directeur de l'établissement porte plainte pour les dommages subis par le CHDB.
Par ailleurs, une fiche signalétique est transmise à l'Agence Régionale de Santé puis au Ministère de la Santé pour les informer des faits de violence qui se sont produits dans l'établissement.

Article 39 : VIDEOPROTECTION

Loi n°95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité,
Décret n°96-926 du 17 octobre 1996 relatif à la vidéosurveillance modifié par le décret n°2006-929 du 28 juillet 2006 et par le décret n°2009-86 du 22 janvier 2009,
Circulaire du Ministre de l'Intérieur relative à l'application de l'article 10 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité.

Le Centre hospitalier départemental de Bischwiller dispose d'un système de vidéoprotection.
La vidéoprotection est autorisée dans le but d'assurer la sécurité des personnes et des biens dans les lieux et établissements ouverts au public.

L'usager est informé, de manière claire et permanente, de l'existence d'un système de vidéoprotection. Il est également informé de la personne responsable qui traite les données enregistrées. Ces informations sont affichées sur les panneaux placés à l'extérieur et à l'intérieur de l'enceinte du Centre hospitalier notamment aux entrées et aux sorties des bâtiments ainsi qu'aux voiries.

Les enregistrements de la vidéoprotection sont détruits dans un délai maximum fixé par l'autorisation. Celui- ci ne peut excéder 30 jours.
Toute personne intéressée peut faire une demande au responsable du Service Sécurité afin d'obtenir un accès aux enregistrements la concernant et d'en vérifier la destruction dans le délai prévu. Cet accès est de droit. Un refus d'accès peut toutefois être autorisé notamment pour un motif tenant à la sécurité publique ou au déroulement de procédures engagées devant les juridictions.

Article 40 : RAPPORTS AVEC LES AUTORITES JUDICIAIRES

Le Directeur informe les autorités compétentes des faits répréhensibles graves qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice des missions du Centre hospitalier ainsi que des cas de mort violente ou suspecte dans l'enceinte de l'établissement. D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.
Le Directeur ou son représentant peut demander expressément aux services de soins d'informer les autorités territorialement compétentes à savoir la Brigade territoriale de la Gendarmerie de Bischwiller en cas de disparition d'un patient dès lors que celui-ci présente un danger pour lui-même ou pour autrui.

Seul le Directeur ou son représentant a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de Police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein de l'hôpital une intervention de police, l'autorité de Police appréciant si cette intervention est possible et nécessaire.
En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur doit être systématiquement informé, par tout agent du Centre hospitalier, des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

Article 41 : CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Il peut à cet égard être amené à contacter tout personnel de l'Etablissement. La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT) est informée sur les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des armoires et vestiaires individuels, des véhicules ou à des interventions dans les chambres des usagers. Il peut dans les mêmes conditions, en particulier lors de la mise en œuvre par les pouvoirs publics de plan de sécurisation Vigipirate, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées, comme l'ouverture des sacs, paquets ou des véhicules ou encore la justification du motif de son accès sur le site de l'hôpital.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs usagers, le Directeur peut en outre, et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut ainsi décider d'un périmètre de sécurité ou d'évacuation.
En situation de catastrophe ou lors du déclenchement du plan d'urgence, le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

SECTION 3. USAGE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION, DE LA COMMUNICATION ET TRAITEMENT DES DONNEES À CARACTÈRE PERSONNEL

Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD),
Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
Décret n° 2019-536 du 29 mai 2019 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article 42 : REGLEMENTATION APPLICABLE ET SECURITE DU SYTEME D'INFORMATION

Les règles d'utilisation des ressources informatiques et des techniques de l'information mises à disposition des agents et collaborateurs du CHDB sont régies par les textes législatifs et règlementaires en vigueur, ainsi que par la Charte du bon usage des technologies de l'information et de la communication du CHDB (NS -72, n° 2014-10, régulièrement mise à jour). Celle-ci a été validée par les instances de l'établissement et est accessible dans la gestion documentaire sur l'intranet du CHDB.

La charte vise le respect total de la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI) de l'établissement ainsi que la garantie de la confidentialité des données médicales et administratives.

Chaque professionnel doit être conscient que toute négligence dans l'utilisation des ressources informatiques peut exposer à des risques graves les patients, l'institution ainsi que lui-même (failles de sécurité, fuites de données, cyberattaques).

Le non-respect de la charte engage la responsabilité de l'utilisateur dès lors qu'il est démontré que les faits répréhensibles lui sont personnellement imputables.

La charte s'applique à l'ensemble des utilisateurs du système d'information du CHDB. Est considéré comme utilisateur toute personne physique, quel que soit son statut (personnel médical ou non médical, stagiaire, consultant, partenaire, prestataire de service, etc.) amenée à accéder au système d'information du CHDB.

Article 43 : TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ET EXERCICE DES DROITS

Le CHDB met en œuvre des traitements de données à caractère personnel, tant administratives que médicales, recueillies auprès des usagers lors de leur prise en charge ou auprès de ses personnels dans le cadre de la gestion RH.
Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'ensemble de ces traitements est recensé et formalisé dans le Registre des activités de traitement tenu à jour par l'établissement. Le CHDB met en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir la sécurité, la confidentialité et la résilience de ces données.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée et au RGPD, les personnes physiques concernées (usagers et personnels) disposent, dans les conditions prévues par la réglementation, des droits suivants sur les données qui les concernent :

- Droit d'accès ;
- Droit de rectification ;
- Droit à l'effacement (« droit à l'oubli ») ;
- Droit à la limitation du traitement ;
- Droit d'opposition.

En application de l'article 37 du RGPD, le Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller a désigné un Délégué à la Protection des Données (DPD / DPO). Toute demande d'exercice de droits ou toute question relative à la protection des données personnelles doit être adressée au DPD :

- Par courrier électronique : DPD@ch-bischwiller.fr
- Par voie postale : Délégué à la Protection des Données — Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller — 17 route de Strasbourg – BP 90007 – 67241 BISCHWILLER Cedex

Article 44 : COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE

Le CHDB développe une politique de communication interne et externe à l'attention des professionnels et du public par divers supports : le site internet de l'établissement, l'intranet, la newsletter interne, l'affichage, les communications dans la presse, réseaux sociaux ou lors de journées à thème.

Tout document ou action de communication émanant du CHDB ou engageant l'image de l'établissement doit faire l'objet d'une demande préalable et d'une validation explicite du Directeur de l'établissement.

DEUXIEME PARTIE – LE PATIENT ET LA PERSONNE ACCUEILLIE AU CHDB

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNES HOSPITALISEES ET AUX PERSONNES ACCUEILLIES

SECTION 1. DROITS DE LA PERSONNE HOSPITALISEE ET DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Article 45 : PRINCIPES GENERAUX

On nomme « personne hospitalisée », toute personne prise en charge à l'hôpital de jour, en unité de soins palliatifs gériatriques, dans les services de courts séjour et de soins médicaux de réadaptation.
La « personne accueillie » fait référence aux personnes qui sont accueillies dans les structures et services médico-sociaux du CHDB. Le mot « usager » est utilisé quand il s'agit de désigner les deux catégories indistinctement.
L'application des dispositions du présent règlement intérieur s'interprète au regard des obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement auxquelles sont soumis le personnel et les usagers.

Les chartes de la personne hospitalisée et de la personne accueillie sont affichées dans les services. Elles sont annexées aux livrets d'accueil remis, dès leur entrée dans l'établissement, aux personnes hospitalisées et aux personnes accueillies.

Article 46 : GARANTIE DES DROITS

Le Centre hospitalier de Bischwiller garantit à l'ensemble de ses usagers la totalité des droits définis par les textes législatifs en vigueur. Ces droits sont récapitulés ci-dessous :

- Droit de toute personne au libre choix de l'établissement et à la structure d'accueil,
- Droit à la qualité de l'accueil, des traitements et des soins, au soulagement de la douleur et à une mise en œuvre des actions qui visent à assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie,
- Droit à une information accessible et loyale permettant à chacun de participer aux choix thérapeutiques qui le concernent et à l'assistance d'une personne de confiance choisie librement,
- Droit au consentement libre et éclairé de l'usager, au refus de traitement et aux directives anticipées visant à prévoir une fin de vie dans la dignité,
- Droit à l'information sur la participation à une recherche biomédicale et sur la non conséquence d'un refus sur la qualité des soins reçus,
- Droit au respect de l'intimité, de la vie privée, des croyances de l'usager, de sa tranquillité et de la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent,
- Droit à une expression libre sur les soins et sur l'accueil reçus.

Article 47 : PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE ET PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

La bientraitance est un des objectifs prioritaires du Projet d'établissement. La Direction met tout en œuvre pour intégrer cette notion dans une culture institutionnelle.
Tous les professionnels de l'ensemble des secteurs d'activités du CHDB se doivent d'adhérer et mettre en œuvre cette démarche et philosophie de bientraitance.

Le Directeur donne les suites appropriées à tout acte présumé ou avéré de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle ou financière, de négligence active ou passive dont il pourrait avoir connaissance.
Les personnels ont l'obligation de signaler les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions auprès de leur responsable hiérarchique direct, du directeur délégué ou, en-dehors des horaires concernés, de l'administrateur de garde. Ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur.

Les personnes âgées et handicapées accueillies ont un accès direct au 3977, numéro national d'écoute dédié leur permettant de signaler les faits de maltraitance subie.

SECTION 2. FORMALITES ADMINISTRATIVES ET MODALITES D'ADMISSION

Article 48: MODALITES D'ADMISSION

Articles R.1112-11 à R.1112-23 du CSP.

L'admission en unité de soins palliatifs gériatriques, en court séjour gériatrique ou en soins médicaux de réadaptation est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur avis d'un médecin de l'établissement.
Elle est décidée par le médecin, sur présentation si possible d'un certificat médical du médecin traitant ou d'un praticien hospitalier lors d'un transfert d'un autre établissement de santé. Ce certificat est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du praticien hospitalier de l'établissement de santé au médecin du CHDB et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Le Directeur est in fine décisionnaire pour prononcer toute admission qu'il juge nécessaire au regard des situations de tensions (HET- Hôpital en tension), locales ou territoriales.
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'Agence Régionale de Santé (ARS).

La prise en charge à l'hôpital de jour se fait en accord avec le médecin traitant. La durée et la fréquence des bilans diagnostiques, des réévaluations des fonctions cognitives, des réadaptations fonctionnelles et les prises en charge pour un travail d'entraînement à la mémoire sont définies selon l'indication posée par le médecin gériatre de l'hôpital de jour.

Les conditions et les modalités d'admission relatives aux personnes accueillies sont précisées dans les règlements de fonctionnement annexés au contrat de séjour.

Article 49 : FORMALITES ADMINISTRATIVES AU MOMENT DE L'ADMISSION

Article R. 1112-24 (CSP).

Quel que soit le mode d'admission de l'usager, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité de la personne et aux conditions de sa prise en charge.
A cet effet, l'usager, ou le cas échéant son représentant, doit présenter au bureau des admissions :

- sa carte Vitale, ou tout autre justificatif d'ouverture de droits à un régime obligatoire d'assurance maladie,
- une pièce officielle d'identité comportant une photographie,
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur.

Le personnel du service des admissions a la possibilité de consulter le site Internet CDR (Consultation des Droits) en ligne afin de vérifier les droits de l'assuré.
L'usager ou ses proches doivent respecter les règles élémentaires de courtoisie, confidentialité et respect lorsqu'ils se trouvent à proximité d'un guichet d'admission. A défaut, ils pourraient être invités à quitter l'établissement.
La personne accueillie sera également invitée à présenter une copie de son avis d'imposition, les justificatifs de ses revenus et le cas échéant une copie de sa carte d'invalidité.

Article 50 : PERSONNE DE CONFIANCE

Articles L.1111-6 et L.1111-12 (CSP),
Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006.

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou son médecin traitant, et 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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.
Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.
Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.
Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement en application de l'article L. 1111-4, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin interroge le dossier médical partagé. A défaut de directives anticipées conservées ou enregistrées dans le dossier médical ou le dossier médical partagé, il recherche l'existence et le lieu de conservation des directives anticipées auprès de la personne de confiance, auprès de la famille ou des proches, ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui lui a adressé cette personne.

Article 51 : LIVRET D'ACCUEIL ET AUTRES FORMALITES

Dès son arrivée dans l'établissement, le patient reçoit :

- un livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour, notamment les formalités administratives à régler au service des admissions et les documents qu'il doit présenter : carte vitale, carte d'adhésion à une mutuelle et carte d'identité
- un contrat d'engagement de lutte contre la douleur,
- un questionnaire de sortie.

La personne accueillie signe un contrat de séjour et reçoit en plus un règlement de fonctionnement.

Article 52 : EFFETS PERSONNELS, DEPOT DE BIENS ET DE VALEUR

Les hospitalisés et les personnes accueillies sont tenus d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, brosse, etc.),
- leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, etc.).

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

Pour tout séjour, le patient est invité à ne pas venir avec des objets de valeur dans l'établissement. Une information lui est faite dans ce sens. Lors de son admission, le patient et sa famille sont invités à effectuer auprès de l'administration du CHDB le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qu'il détiendrait, le cas échéant. Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur par les patients sont remis, après inventaire effectué dans le service de soins par le personnel soignant, à un agent du Centre hospitalier, régisseur de dépôt, ou à la Trésorerie principale.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre. La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration d'un objet ou vêtement résulte de la nature ou d'un vice de ce dernier, ni lorsque le dommage a été la conséquence directe de l'exécution d'un acte médical ou de soins.

SECTION 3. REGIME ET FRAIS D'HOSPITALISATION

Article 53 : REGIME D'HOSPITALISATION

Il existe 2 régimes d'hospitalisation :

- **le régime commun**, applicable aux malades séjournant en chambre à deux lits ou en chambre seule pour des raisons médicales,
- **le régime particulier** appliqué aux malades demandant à disposer d'une chambre répondant à certains critères de confort (chambre seule, repas et boissons pour les accompagnants, etc.). Une majoration journalière du tarif de prestations s'applique sur le tarif régime commun de la discipline de séjour (article R.162-32-2 du code de la sécurité sociale).

Le service des admissions informe le patient du prix de ces prestations.
Le supplément de prix est à la charge du patient ou éventuellement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Donner son attestation de tiers payant aux agents du service des admissions entraîne automatiquement le consentement du traitement des données personnelles du patient dans le cadre du dispositif ROC (Remboursement Obligatoire Complémentaire). En cas de refus, le tiers payant dématérialisé sur la part complémentaire ne pourra être mis en place.

Article 54 : PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION ET DE SEJOUR

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents et informations nécessaires à l'obtention par le CHDB, de la prise en charge des frais d'hospitalisation de la part de l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent, ainsi que, le cas échéant, de leur organisme d'assurance complémentaire.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) sont munis de documents nécessaires à la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.
Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) doivent être munis de l'attestation CSS.
Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition du service des admissions, pendant la durée de leur hospitalisation.
Les patients qui ne bénéficient d'aucun des régimes de protection énumérés ci-dessus, peuvent être appelés à signer un engagement de paiement, ou invités à verser à titre de provision au moment de leur admission, une somme qui pourra être réévaluée en fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, et dont le montant viendra en déduction de l'avis des sommes à payer au titre de leur séjour.

Le service social de l'établissement peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie.
Le service social aide le patient dans toutes les démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

Le forfait journalier (fixé chaque année par le Ministère de la Santé) et le ticket modérateur peuvent rester à la charge du patient, si celui-ci n'est pas couvert par un régime d'assurance complémentaire.
Quel que soit le régime d'hospitalisation choisi, le patient peut demander l'installation du téléphone dans sa chambre moyennant le paiement d'un forfait.

Lorsqu'un patient ne relève plus médicalement d'une prise en charge dans l'une des unités citées à l'article 46 et dans l'hypothèse où des propositions ont été formulées au patient ou à sa famille mais que ceux-ci s'y opposent, l'établissement peut procéder à la facturation des frais d'hospitalisation, sur la base des tarifs en vigueur. Ces frais sont à la charge du patient ou de sa famille.

Les frais de séjour des personnes accueillies dans les EHPAD et au Pôle Accompagnement handicaps sont fixés annuellement par arrêté du Président de la Collectivité Européenne d'Alsace. Les tarifs mensuels sont portés à la connaissance de chaque personne accueillie. L'établissement applique le tarif différencié, pour tous les nouveaux arrivants à compter du 1er septembre 2026, qui fixe un tarif différent de celui du département pour les résidents qui ne relèvent pas de l'Aide Sociale à l'Hébergement.
Les bénéficiaires de l'aide sociale sont informés des montants accordés à ce titre ainsi que des modalités de versement de leurs ressources et, le cas échéant, des contributions laissées à la charge de leurs obligés alimentaires.

Article 55 : LES TRANSFERTS DANS UN AUTRE ETABLISSEMENT

Les patients peuvent être transférés d'un établissement à un autre, en vue d'un diagnostic ou d'un traitement dans un établissement plus spécialisé, avec retour ou non dans l'établissement d'origine.

■ Les transferts provisoires :

- si le transfert est inférieur à 2 nuits, le tarif journalier de prestations applicable est celui de l'hôpital d'origine,
- si le transfert est supérieur à 2 nuits, le tarif applicable pendant la période du transfert est celui de l'hôpital d'accueil, l'hôpital d'origine devant clore son dossier administratif.

■ Les transferts définitifs :

- si le transfert a lieu dans un service du même hôpital mais relevant d'une autre discipline tarifaire, c'est le tarif de cette seconde discipline qui s'applique dès le jour du transfert,
- si le transfert a lieu dans un autre établissement, le tarif des prestations de l'établissement d'accueil s'applique dès le jour du transfert.

SECTION 4. DISPOSITIONS RELATIVES AUX MAJEURS PROTEGES

Article 56 : ADMISSION DE MAJEURS FAISANT L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION

Toute personne protégée peut être admise en hospitalisation à sa demande, à celle de son entourage, de son tuteur ou de l'autorité administrative ou judiciaire :

- Le majeur placé sous la sauvegarde de la justice conserve l'exercice de ses droits. L'admission est prononcée sur sa seule demande,
- Le majeur placé sous curatelle a besoin d'être assisté ou contrôlé d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Toutefois, dans la mesure où son état le permet, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa santé. Ainsi, l'admission peut être prononcée sur la seule demande du majeur protégé. Si son état ne lui permet pas de prendre seul une décision éclairée, et hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée sur demande conjointe du majeur et de son curateur,
- Le majeur sous tutelle est une personne représentée de manière continue par un tuteur dans tous les actes de la vie civile. Toutefois, dans la mesure où son état le permet, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa santé. Ainsi, l'admission peut être prononcée sur la seule demande du majeur protégé. Si son état ne lui permet pas de prendre une décision personnelle éclairée, et hors les cas d'urgence, le juge peut prévoir qu'il soit assisté par son tuteur ou représenté par celui-ci si une simple mesure d'assistance est insuffisante.

Article 57 : PRISE EN CHARGE DES MESURES DE PROTECTION

Les mesures de protection juridique des majeurs qui résident dans les structures du Centre hospitalier sont assurées par le Service de Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (SMJPM), qui propose un service de préposés d'établissement sur décision des juges du contentieux de la protection à destination du CHDB, ainsi que des autres établissements de la CHNA.

D'autres mandataires qui relèvent soit des services mandataires extérieurs (UDAF, TANDEM…) soit des mandataires exerçant en qualité de personnes physiques à titre individuel peuvent être désignés par le juge du contentieux de la protection pour intervenir au sein de l'établissement.

Leurs domaines d'intervention concernent l'action administrative, la gestion financière et patrimoniale ainsi que l'action juridique.

Les mandataires à la protection juridique des majeurs sont chargés de :

- Garantir à la personne le respect de sa liberté individuelle et de ses droits fondamentaux,
- Assurer la satisfaction des besoins fondamentaux (alimentation, vêture, protection du logement etc.),
- Assurer la gestion et la protection des biens et des personnes selon les missions confiées par le Juge du contentieux de la protection.

SECTION 5. CONSULTATIONS PAR DES MEDECINS INTERVENANTS

Article 58 : ORGANISATION DES CONSULTATIONS PAR DES MEDECINS SPECIALISTES

Les usagers peuvent bénéficier d'un suivi auprès de médecins spécialistes sur le site principal de Bischwiller.
Des consultations externes d'Ophtalmologie, d'ORL et de radiologie sont réalisables.
Celles-ci font l'objet d'une facturation à l'Assurance Maladie selon l'ouverture des droits du résident. Le ticket modérateur est à la charge du résident ou de sa mutuelle le cas échéant, sauf pour les personnes accueillies pour lesquelles les actes de radiologie sont à la charge de l'établissement dans le cadre du forfait soins.

SECTION 6. SOINS PARTICULIERS

Article 59 : UTILISATION DU SANG

■ Transfusions sanguines

L'administration de produits sanguins est réalisée avec des produits validés fournis par l'Etablissement Français du Sang d'Alsace.
Au cours de son séjour hospitalier, le patient (ou son représentant légal) est informé chaque fois que cela est possible et par écrit avant toute administration sur sa personne, d'un produit sanguin labile. Un suivi transfusionnel est pratiqué pour tout patient transfusé.

■ Sécurité transfusionnelle

Les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires sont effectuées préalablement à toute administration d'un produit sanguin. Le CHDB établit un dossier transfusionnel, classé dans le dossier médical du patient, pour chaque personne bénéficiant d'une transfusion. Si une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion apparaît, le correspondant d'hémovigilance du CHDB informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion fournisseur. Le patient est tenu informé de la situation.

Article 60 : PRELEVEMENTS ET DONS D'ORGANE

Articles L.1211-2, L.1231-1 et suivants du CSP,
Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006

Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits, pour quelque finalité que ce soit, ne peut être pratiqué sans le consentement du donneur. Le consentement est révocable à tout moment.

Sauf impossibilité, lorsque la finalité initiale du prélèvement est modifiée, la personne doit en être informée afin de pouvoir s'y opposer si elle le souhaite.
Sous réserve de présenter un intérêt thérapeutique direct pour un receveur potentiel, il est possible de procéder à un prélèvement d'organe(s) sur une personne majeure et juridiquement capable, ayant au préalable donné son consentement de manière libre et éclairée.
Le consentement doit être exprimé devant le Tribunal Judiciaire ou, en cas d'urgence, devant le Procureur de la République.
Ledit consentement est en outre révocable à tout moment et sans formalisme particulier.

Toute personne peut faire connaître de son vivant son opposition ou son refus à un prélèvement d'organe après son décès. Ce refus peut figurer sur le Registre national des refus, après envoi d'une demande et d'une copie de pièce d'identité, adressée à l'AGENCE DE BIOMEDECINE - Registre national des refus - TSA 90001 - 93 572 SAINT-DENIS LA PLAINE Cedex.
Il peut également être exprimé par tout autre moyen.
Aussi, en l'absence de refus enregistré dans le Registre national, avant tout prélèvement, le médecin doit vérifier auprès de la famille ou des proches que la personne ne s'est pas opposée de son vivant par tout moyen au don d'organes.
Si la personne décédée est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le prélèvement en vue d'un don ne peut avoir lieu qu'à condition que le représentant légal y consente expressément par écrit.

Article 61 : PRELEVEMENT DE TISSUS

Articles L.1241-1 à L.1241-4 du CSP.

Le prélèvement de tissus, de cellules ou la collecte de produits du corps humain sur une personne vivante en vue de don ne peut être pratiqué sans le consentement du donneur. Ce consentement doit être écrit, il est révocable à tout moment.
Ce prélèvement ne peut être opéré que dans un but thérapeutique ou scientifique.

Toutefois, lorsque la nature du prélèvement et ses conséquences pour le donneur le justifient ou lorsqu'il s'agit d'un prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse à des fins thérapeutiques, le consentement doit être recueilli devant le Tribunal Judiciaire ou, en cas d'urgence, par le Procureur de la République.
Le consentement est révocable sans forme et à tout moment.
Par principe, aucun prélèvement en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Par dérogation, en l'absence d'autre solution thérapeutique, un prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut être fait sur une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection au bénéfice de son frère ou de sa sœur ou, à titre exceptionnel, au bénéfice de son cousin germain ou de sa cousine germaine, de son oncle ou de sa tante, de son neveu ou de sa nièce.
Pour un prélèvement sur une personne protégée, c'est le Juge des Tutelles qui se prononce après avoir recueilli l'avis de la personne concernée lorsque cela est possible, du tuteur le cas échéant, et du comité d'experts.
Si son état le permet, la personne protégée a la faculté de consentir ou de refuser le prélèvement.

Article 62 : PARTICIPATION A DES RECHERCHES CLINIQUES OU BIOMEDICALES

Un essai clinique est une recherche biomédicale organisée et pratiquée sur l'homme en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales.
Les essais cliniques portant sur les médicaments ont pour objectif, selon le cas, d'établir ou de vérifier certaines données pharmacocinétiques (modalités de l'absorption, de la distribution, du métabolisme et de l'excrétion du médicament), pharmacodynamiques (mécanisme d'action du médicament notamment) et thérapeutiques (efficacité et tolérance) d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle façon d'utiliser un traitement connu.

Les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés de participer à un projet de recherche clinique ou biomédicale, dans les limites et conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires qui visent à protéger les personnes.
Aucune recherche ne peut être menée si elle n'a pas reçu l'avis favorable d'un Comité de protection des personnes indépendant. La recherche doit en outre être autorisée, selon le cas, soit par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, soit par le Ministère chargé de la Santé.
Sous réserve de dispositions réglementaires spécifiques, aucun essai ou expérimentation ne peut être mené sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprimé par écrit de la part de la personne concernée.
Cet accord écrit est consigné après que le médecin investigateur ait informé complètement et précisément la personne, selon les modalités prévues par la loi.
Toute personne concernée (ou son représentant légal) est libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à des recherches biomédicales.
Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement : pour les majeurs protégés légalement, ou ceux dans l'incapacité d'exprimer leur consentement.

Avant le commencement d'un projet de recherche, le Directeur du CHDB doit toujours être informé de la nature et des modalités de projet et avoir donné son accord.
Une procédure particulière s'applique lorsque le CHDB est sollicité pour être promoteur d'un projet de recherche biomédicale.

Article 63 : AUTOPSIE A VISEE SCIENTIFIQUE

Les prélèvements à des fins scientifiques ayant pour but de rechercher les causes du décès ne peuvent être effectués que dans les cas où la personne concernée n'a pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement selon les modalités exposées ci-dessus.
La famille est informée de tout prélèvement effectué en vue de rechercher les causes du décès.
Lorsque le défunt est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le consentement doit être exprimé par le représentant légal.
Ces prélèvements sont réalisés aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

CHAPITRE 2. INFORMATIONS MEDICALES, DOSSIER MEDICAL ET CONSENTEMENT AUX SOINS

SECTION 1. INFORMATIONS MEDICALES

Article 64 : INFORMATION DU PATIENT

Article L.1111-2 (CSP),
Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006.

L'établissement veille à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information ait été délivrée à l'intéressé.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, la volonté d'une personne de ne pas être informée du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers.

Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées.
L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposés ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas de la délivrance d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, dans la mesure du possible, proposer un soutien psychologique.

Dans le cas où les informations médicales à délivrer relèvent en partie de la compétence d'autres professionnels de santé, le médecin organise le parcours de la personne ou, à défaut, lui indique les professionnels auxquels il est souhaitable qu'elle s'adresse pour obtenir une information médicale complète. Afin que le patient puisse participer pleinement aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à son information et son éducation, chacun dans son domaine de compétences.

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.

Article 65 : REGLES DE CONFIDENTIALITE

Le secret médical, institué pour protéger la personne malade, s'impose au médecin. Dans ces conditions, le médecin ne doit divulguer aucune information médicale à une autre personne qu'au patient.
Toutefois, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, et sauf opposition du patient, la famille et les proches reçoivent les informations leur permettant de soutenir directement le patient et doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables.

Le partage du secret médical se limite aux seuls professionnels concourant à la prise en charge du patient et pour les seules données nécessaires.
Par ailleurs, en cas de décès, et sauf opposition exprimée antérieurement par la personne elle-même, le secret médical ne fait pas obstacle à la divulgation des informations aux ayants droit lorsqu'elles sont nécessaires à la connaissance des causes de la mort, à la défense de la mémoire du défunt ou pour faire valoir leurs droits.

La personne de confiance doit également bénéficier d'une information suffisante pour pouvoir donner valablement son avis dans le cas où la personne malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté.

Seules l'impossibilité, l'urgence ou la volonté du patient de ne pas savoir peuvent dispenser le médecin de l'informer.

L'information porte également, à la demande du patient, sur les frais auxquels il pourrait être exposé au titre de sa prise en charge.
L'établissement veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Les personnels en assurent la stricte confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

Les dispositions principales relatives à la confidentialité des données personnelles sont reprises dans le livret d'accueil. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser au Délégué à la protection des données du Centre hospitalier.

SECTION 2. DOSSIER MEDICAL ET DROIT D'ACCES

Article 66 : DOSSIER MEDICAL DU PATIENT

Article R.1112-1 et suivants (CSP).

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières, dans les conditions de durée légales. Le Directeur de l'établissement veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'hôpital.

Article 67 : DROIT D'ACCES, CONSULTATION ET COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Articles R.1111-1 à R.1111-8 (CSP),
Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006.

Le dossier médical est communiqué au patient qui le demande par écrit ou à la personne qu'il désigne à cet effet.
En cas de décès du patient, il peut être communiqué aux ayants-droits conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002, sauf si le défunt avait, au préalable, exprimé une volonté contraire.
Pour cela, l'ayant – droit doit indiquer que sa demande est faite pour l'un ou plusieurs des motifs suivants :

- connaître les causes du décès,
- défendre la mémoire du défunt,
- faire valoir ses droits.

Seuls les éléments répondant au(x) motif(s) invoqué(s) pourront lui être communiqués.

Le dossier médical peut, en outre, être consulté sur place à la demande du patient, ou par le médecin désigné par le patient (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).

Avec l'accord du patient, un dossier médical succinct peut être adressé au médecin de ville ou au médecin d'un établissement public qui en fait la demande (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).
Ce dossier est constitué par un membre de l'équipe médicale hospitalière à partir du dossier médical complet conservé par l'établissement.
L'envoi fait l'objet d'un remboursement au CHDB des frais engagés pour les copies de documents et de clichés, ainsi que pour l'expédition.

La demande écrite de consultation ou de communication du dossier médical doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- Pour le patient : copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, etc.),
- Pour le tuteur : copie d'une pièce d'identité et copie de l'ordonnance du Juge des Tutelles,
- Pour les ayants-droit : copie d'une pièce d'identité et copie d'un document justifiant de leur qualité d'ayant-droit (livret de famille, certificat d'hérédité…).

Article 68 : ARCHIVAGE ET DESTRUCTION

Articles R.1112-7 et suivants du CSP.

Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein.
Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès.
La mention des actes transfusionnels pratiqués et, éventuellement, la copie de la fiche d'incident transfusionnel sont conservées pendant 30 ans à partir de la date de l'acte transfusionnel.

Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.
A l'issue du délai de conservation mentionné à l'alinéa précédent et après, le cas échéant, restitution à l'établissement de santé des données ayant fait l'objet d'un hébergement, le dossier médical peut être éliminé. La décision d'élimination est prise par le Directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale. Cette élimination est en outre subordonnée au visa de l'administration des archives, qui détermine ceux de ces dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique.

SECTION 3. CONSENTEMENT AUX SOINS

Article 69 : CONSENTEMENT DE LA PERSONNE

Articles L.1111-4 et R.4127-36 (CSP),
Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006.

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. 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 d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.
Le consentement de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Article 70 : REFUS DE SOINS

Articles L. 1111-4, R.1112-43 et R.1112-62 (CSP).

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.
Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le Directeur 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 ce refus est dressé.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, que ce soit du fait d'un état passager limitant ou abolissant tout discernement ou d'un état comateux ou d'inconscience passagère, le médecin doit prévenir la personne de confiance s'il en existe une, ou à défaut un proche.

Face au refus de soins exprimé, au nom du patient, par la personne de confiance, ou un proche, ou par le patient dans ses directives anticipées, le médecin doit mettre en place une procédure dite collégiale.
L'intervention de la personne de confiance ou du proche n'est que consultative.

Pour prendre la décision de respecter ou non ce refus de soins, le médecin devra se concerter avec son équipe médicale et soignante, demander l'avis médical motivé d'un confrère. Une fois la concertation de l'équipe et la consultation du confrère médecin, le médecin décide en prenant en compte l'avis de la personne de confiance ou du proche.

Article 71 : RELATION AVEC LA FAMILLE

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des usagers dans des conditions préservant la confidentialité et sur rendez-vous.
Seul le médecin est en possibilité de délivrer à la famille des indications d'ordre médical telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie. Cette possibilité est strictement limitée à l'absence d'opposition du patient.

Les familles sont systématiquement informées, en application des articles 489 et suivants du Code Civil, lorsque l'état de santé de l'usager justifie le déclenchement de l'instruction d'une mesure de protection des majeurs.

Article 72 : RELATION AVEC LES MEDECINS TRAITANTS

Le service est tenu d'informer le médecin traitant de l'admission de l'usager ainsi que du service où a lieu cette admission.
Il l'invite simultanément à prendre contact avec le médecin du service afin de fournir tous renseignements utiles sur l'usager et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier.
Le médecin traitant doit être informé, le plus tôt possible de la sortie de l'usager, des prescriptions médicales auxquelles celui-ci doit continuer à se soumettre. Il doit recevoir toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, sa surveillance.

Article 73 : DISCRETION DEMANDEE PAR L'USAGER

L'usager peut demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur son état de santé ou sur sa présence dans l'établissement. Un formulaire de non divulgation de présence est à sa disposition.

SECTION 4. AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES AU SEJOUR DES PERSONNES HOSPITALISEES

Article 74 : SERVICES DES REPAS ET DETERMINATION DES MENUS

La prestation alimentaire fait partie intégrante du séjour. L'alimentation est un soin qui tient compte des besoins individuels des usagers.
Les repas sont servis soit dans la chambre, soit dans des locaux de séjour, en fonction des possibilités et de l'état de santé de l'usager.
Les horaires des repas et les menus sont affichés dans les différents services.
Les menus, arrêtés par la commission des menus, sont établis pour être équilibrés selon les conseils des diététiciens de l'établissement et en collaboration avec le service restauration.

Les régimes alimentaires médicalement prescrits sont pris en compte systématiquement. Les aversions alimentaires signalées par l'usager ou son entourage sont prises en compte dans la mesure des disponibilités et des possibilités de l'Unité Centrale de Production alimentaire (UCP) du CHDB.
L'usager peut inviter les personnes de son choix au déjeuner et au dîner sous réserve des moyens d'accueil de chaque service et à condition d'en avoir informé le personnel 72 heures auparavant et de s'être procuré au préalable des tickets-repas au tarif visiteur en vente auprès du service des admissions du Centre hospitalier.

Article 75 : AUTRES SERVICES MIS A DISPOSITION DES USAGERS

■ **Exercice du culte**

Chaque usager doit être en mesure de participer à l'exercice de son culte. Pour cela, il peut faire venir à son chevet le ministre du culte de sa religion.
Au sein de l'établissement, deux équipes d'aumônerie catholique et protestante sont présentes afin d'accompagner humainement et spirituellement les usagers et leurs proches. Sur demande de l'usager, un ministre du culte musulman pourrait également intervenir.
Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres usagers et de leurs proches. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, accueillie, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

■ **Service social**

Le service social du Centre hospitalier de Bischwiller est à la disposition des personnes hospitalisées, de leurs familles et de leurs proches.
Les assistants sociaux favorisent le maintien ou l'accès aux droits sociaux et participent à la régularisation des difficultés administratives. Ils interviennent dans l'évaluation, l'information, le conseil et l'orientation des aides humaines, techniques et financières autant à domicile qu'en institution. Ils participent à l'élaboration du projet de vie/sortie avec la personne et sa famille. Ils permettent une liaison et une coordination avec les partenaires institutionnels et les aidants à domicile.
Pour les adultes vulnérables, ils interviennent dans les enquêtes, rédaction et signalement, requêtes de mesure de protection juridique et accompagnement des familles. Ils préparent, en collaboration avec les autres intervenants, le maintien ou le retour à domicile.

■ **Accès de tous au système de soins**

Pour faciliter l'accès au système de santé des personnes démunies et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de Protection Universelle Maladie et de l'Aide Médicale de l'Etat, l'usager ou sa famille peut s'adresser au service des admissions ou au service social.

■ **Courrier**

Le courrier est distribué les jours ouvrables dans les services et doit être libellé à l'adresse suivante : Centre hospitalier départemental de Bischwiller, M./Mme..., Bâtiment…, 17 route de Strasbourg BP 90 007, 67241 Bischwiller Cedex.
Le vaguemestre peut également se charger de l'envoi des lettres ou paquets préalablement affranchis.

■ **Téléphone**

Les patients pris en charge aux services de court séjour et de soins médicaux de réadaptation peuvent demander à disposer d'un téléphone particulier au service des admissions moyennant paiement (forfait). En EHPAD, en USLD et au Pôle accompagnement handicaps, les personnes accueillies ont la possibilité de disposer d'une ligne téléphonique et de s'abonner à un opérateur téléphonique de leur choix.

■ **Télévision**

Des téléviseurs sont installés dans les chambres des patients hospitalisés. Cette prestation est incluse dans le tarif.

En EHPAD, en USLD et au Pôle accompagnement handicaps, l'abonnement à un service de télévision est laissé à la discrétion de la personne accueillie et de sa famille.

■ **Interprète**

Les usagers peuvent avoir la possibilité d'avoir accès à un interprète en cas de difficultés au cours du séjour. La demande sera faite auprès du cadre de santé du service.

Une procédure interne à l'établissement, à la disposition du cadre de santé ou du Directeur de garde, décrit les modalités d'accès à un service d'interprétariat lors de la prise en charge.

Article 76 : EXERCICE DU DROIT DE VISITE, RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS ET REGLES DE VIE EN COLLECTIVITE

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui rendent visite aux usagers. L'usager peut refuser toute visite à laquelle il ne souhaite pas donner suite. Les visites aux résidents hébergés sont autorisées sans horaire défini. Il est conseillé aux visiteurs de privilégier les tranches horaires où les soins ne sont pas programmés.

Les visites aux patients hospitalisés sont autorisées tous les jours entre 12h00 et 20h00.

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, la présence d'un accompagnant peut-être autorisée en dehors des horaires de visite.

Le Directeur ou son représentant doit être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les usagers ou leurs proches ou encore le personnel de l'établissement. Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service de l'établissement sans l'autorisation préalable du Directeur ou son représentant.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des usagers, sauf accord de ceux-ci et des responsables des services et après autorisation du Directeur.

Les notaires, qui ont la qualité d'officier public, doivent signaler leur présence auprès du cadre de santé du service avant de se rendre auprès des usagers qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

Les usagers peuvent demander au cadre de santé du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent, d'avoir accès à eux.

■ **Interdiction de fumer**

Pour des raisons de sécurité incendie, il est interdit de fumer dans les locaux de l'établissement y compris dans les chambres des résidents du pôle Hébergement et soins gériatriques et du Pôle accompagnement handicaps.

■ **Animaux dans l'enceinte de l'établissement**

Le résident pourra accueillir son animal de compagnie sous réserve d'une évaluation préalable de sa compatibilité avec la vie en collectivité et du respect strict des conditions édictées dans le contrat de séjour.

En USLD, les animaux ne peuvent pas être accueillis (y compris pour les visiteurs) à l'exception des activités thérapeutiques utilisant la médiation animale.

Les chiens de petite taille et non agressifs sont tolérés dans les structures du CHDB (hors services d'hospitalisation). Ils doivent être tenus en laisse et éventuellement porter une muselière. Les propriétaires d'animaux de compagnie s'engagent à respecter le calme, les locaux et l'environnement extérieur en ramassant les déjections canines. Toute nuisance interdira l'accès à la structure.

L'établissement se dégage de toute responsabilité en cas d'accident lié ou inhérent à la présence d'un animal dans l'enceinte du CHDB.
Au titre de la prise en soins, des activités de médiation animale peuvent être organisées sous l'autorisation du chef d'établissement.

■ **Autres produits interdits : boissons alcoolisées et médicaments non autorisés**

Les visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.
Le cadre du service s'oppose, dans l'intérêt de l'usager, à la remise à celui-ci de denrées ou boisson même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

■ **Gestion des denrées alimentaires**

Les troubles de la déglutition relèvent d'une prise en soins coordonnée entre les professionnels afin de garantir une alimentation et une hydratation sécurisées pour chacun. Il est interdit de ramener des denrées, exceptées : biscuits secs, fruits frais, compotes industrielles, desserts UHT, viennoiseries et confiseries.
Avant de proposer à manger ou à boire à un proche, il est obligatoire de prendre contact avec les soignants.

Les denrées ou boisson introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut, détruites.
Le CHDB ne peut être tenu pour responsable des dommages causés aux résidents ou patients par les denrées ou plats apportés par les familles.

Article 77 : INTERDICTION DE DESORDRES ET PERTURBATIONS PAR LES USAGERS

Le comportement ou les propos des usagers ne doivent pas porter atteinte aux droits des autres usagers, ni perturber ou gêner le bon fonctionnement du service, ni encore porter atteinte à l'intégrité physique ou morale des personnels de l'établissement.
Lorsqu'un usager, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant prend avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.
Outre les dispositions ci-dessus, l'indemnisation des préjudices subis pourra être demandée au perturbateur.

Article 78 : DEVOIR DE PRESERVATION DU BON ETAT DES LOCAUX ET DES MATERIELS DE L'ETABLISSEMENT

Il est de l'intérêt et du devoir des patients et personnes accueillies au Centre hospitalier de préserver le bon état des locaux et matériels qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises entraînent pour leurs auteurs l'obligation d'indemniser les dégâts causés, sans préjudice d'éventuelles poursuites devant les tribunaux compétents.

Article 79 : ASSOCIATIONS

Les associations et organismes qui envoient auprès des usagers des visiteurs bénévoles doivent, préalablement, obtenir l'agrément de l'administration. Leurs représentants doivent porter un badge permettant de les identifier.

SECTION 5. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS EN FIN DE VIE

Article 80 : DIRECTIVES ANTICIPEES

Articles L. 1111-11 et suivants, R. 1111-17 et suivants du CSP.

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 expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.
A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.
Les directives anticipées s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur, majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Un modèle est disponible auprès du médecin traitant ou du médecin exerçant dans les structures du CHDB.
La personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.
Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Article 81 : SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.
Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire

d'abréger sa vie, il doit en informer le patient, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

SECTION 6. DISPOSITIONS RELATIVES AUX SORTIES DES PATIENTS

Article 82 : AUTORISATION DE SORTIE TEMPORAIRE

Le patient qui désire sortir temporairement, obtient l'autorisation de quitter le service. Celle - ci ne pourra pas dépasser 48 h et n'est accordée qu'après l'avis du médecin.
Lorsqu'un patient 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.

Article 83 : FORMALITES DE SORTIE DEFINITIVE

Lorsque l'état de santé du patient n'impose plus son maintien dans les services de court séjour et de soins médicaux de réadaptation du CHDB, sa sortie est organisée avec le médecin et l'équipe pluridisciplinaire.
Lors de son départ, le personnel lui remet les documents personnels, un bulletin de sortie ainsi que tous les documents nécessaires à la poursuite de son traitement (certificats d'hospitalisation, ordonnances, courrier de sortie, bon de transport, etc.).
Afin d'assurer au mieux la continuité de la prise en charge, le courrier de sortie contenant des éléments relatifs à l'hospitalisation et au suivi à domicile (traitement, consultations, etc.) est également transmis au médecin traitant.
Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier patient.

■ Sortie contre avis médical

Les patients peuvent, à leur demande, quitter à tout moment l'hôpital. Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le Directeur ou son représentant.
Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

■ Sortie après refus de soins

Si le patient souhaite quitter l'établissement contre avis médical, il lui sera demandé de signer une décharge dégageant le Centre hospitalier de toutes responsabilités.
S'il refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus sera dressé et conservé dans son dossier.

■ Sortie des patients à l'insu du service

Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du patient permet, sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie à l'insu du service met en danger l'intégrité physique du patient ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées selon la procédure relative à la disparition d'usager.

La mise en œuvre de cette procédure nécessite au préalable l'accord de l'usager, ou de ses proches, permettant l'utilisation de sa photo dans le respect de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
Si le patient ne regagne pas le service, un rapport sera adressé, dans les 24 heures, au Directeur de garde.

Article 84 : QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Article R1112-67 CSP.

Les patients hospitalisés au service de court séjour, au service de soins médicaux de réadaptation, en unité de soins palliatifs gériatriques ou en hôpital de jour reçoivent lors de leur hospitalisation un questionnaire de sortie. Ce questionnaire est destiné à recueillir les appréciations et les observations du service rendu. Les remarques des hospitalisés permettent au CHDB d'améliorer la prestation.
Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration ; il peut l'être sous une forme anonyme si le malade le désire.
Le Directeur communique périodiquement au Conseil de Surveillance et à la Commission Médicale d'Etablissement les résultats de l'exploitation de ces documents.

Article 85 : TRANSPORT EN AMBULANCE

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier.
Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. L'établissement tient par ailleurs à la disposition des patients la liste des sociétés de transports sanitaires agréées dans le département.

Si le patient n'exprime pas de choix, le Centre hospitalier fait appel à une entreprise d'ambulances avec laquelle il est conventionné. Dans tous les cas, les frais occasionnés sont à la charge du patient et/ou de l'assurance maladie.

SECTION 7. DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES

Article 86 : FORMALITES ENTOURANT LE DECES

L'établissement dispose d'une procédure interne qui s'applique aux médecins et soignants ; elle décrit la démarche à suivre pour la prise en charge du défunt.
L'accompagnement du résident en fin de vie se fait dans le respect de sa dignité, de ses croyances et de ses dernières volontés.
Chaque fois que possible et si elle le souhaite, la famille est associée à l'accompagnement de fin de vie.
La famille et les proches sont prévenus du décès du résident dans les plus brefs délais.

■ Constat de décès et notification de décès
Article R2213-1-2 du Code général des collectivités territoriales.

Le décès est constaté par un médecin, qui établit un certificat de décès.
Le volet administratif est transmis par voie dématérialisée à la Mairie du lieu de décès, à la régie, à l'entreprise ou à l'association […] chargée de pourvoir aux funérailles et, en cas de transport du corps, à la mairie du lieu de dépôt du corps et au gestionnaire de la chambre funéraire.

Les données du volet médical du certificat de décès sont transmises à l'institut national de la santé et de la recherche médicale.
Les admissions reçoivent notification du décès par les services.

Article 87 : GESTION DES EFFETS PERSONNELS DU PATIENT

Les espèces, valeurs, bijoux, moyens de paiement et pièces d'identité remis au service des admissions de l'établissement sont restitués aux ayants-droit sur production d'un certificat de décès, d'un certificat d'hérédité délivré par la Mairie et 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 relative à une inhumation ou à 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. Si dans un délai d'un an les objets de valeur conservés dans le coffre-fort de l'établissement ou par la Trésorerie Publique n'ont pas été récupérés, ils sont remis soit à la Caisse de Dépôt et de Consignation (bijoux, sommes d'argent…) soit au service des Domaines.

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.

Article 88 : ORGANISATION DES OPERATIONS FUNERAIRES – LIBRE CHOIX DES OPERATEURS

La toilette mortuaire est réalisée par le personnel soignant de l'établissement sauf volonté contraire préalablement exprimée. Cet acte ne donne pas lieu à une facturation.
Le Centre hospitalier départemental de Bischwiller n'est pas équipé d'une chambre mortuaire.
Lors de l'admission d'un usager, il est procédé au recueil de ses volontés sur la fin de vie ainsi que sur le choix de l'entreprise qui sera chargée des démarches funéraires. Le prestataire choisi est noté dans son dossier.

En principe, toutes les démarches administratives relatives au décès sont effectuées par la famille qui prend contact avec l'entreprise des pompes funèbres de son choix. Les frais résultant du transport et du séjour en chambre funéraire sont à la charge de la famille.

Si le choix de l'entreprise des pompes funèbres n'a pas été indiqué dans le dossier de l'usager et si les proches n'ont pas pu être contactés pour engager les démarches, au-delà d'un délai de 10 heures après le décès, l'établissement sera dans l'obligation de procéder à la levée du corps du défunt en faisant appel à l'entreprise de pompes funèbres conventionné avec lui pour accueillir le défunt au sein de son centre funéraire. Les frais de transport et du séjour durant les trois premiers jours sont alors pris en charge par l'établissement.

Article 89 : TRANSPORT DE CORPS A RESIDENCE SANS MISE EN BIERE

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, de l'hôpital à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit être autorisé par le Maire de la commune de Bischwiller selon le cas. L'autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- à l'autorisation écrite du Directeur d'établissement d'hospitalisation,
- à l'accord écrit du médecin de l'établissement qui a constaté le décès,
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du Code civil relatives aux déclarations de décès.

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :

- le décès soulève un problème médico-légal,
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé,
- l'état du corps ne permet pas un tel transport.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avertir sans délai par écrit le Directeur de l'établissement et la famille.
Si la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, l'avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 24 heures à compter du décès si le corps n'a pas subi des soins de conservation ; au cas où le corps a subi de tels soins, le transport doit être effectué et terminé dans un délai de 48 heures à compter du décès.
Les transports à résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet.

CHAPITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESIDENTS DES EHPAD, DE LA PUV, DES USLD ET DU POLE « ACCOMPAGNEMENT HANDICAPS », AUX USAGERS DE L'ACCUEIL DE JOUR ET DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

Article 90 : AUTRES PRECISIONS RELATIVES AUX PERSONNES ACCUEILLIES

Les dispositions relatives aux personnes accueillies en EHPAD (dont l'hébergement temporaire), à la PUV, en USLD et au Pôle accompagnement handicaps, à l'accueil de jour et au service de soins infirmiers à domicile qui ne sont pas mentionnées dans les pages précédentes sont décrites dans le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil de chaque service.

CHAPITRE 4. DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIVITES DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX AU SEIN DU CHDB

Article L. 1110-8 du CSP.

Article 91 : INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Les dispositions réglementaires de la loi HPST du 21 juillet 2009 permettent au Directeur de l'établissement d'autoriser les professionnels de santé libéraux à intervenir au sein des services du CHDB. Ces possibilités font l'objet d'accords spécifiques entre établissements et lesdits professionnels.

Ces professionnels sont liés au CHDB par le biais d'un contrat ou d'une convention qui cadre juridiquement leurs interventions. Ils restent soumis aux présentes dispositions du Règlement Intérieur.

Par ailleurs, au titre du libre choix du praticien, les médecins libéraux interviennent auprès des personnes accueillies des EHPAD et du Pôle accompagnement handicaps.

TROISIEME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS ET DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 1. PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DU PATIENT ET DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

SECTION 1. OBLIGATIONS DES PROFESSIONNELS

Articles L.121-1 à L.121-11 du Code général de la Fonction Publique.

Article 92 : INFORMATION AUX USAGERS

Le personnel a le devoir de renseigner les usagers et les familles avec le maximum d'égards et de tact, sans toutefois trahir le secret professionnel. Seul le médecin est habilité à communiquer à l'usager ou à sa famille, si l'usager donne son accord, des informations sur son état de santé.

Article 93 : SECRET PROFESSIONNEL

Article L.121-6 du Code général de la fonction publique,
Articles 226-13 et 226-14, 434-1 et 434-11 du Code Pénal.

Tout agent public, participant ou non aux soins, est tenu au secret professionnel dans le respect des articles 226-13 et 226-14 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.

Il s'agit d'une obligation absolue dont la violation, même faite par simple imprudence et même si elle n'a pas causé de préjudice, constitue un délit pénal.

Conformément aux dispositions du code pénal, la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Les dispositions ci-dessus ne s'appliquent pas dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, elles ne sont pas applicables :
1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

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

Le secret professionnel ne s'applique pas non plus 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 sexuellement transmissibles,
- 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 protection juridique.

Le secret médical quant à lui, obligation essentielle à l'hôpital, concerne principalement les divers intervenants des services de soins, conduits à connaître dans leur exercice professionnel des informations concernant l'état de santé des patients/résidents.
Son caractère général et absolu n'autorise pas le patient/résident lui-même à délier le médecin ou un autre professionnel de son obligation.

Ainsi, le partage des informations entre les professionnels de santé et/ou les professionnels sociaux dans le cadre de la mise en œuvre du dossier médical partagé dans les structures de coopération est régi par le code de la santé publique, ainsi au sein de l'équipe de soins, l'échange et le partage ne sont possibles qu'entre professionnels participant à la prise en charge d'une même personne. Seules les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne, peuvent être échangées ou partagées et cela en tenant compte du respect du secret médical.

Article 94 : OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

Article L121-7 du Code général de la fonction publique.

L'agent public doit faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

Cette obligation a pour but de protéger l'administration contre la divulgation d'informations confidentielles qui pourrait nuire au fonctionnement du service ou à l'accomplissement de sa mission.

Sa violation peut entraîner des sanctions disciplinaires pour l'agent fautif même s'il n'y avait pas de sa part d'intention malveillante, que la divulgation ait été écrite ou orale, à l'intérieur de l'établissement ou à l'extérieur, que l'agent ait eu connaissance de ce qu'il divulgue personnellement ou par l'intermédiaire d'autrui.

Cette obligation s'impose aux membres des assemblées délibérantes ou consultatives à l'hôpital, notamment sur les propos tenus en séance.

Le droit syndical ne fait pas échapper les représentants du personnel à cette obligation.

Les limites à l'obligation de discrétion professionnelle résultent de l'obligation d'information du public elle-même encadrée.

Article 95 : OBLIGATION DE RESERVE, PRINCIPE DE NEUTRALITE ET LAÏCITÉ

Tout agent ou stagiaire doit observer, dans l'expression de ses opinions, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il doit ainsi faire œuvre de modération et de retenue dans les propos ou les attitudes y compris à l'extérieur de l'établissement.
Il s'abstient notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

Dans l'exercice de ses fonctions, l'agent public est tenu à l'obligation de neutralité. Ce devoir s'impose à tout agent public ; il lui interdit, dans l'exercice de ses fonctions, de faire de son service ou de sa fonction « un instrument ou une occasion de propagande quelconque », il interdit donc toute discrimination à l'égard des usagers mais aussi tout prosélytisme.

Cette obligation est une limite à la liberté d'opinion et d'expression de l'agent public en tant qu'elle lui interdit de pouvoir, au titre de ses convictions, nuire ou créer un préjudice, par ses paroles, son action ou son inaction, d'une part, aux usagers du service public auxquels doit être assuré le très strict respect de l'égalité et, d'autre part, à son administration.

Tout agent du service public exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester ses opinions religieuses. Il se doit de traiter de façon égale tous les usagers et respecter leur liberté de conscience.

En outre, dans le respect de l'obligation d'impartialité, l'agent public traite de façon égale toutes les personnes. Ce devoir d'équité correspond au principe fondamental de l'égalité des citoyens dans l'accès au service public posé par la DDHC de 1789. Il en résulte que le service public ne peut être différencié à l'égard des usagers au titre de quelque discrimination que ce soit ou à raison des convictions personnelles des fonctionnaires. Ainsi, aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Article 96 : OBLIGATION D'ASSURER LE CONFORT DE L'USAGER ET LE RESPECT DE SA DIGNITE

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des usagers dont ils ont la charge. Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels.
D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans la limite de leurs attributions professionnelles, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit dans les services de soins.

Article 97 : IDENTIFICATION VIS-A-VIS DES INTERLOCUTEURS

La transparence des relations de l'administration avec le public impose l'identification de l'agent qui traite la demande et de celui qui signe la lettre ou la décision.

Il revient à chaque agent ou stagiaire de s'identifier lorsqu'il est en contact avec l'usager ou ses proches. Au téléphone, l'agent doit décliner son identité professionnelle.
Il revient également au personnel obligé au port d'une tenue de travail réglementaire durant le service de s'assurer que cette tenue arbore bien le signe distinctif de sa fonction ainsi que la mention de son nom.

Article 98 : RESPECT DU LIBRE CHOIX DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.
Le libre choix du patient et de son entourage doit être rigoureusement respecté lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire ou à des opérateurs funéraires.

Article 99 : TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES ET ACCES AUX LOCAUX PAR LES AGENTS

Le traitement des données personnelles des agents respecte les dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et celles du règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit RGPD), garantissent sous certaines conditions, un droit d'accès, de rectification, d'effacement des informations ou encore du droit de s'opposer ou de limiter leur utilisation.
Les modalités de protection mises en œuvre au Centre hospitalier de Bischwiller sont définies à l'article 43 du présent règlement intérieur.

Afin d'accéder aux locaux protégés dans les structures de l'établissement, un badge nominatif est remis à chaque agent. A la sortie définitive de l'agent, le badge est désactivé.

SECTION 2. PRINCIPES D'EXERCICE PROFESSIONNEL

Article 100 : RESPECT DES STATUTS

Il existe des statuts pour les personnels hospitaliers, médicaux et non médicaux, qui garantissent et définissent leurs conditions d'exercice professionnel, ainsi que leurs droits et obligations vis à vis de l'établissement.

Les agents sont tenus de respecter le statut correspondant à leur grade, le code de déontologie propre à certaines professions ainsi que les fiches de postes définissant le contour et le contenu de leur emploi.

Article 101 : PRESERVATION DE L'INDEPENDANCE DES AGENTS

L'agent public a une obligation d'indépendance et de désintéressement.

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

Il est interdit au personnel de l'établissement 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.

Ainsi, l'agent public exerce dans le respect de l'obligation d'intégrité : il ne peut en aucun cas solliciter ou se faire promettre d'aucune source, ni directement ni indirectement, des avantages matériels et de probité. Il ne peut tirer de profit personnel de ses fonctions.

Article 102 : INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE LUCRATIVE

Les agents de l'établissement ne sont pas autorisés à exercer, concomitamment à leur activité publique au sein du Centre hospitalier, une activité privée lucrative. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les réglementations générales et particulières sur les cumuls d'emplois ou de rémunérations ainsi que sur l'activité libérale des praticiens temps plein.

Article 103 : EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES

Les agents publics sont tenus d'exécuter tant les prescriptions globales, collectives (notes de service, par exemple) que les ordres qui les concernent individuellement.

Tout agent de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.
Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.
En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application

de cette disposition ne peut naturellement faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Article 104 : SERVICE MINIMUM ET MODALITES D'ASSIGNATION EN CAS DE GREVE

Les nécessités de continuité du service justifient, en cas de grève, le recours au service minimum.
Pour permettre la continuité du service, le Directeur a le pouvoir d'assigner des agents, jusqu'à atteindre l'effectif optimal requis permettant d'assurer le fonctionnement des services dont l'activité ne peut être interrompue, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux usagers et la conservation des installations et du matériel. Les agents assignés sont tenus de se conformer à cette assignation.
L'assignation est notifiée à chaque agent concerné par le biais d'un tableau affiché en service, précisant les jours et les heures d'assignation en référence au mot d'ordre de grève.

Lors d'un mouvement de grève, l'état des grévistes et solidaires assignés est adressé par les cadres à la DRH afin de permettre une remontée des informations, par le Centre hospitalier, aux autorités de tutelle (transmission du nombre d'agents grévistes et du nombre d'agents assignés). Le cas échéant, et notamment à la demande des autorités de tutelle, un autre point est réalisé en cours de journée.

L'absence pour fait de grève entraine une retenue arithmétique sur le salaire de l'agent gréviste, au prorata de la durée précise de son absence pour fait de grève. Le temps non travaillé n'est pas pris en compte dans le calcul des droits et ne donne pas lieu à cotisation aux régimes d'assurance maladie et vieillesse.
L'assignation n'entraine aucune conséquence sur le salaire de l'agent assigné.

Article 105 : ASSIDUITE ET PONCTUALITE

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'établissement avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Article 106 : INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais et en privilégiant le moyen d'information le plus direct, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée. Il en informe la direction des ressources humaines dans un délai ne dépassant pas 48 h.

Article 107 : OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS OU RISQUES

Articles L.5126-5, R.5144-1 et R.5144-22 (pharmacovigilance) (CSP),
Articles L.1221-13 et R.1221-40 (hémovigilance) (CSP),
Articles R.1123-38 à R.1123-48 (biovigilance) (CSP),
Articles L.5212-2, R.5212-1 à -4, R. 5212-14 et R. 5212-15 (matériovigilance) (CSP).

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produit concernée.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler par écrit au moyen du formulaire *ad hoc*. Il adresse son signalement à la Cellule Risques ou à un représentant du personnel siégeant au F3SCT.

Article 108 : TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUPRES DE LA POLICE OU DE LA GENDARMERIE

Tout agent de l'établissement, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police ou de Gendarmerie sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit prévenir son supérieur hiérarchique et le Directeur de l'établissement. A l'issue de son audition de justice ou auprès des autorités de Police, il les informe des suites données.

En outre, le Centre hospitalier assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion ou en raison de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Article 109 : VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES ENTRE PROFESSIONNELS ET ETUDIANTS

L'établissement s'oppose rigoureusement à toute forme de violence sexiste et sexuelle en son sein.
Il favorise tout signalement ou repérage de situations qui feront systématiquement l'objet de poursuites telles que prévues par la réglementation en vigueur.

Article 110 : DEVOIR DE PRESERVATION DU BON ETAT DES LOCAUX ET DES MATERIELS DE L'ETABLISSEMENT

Il est de l'intérêt et du devoir des agents du Centre hospitalier de préserver le bon état des locaux et matériels qui sont mis à la disposition de leur exercice professionnel. Des dégradations sciemment commises entraînent pour leurs auteurs, quelles que soit leur qualité ou leur fonction, l'obligation d'indemniser les dégâts causés, sans préjudice d'éventuelles poursuites devant les tribunaux compétents.

CHAPITRE 2. DROITS DU PERSONNEL

Code général de la fonction publique.

Article 111 : LIBERTE D'OPINION ET NON-DISCRIMINATION

La liberté d'opinion est garantie aux agents. Ainsi, selon la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : *« Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. »*
Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents, fonctionnaires ou non, 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 sexe, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, etc.

Article 112 : LIBERTE D'EXPRESSION

La liberté d'expression des professionnels du CHDB leur est garantie, dans la mesure où ils s'obligent à une stricte neutralité, d'une part, et à un devoir de réserve, d'autre part.

Ainsi, si la liberté d'opinion est garantie, l'expression de celle-ci doit se conformer aux obligations propres aux agents publics.

Article 113 : PROTECTION CONTRE LES FAITS DE HARCELEMENTS SEXUEL OU MORAL

D'une part, aucun agent du CHDB ne doit subir les faits :

- Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;
- Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la rémunération, la formation, l'évaluation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire :

1° Parce qu'il a subi ou refusé de subir les faits de harcèlement sexuel mentionnés ci-dessus y compris si les propos ou comportements n'ont pas été répétés ;

2° Parce qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces faits ;

3° Ou bien parce qu'il a témoigné de tels faits ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux faits de harcèlement sexuel mentionnés aux trois premiers alinéas.

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

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la rémunération, la formation, l'évaluation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

1° Le fait qu'il ait subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement moral visés au premier alinéa ;

2° Le fait qu'il ait exercé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces agissements ;

3° Ou bien le fait qu'il ait témoigné de tels agissements ou qu'il les ait relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Dans le cadre de la protection et de la lutte contre le harcèlement sexuel et le harcèlement moral, le Centre hospitalier met à la disposition des agents une procédure permettant d'instruire et de sanctionner de tels faits, dont fait partie le formulaire de déclaration des actes de violence.

Article 114 : DROIT A LA REMUNERATION

Le montant du traitement est fixé en fonction du grade de l'agent et de l'échelon auquel il est parvenu, ou de l'emploi auquel il a été nommé. Des primes liées aux grades et aux fonctions ainsi qu'à l'activité peuvent compléter ce traitement.

Au sein de la fonction publique hospitalière, la rémunération est versée « sur service fait ».

Au CHDB, les bulletins de paie sont déposés en fin de mois dans les coffres-forts numériques personnels de chaque agent.

Article 115 : LIBERTE SYNDICALE

La liberté syndicale est un droit reconnu à l'ensemble des agents.
L'exercice du droit syndical est garanti aux agents du Centre hospitalier où des locaux sont dédiés aux organisations syndicales représentatives du personnel.
Les syndicats participent aux instances de l'établissement où ils représentent le personnel.
Les activités syndicales du personnel doivent se dérouler hors de la présence des personnes hospitalisées et dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.
Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions à l'intérieur de l'établissement. Les personnels qui y assistent ne sont pas en service ; ils disposent d'une décharge ou y assistent dans le cadre de l'heure mensuelle d'information syndicale à laquelle ils ont droit, sous réserve des nécessités de service.
L'affichage des informations syndicales s'effectue sur des panneaux prévus à cet effet.
Chaque agent a le droit de s'adresser à l'organisation syndicale de son choix. L'appartenance ou non à un syndicat ne peut avoir aucune conséquence sur la carrière d'un agent.

Article 116 : LANCEUR D'ALERTE

Un lanceur d'alerte est une personne physique qui signale ou divulgue, sans contrepartie financière directe et de bonne foi, des faits dont elle a eu personnellement connaissance dans l'exercice de ses fonctions portant sur un crime, un délit, une menace ou un préjudice pour l'intérêt général, une violation ou une tentative de dissimulation d'une violation du droit international ou de l'Union européenne, de la loi ou du règlement.

La procédure interne « encadrement et protection du lanceur d'alerte » précise comment un professionnel peut opérer un signalement dans les conditions lui permettant de bénéficier des droits et prérogatives de lanceur d'alerte.

Article 117 : DROIT D'ACCES A SON DOSSIER ADMINISTRATIF

Le jour du recrutement, un dossier individuel est créé. Ce dossier personnel suit l'agent tout au long de sa carrière dans la fonction publique hospitalière. Il est composé des rubriques suivantes :

- Administrative,
- Casier judiciaire, photocopies du livret de famille, des actes de naissance, etc …
- Évaluation,

- Changement d'affectation,
- Retraite,
- Accident(s) du travail, etc …

Le dossier peut être consulté par l'agent sous réserve d'une demande écrite préalable adressée à la direction des ressources humaines.

Article 118 : DROIT A LA FORMATION

Ce droit comprend l'accès à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion ou bilans de compétences.

Article 119 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ELEVES DE L'INSTITUT DE FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS

Les dispositions particulières qui concernent les élèves et leur formation sont établies dans un règlement intérieur de l'IFAS conformément aux dispositions de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif aux autorisations des instituts de formation au diplôme d'Etat d'aide-soignant et aux dispositions générales du présent règlement intérieur du Centre hospitalier départemental de Bischwiller.

QUATRIEME PARTIE – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 115 : APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR DU CHDB

Article L.6143-1, L. 6143-7, R. 6144-1 et R. 6144-10 (CSP).

Le présent règlement intérieur est arrêté par le Directeur de l'établissement, après concertation avec le Directoire, avis du Conseil de Surveillance, consultations de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité social d'Etablissement et information de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

Article 116 : MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR

Article R.1112-78 (CSP).

Le règlement intérieur de l'établissement est communiqué à toute personne qui en formule la demande.
Un exemplaire du présent règlement intérieur est déposé au secrétariat de Direction de l'établissement, ainsi qu'à l'accueil central situé à l'entrée du site principal de Bischwiller.
Il est également disponible sur les sites internet et intranet du Centre hospitalier ainsi que dans le Logiciel de Gestion Electronique des Documents**.**

Article 117 : MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur fait l'objet de mises à jour régulières.

Rédaction : Noémie VOGEL Responsable des affaires générales	Vérification : Lauriane SLADEK Directrice Déléguée	Validation et mise en application : Lauriane SLADEK Directrice par intérim