

	DIRECTION		DIR/VMS/RINT/001
	REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER PAUL COSTE FLORET Processus : Gouvernance, contractualisation interne		Version N°2 Date de version 31/01/2025
			Page 1 sur 23

Rédacteurs :	Vérificateurs :		Approbateur :
	Relecteur	Valideur	
ROUGÉ Stéphanie FERRER Benoît	CUTAJAR Marie-Pierre BERNARD Léticia	FERRER Benoît	CUTAJAR Marie-Pierre
Fonction :	Fonction :	Fonction :	Fonction :
Directrice des soins Coordinateur Qualité	Directrice Responsable Ressources Humaines	Coordinateur Qualité	Directrice
Date : 31/01/2025	Date : 05/05/2025	Date : 31/01/2025	Date : 05/05/2025

Nombre de « photocopies gérées » et localisation (affichage fonctionnel ou réglementaire) : 0

Documents liés : (Références avec lien hypertexte) :

[DIP/BIE/CHAR/001 Charte de la laïcité](#)

[DIR/VMS/INFO/001 Extrait du Règlement Intérieur pour affichage dans les chambres des usagers](#)

[DIR/VMS/LIVR/001 Livret d'accueil du personnel](#)

[GRH/GTT/CHAR/001 Charte de gestion du temps de travail](#)

[INF/SSI/CHAR/001 Charte des bons usages du système d'information](#)

[PDP/PAR/LIVR/001 Livret d'accueil Patient](#)

[QUA/ESU/ENRE/001 Questionnaire de satisfaction patient](#)

[QUA/GCR/PLAN/002 Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et Situations Sanitaires Exceptionnelles \(PGTHSSE\) du CHPCF](#)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHPCF	4
1.1 La Direction	4
1.2 Les instances	5
1.2.1 Le Directoire	5
1.2.2 Le Conseil de surveillance	5
1.2.3 La Commission médicale d'établissement	5
1.2.4 <i>Sous-commissions de la CME :</i>	6
1.3 Comité social d'établissement et formation spécialisée	6
1.3.1 <i>Composition du CSE :</i>	6
1.3.2 <i>Compétences du CSE :</i>	6
1.4 Commission du service des soins infirmiers de rééducation et médicotecniques	7
1.4.1 <i>Composition de la CSIRMT:</i>	7
1.4.2 <i>Compétences de la CSIRMT :</i>	7
1.4.3 <i>Commissions Administratives Paritaires Locales / Départementales / Consultatives Paritaires (CAPL / CAPD / CCP)</i>	7
1.4.4 <i>Autres commissions consultatives</i>	9
2. L'ORGANISATION MÉDICALE DU CENTRE HOSPITALIER	9
2.1 Unités fonctionnelles	9
2.2 Corps médical : Catégories	9
2.3 La Pharmacie	10

2.4	Organisation du temps médical	10
2.5	Visite médicale quotidienne	10
2.6	Permanence médicale des soins	10
3.	SERVICE D'INFORMATION MÉDICALE	10
3.1	Fonctionnement	10
3.2	Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès	10
3.3	Dossier médical	11
4.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS HOSPITALISÉS ET AUX CONSULTANTS EXTERNES	11
4.1	Dispositions générales	11
4.1.1	<i>Principe du libre choix du patient</i>	<i>11</i>
4.1.2	<i>Livret d'accueil</i>	<i>11</i>
4.1.3	<i>Mode d'admission</i>	<i>11</i>
4.1.4	<i>Dépôts de valeurs</i>	<i>11</i>
4.2	Dispositions particulières	11
4.2.1	<i>Prise en charge des frais d'hospitalisation</i>	<i>12</i>
4.2.2	<i>Personne de confiance</i>	<i>12</i>
4.2.3	<i>Les Directives anticipées</i>	<i>12</i>
4.3	Conditions de séjour	12
4.3.1	<i>Horaires des repas – Repas aux accompagnants</i>	<i>12</i>
4.3.2	<i>Horaires des visites</i>	<i>12</i>
4.4	Les droits	13
4.4.1	<i>Principe de laïcité</i>	<i>13</i>
4.4.2	<i>Droits civiques</i>	<i>13</i>
4.4.3	<i>Correspondance</i>	<i>13</i>
4.4.4	<i>Télévision, Internet et téléphonie/terminaux multimédia</i>	<i>13</i>
4.5	Les devoirs	13
4.5.1	<i>Interdiction de toute forme de violence</i>	<i>13</i>
4.5.2	<i>Déplacement et comportement des patients – désordres</i>	<i>13</i>
4.5.3	<i>Hygiène à l'hôpital</i>	<i>13</i>
4.5.4	<i>Effets personnels</i>	<i>14</i>
4.5.5	<i>Interdiction de fumer et de vapoter</i>	<i>14</i>
4.5.6	<i>Interdiction de filmer et photographier dans l'enceinte de l'établissement.</i>	<i>14</i>
4.6	Transports	14
4.7	Décès	14
4.7.1	<i>Transfert de corps en chambre funéraire sans mise en bière</i>	<i>14</i>
4.8	Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins	14
4.8.1	<i>Qualité et gestion des risques</i>	<i>14</i>
4.8.2	<i>Gestion des incidents et évènements indésirables</i>	<i>15</i>
4.8.3	<i>Évaluations externes</i>	<i>15</i>
4.8.4	<i>Le recueil de l'expérience patient</i>	<i>15</i>
5.	DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL	15
5.1	Les Droits	15
5.1.1	<i>Droit à la protection</i>	<i>15</i>
5.1.2	<i>Droit à l'information</i>	<i>15</i>
5.1.3	<i>Liberté d'opinion</i>	<i>15</i>
5.1.4	<i>Liberté d'expression</i>	<i>15</i>

5.1.5	<i>Liberté syndicale</i>	16
5.1.6	<i>Droit syndical</i>	16
5.1.7	<i>Droit de grève et service minimum</i>	16
5.1.8	<i>Egalité de traitement et non-discrimination</i>	16
5.1.9	<i>Droit de retrait</i>	16
5.1.10	<i>Droit à la formation professionnelle</i>	16
5.2	Les Devoirs	16
5.2.1	<i>Continuité du service</i>	16
5.2.2	<i>Assiduité et ponctualité</i>	17
5.2.3	<i>Devoir d'obéissance - Exécution des ordres reçus</i>	17
5.2.4	<i>Diffusion d'informations concernant les incidents</i>	17
5.2.5	<i>Conservation en bon état des locaux, matériels et effets</i>	17
5.2.6	<i>Interdiction des comportements vénaux dans le cadre de l'exercice professionnel</i>	18
5.2.7	<i>Identification du personnel</i>	18
5.2.8	<i>Tenue vestimentaire de travail, comportement et principe de laïcité</i>	18
5.2.9	<i>Lutte contre le bruit</i>	18
5.2.10	<i>Dispositions relatives au tabac, à l'alcool et aux stupéfiants sur les lieux de travail</i>	18
5.2.11	<i>Relations avec les usagers</i>	19
5.2.12	<i>Secret professionnel</i>	19
5.2.13	<i>Obligation de discrétion professionnelle</i>	19
5.2.14	<i>Utilisation de l'outil informatique</i>	19
5.2.15	<i>Utilisation du téléphone portable personnel</i>	19
5.2.16	<i>Obligation de formation continue à la sécurité incendie</i>	19
5.2.17	<i>Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier</i>	19
5.2.18	<i>Cumul d'activités</i>	19
5.3	Divers	20
5.3.1	<i>Livret d'accueil</i>	20
5.3.2	<i>Consultation du dossier administratif</i>	20
5.3.3	<i>Effets et biens personnels</i>	20
5.3.4	<i>Restaurant du personnel</i>	20
5.3.5	<i>Accident causé par des tiers</i>	20
5.3.6	<i>Interdiction de tout démarchage au sein de l'établissement</i>	20
5.3.7	<i>Utilisation du véhicule personnel dans le cadre de trajets professionnels autre que domicile-lieu de travail habituel</i>	20
6	RÈGLES DE SÉCURITÉ, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION DANS LE CHPCF	20
6.1	Sécurité des biens et des personnes	20
6.1.1	<i>Sécurité Générale</i>	20
6.2	Voies de circulation, règles de circulation et stationnement	21
6.3	La sécurité du système d'information et confidentialité des données de santé	22
7	DISPOSITIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET SES ANNEXES	23
7.1	Adoption du règlement intérieur	23
7.2	Modification du règlement intérieur	23
7.3	Diffusion, affichage et opposabilité du règlement intérieur	23
7.4	Règlement intérieur et situations sanitaires exceptionnelles	23
7.5	Sanction en cas de non-respect du règlement intérieur	23

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Paul Coste-Floret est un établissement public de santé, spécialisé dans la médecine physique et de réadaptation (SMR). Il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire « GHT Est Hérault Sud Aveyron ».

En 1980, il a été transformé en un établissement public autonome à partir de la Régie Municipale (Centre thermal et kinésithérapique municipal de Lamalou-les-Bains), et il est intégré au **Groupement Hospitalier de Territoire de l'Est Hérault / Sud Aveyron depuis 2016.**

☒ Son activité principale :

Les soins médicaux de réadaptation spécialisés avec deux autorisations (**NEUROLOGIE** et **APPAREIL LOCOMOTEUR**)

☒ Ses domaines d'expertise:

- **Affections du système nerveux**
- **Affections de l'appareil locomoteur**
- **Ses spécificités:**
 - Rééducation pluridisciplinaire
 - Consultation post AVC
 - Covid long
 - Clinique du positionnement
 - Bilan urodynamique
 - Bilan postural
 - Bilan troubles de l'équilibre et vertiges
 - Bilan déglutition
 - Ostéopathie
 - Toxine botulique

☒ Ses pavillons:

- **Le Pavillon Leroy**
- **Le Pavillon Jeanne d'Arc**

☒ Ses services:

- Hospitalisation de Jour / Temps Complet
- Consultations externes
- Plateaux techniques
- Balnéothérapies
- Services logistiques, techniques et administratifs.

Le présent règlement intérieur, prévu à l'article L6143-1 du Code de la Santé Publique, précise les dispositions en vigueur dans l'établissement, dans le but de garantir la continuité des soins et la neutralité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHPCF

1.1 La Direction

Le Directeur(trice) de l'établissement est nommée par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion. Elle est assistée d'une équipe de direction.

Une garde de direction est organisée 24h/24 et 365 jours par an. Le tableau de la garde de Direction est arrêté par le Directeur(trice).

1.2 Les instances

1.2.1 Le Directoire :

Le Directoire est une instance qui appuie et conseille la Direction dans la gestion et la conduite de l'Etablissement. Le Directoire comporte 6 membres dont 3 de droit : La Direction (qui le préside), le Président de la CME (qui est le Vice-président) et le Président de la CSIRMT (membre de droit).

- La Direction, présidente du directoire ;
- Le Président de la commission médicale d'établissement vice-président,
- Le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- Des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés conjointement par le président et vice-président du directoire

1.2.2 Le Conseil de surveillance :

Le Conseil de Surveillance a remplacé le Conseil d'Administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'Etablissement. Il est composé de 15 membres répartis en 3 collèges : représentants des collectivités territoriales, représentants du personnel et personnalités qualifiées. Siègent avec une voix consultative le Vice- Président du Directoire, le Directeur Général de l'ARS Occitanie, le Directeur de la CPAM.

1.2.3 La Commission médicale d'établissement :

La composition de la CME du CPCF est fixée comme suit:

- Président de CME
- Chef de service
- Représentant des structures internes la pharmacie
- Personnel médical temporaire

Assistent également :

- La Direction
- Le Coordonnateur des soins

La CME est consultée sur :

- Les projets de délibération (*article L. 6143-1*), les orientations stratégiques de l'établissement, son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement (*article L. 6143-3*) ;
- L'organisation interne de l'établissement (*au 7^{ème} de l'article L. 6143-7*) ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

La CME est également consultée sur :

- Le Projet Médical d'Etablissement, les politiques en matière de coopération territoriale de l'établissement, de recherche clinique et d'innovation, de formation des étudiants et interne, de recrutement des emplois médicaux ;
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ;
- Les modifications des missions du service public attribuées à l'établissement ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le Programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La CME est informée sur :

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

1.2.4 Sous-commissions de la CME :

La Commission Médicale d'Établissement met en place des commissions nécessaires à la qualité des soins et à la sécurité de la prise en charge des patients. Le mandat de ces sous-commissions expire en même temps que celui de la Commission Médicale d'Établissement.

Le Règlement Intérieur et la composition de chaque Sous-Commission sont arrêtés, sur proposition de la sous-commission, par la Commission Médicale d'Établissement.

Les sous-commissions sont :

- Comité de Lutte des Infections Nosocomiales : **CLIN**
- Comité de Lutte contre la Douleur : **CLUD**
- Comité de Liaison Alimentaire Nutrition : **CLAN**
- Evaluation des Pratiques Professionnelles – Revue de Mortalité et de Morbidité : **EPP-RMM**

1.3 Comité social d'établissement et formation spécialisée

1.3.1 Composition du CSE :

Le Comité Social d'Etablissement, organe consultatif, comprend 12 membres représentant le personnel non médical. Ils sont élus pour chaque syndicat en fonction des résultats obtenus aux élections professionnelles.

Il comporte un nombre égal de suppléants et un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative. Il est présidé par la Direction ou son représentant.

1.3.2 Compétences du CSE :

Le Comité Social d'Etablissement est consulté sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le plan de redressement à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- Le plan global de financement pluriannuelle ;
- 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 médicotéchniques ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- Les projets de réorganisation de service ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- 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 obligatoirement informé chaque année des matières suivantes :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
- Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

Le Comité débat obligatoirement 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.

Le Comité est systématiquement informé chaque année du bilan dressé par la référente égalité homme/femme et lutte contre les discriminations ainsi que du bilan du référent déontologue et des lanceurs d'alerte.

Le Comité en concertation avec la Responsable des Ressources Humaines désigne ses représentants chargés de siéger à la Commission de formation.

1.4 Commission du service des soins infirmiers de rééducation et médicot techniques

1.4.1 Composition de la CSIRMT:

La CSIRMT du CHPCF prévoit 10 membres titulaires et 10 membres suppléants.

Ceux-ci sont élus après appel à candidature au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés ci-dessous dans les proportions définies par le règlement intérieur :

- Des membres associés avec voix consultative
- Le nombre de sièges attribués aux deux premiers groupes est calculé au prorata des effectifs des personnels de chaque collège, apprécié en équivalents temps plein, au dernier jour du troisième mois précédant celui de l'affichage des listes d'électeurs et d'éligibles.
- Membre de droit : Le Coordonnateur Général des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, préside la CSIRMT.
- Membres élus : La CSIRMT 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.

1.4.2 Compétences de la CSIRMT :

La CSIRMT est consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques élaboré par le coordonnateur général des soins, l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques ainsi que l'accompagnement des patients ;
- 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 médicot techniques,
- Et enfin la politique de développement professionnel continu.

1.4.3 Commissions Administratives Paritaires Locales / Départementales / Consultatives Paritaires (CAPL / CAPD / CCP)

Dans la Fonction Publique Hospitalière, les CAP - Commissions Administratives Paritaires - sont des instances consultatives instituées dans chaque établissement hospitalier et dans chaque département pour examiner la situation personnelle de carrière des agents.

Il existe :

- **Les CAP L** : Commissions Administratives Paritaires Locales qui examinent la situation des agents d'un établissement public de santé.
- **Les CAP D** : Commissions Administratives Paritaires Départementales examinent la situation des agents ne disposant de CAP locales dans leur établissement.

Les CAP connaissent :

- des refus de titularisation et des licenciements en cours de stage en cas d'insuffisance professionnelle ou de faute disciplinaire,
- des questions relatives au licenciement du fonctionnaire mis en disponibilité après 3 refus de postes,
- des questions d'ordre individuel relatives au licenciement pour insuffisance professionnelle,
- des refus de congés de formation syndicale et de congés de formation HSCT (articles 7° et 7°bis de l'article 41 de la loi 86-33), Pôle RHH – 02.12.2019 - des refus de formation inscrites au plan de formation et de congé de formation professionnelle (articles 7 et 30 du décret n°2008-824),
- des décisions disciplinaires concernant les sanctions 2ème, 3ème, et 4ème groupe,
- des décisions relatives au placement en recherche d'affectation (CAPN).

A la demande du fonctionnaire intéressé, elles connaissent :

- des décisions individuelles liées aux disponibilités (article 62 de la loi n°86-33),
- des refus d'autorisation d'accomplir un service à temps partiel et des litiges relatifs aux conditions d'exercice du temps partiel,
- des refus d'acceptation de démission,
- des décisions relatives à la révision du compte rendu de l'entretien professionnel,
- des refus de mobilisation du CPF,
- des refus de télétravail,

- des refus de congés au titre du CET,
- des recours présentés par les personnels de direction sur l'évaluation (CAPN).

L'avis de la CAP peut être sollicité par l'AIPN :

- lorsqu'un fonctionnaire sollicite sa réintégration après une période de privation de droits civiques

☒ **COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALE**

CAPL N°2 : PERSONNELS DE CATEGORIE A DES SERVICES DE SOINS, DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES ET DES SERVICES SOCIAUX (CAT A)

CAPL N°4 : PERSONNEL D'ENCADREMENT TECHNIQUE (CAT B)

CAPL N°5 : PERSONNELS DES SERVICES DE SOINS, DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES ET DES SERVICES SOCIAUX (CAT B)

CAPL N°6 : PERSONNELS D'ENCADREMENT ADMINISTRATIF ET DES ASSISTANTS MEDICO-ADMINISTRATIFS (CAT B)

CAPL N°7 : PERSONNELS DE LA FILIERE OUVRIERE ET TECHNIQUE (CAT C)

CAPL N°8 : PERSONNELS DES SERVICES DE SOINS, DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES ET DES SERVICES SOCIAUX (CAT C)

CAPL N°9 : PERSONNELS ADMINISTRATIFS (CAT C)

☒ **COMMISSIONS ADMINISTRATIVES DÉPARTEMENTALE**

CAPD N° 1 : Personnels d'encadrement technique (CAT A)

CAPD N° 3 : Personnels d'encadrement administratif (CAT A)

CAPD N°10 : Personnels sages-femmes

☒ **COMMISSIONS CONSULTATIVE PARITAIRE**

La commission consultative paritaire (CCP) est une instance consultative composée, en nombre égal, de représentants de l'administration et de représentants du personnel élus tous les 4 ans, par les agents contractuels et compétente à l'égard de ces derniers.

Les CCP sont obligatoirement consultées pour les décisions individuelles suivantes :

- Le licenciement du contractuel intervenant postérieurement à la période d'essai ;
- Le non renouvellement du contrat d'une personne investie d'un mandat syndical ;
- Le refus du bénéfice du congé pour formation syndicale ;
- Le refus du bénéfice du congé pour formation en matière d'hygiène et de sécurité lorsque le contractuel est représentant du personnel ;
- Le refus d'une demande d'actions de formation, d'une période de professionnalisation ou d'une demande de congé de formation professionnelle ;
- Les décisions ayant pour objet de dispenser un agent de l'obligation en vertu de laquelle, bénéficiant d'un congé de formation, il s'engage à rester en service pendant une durée égale au triple de celle pendant laquelle il a perçu l'indemnité, et à en rembourser le montant en cas de rupture, de son fait, de cet engagement.

Par ailleurs, la CCP doit connaître les motifs qui empêchent le reclassement d'un contractuel à l'issue d'un des congés de maladie ou d'accident du travail et de maladie professionnelle, et pour lequel un licenciement pour inaptitude physique est envisagé. Il en est de même pour tout autre licenciement envisagé (à l'exclusion du licenciement pour faute disciplinaire ou insuffisance professionnelle) lorsque le reclassement n'est pas possible, selon l'autorité investie du pouvoir de nomination.

L'avis de la CCP est également recueilli par l'autorité de recrutement lorsqu'un contractuel sollicite son réemploi en cas de délivrance d'un nouveau titre de séjour ou à l'issue d'une période de privation des droits civiques ou d'une période d'interdiction d'exercer un emploi public.

Enfin, en cas de licenciement des représentants syndicaux, la consultation de la CCP doit intervenir avant l'entretien préalable.

À noter : toute décision individuelle relative aux sanctions disciplinaires, autres que l'avertissement, le blâme et l'exclusion temporaire des fonctions avec retenue de rémunération pour une durée maximale de 3 jours, est soumise aussi à consultation de la CCP, qui se réunit alors en conseil de discipline.

Les CCP peuvent par ailleurs, à la demande de l'intéressé, être saisies :

- Des litiges d'ordre individuel relatifs aux conditions d'exercice du temps partiel ainsi que des décisions refusant l'autorisation d'accomplir un service à temps partiel ;
- Des décisions refusant des autorisations d'absence pour suivre une action de préparation à un concours administratif ou une action de formation continue ;
- Des décisions relatives à la révision du compte-rendu de son entretien professionnel, mais sous réserve qu'il ait préalablement exercé un recours hiérarchique ;
- Des décisions refusant une demande de mobilisation du compte personnel de formation ;
- Des décisions refusant une demande initiale ou de renouvellement de télétravail ;
- Des décisions refusant une demande de congés au titre du compte-épargne temps ;
- Des décisions refusant le bénéfice de tous les congés non rémunérés pour raisons familiales, du congé pour créer ou reprendre une entreprise ou encore du congé mobilité.

1.4.4 Autres commissions consultatives

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

☒ **La Commission des Usagers :**

Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés.

Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées au CHPCF par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours.

Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation. Le représentant des usagers, membre de la commission, peut accompagner l'usager dans sa réclamation et s'il le souhaite pendant sa rencontre avec le médiateur. Elle est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport présenté au conseil de surveillance de l'hôpital qui délibère sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

2. L'ORGANISATION MÉDICALE DU CENTRE HOSPITALIER

Le CHPCF dispose de 2 autorisations spécialisées : système nerveux et locomoteur.

2.1 Unités fonctionnelles

Pour l'accomplissement de ses missions, le CHPCF est organisé en services qui sont placés sous la responsabilité d'un médecin, ou d'un pharmacien hospitalier, nommés conjointement par le Président et le Vice-Président du Directoire.

2.2 Corps médical : Catégories

Le personnel médical a pour charge :

- D'assurer les services du matin et de l'après-midi,
- D'effectuer, si besoin est, les remplacements imposés par divers congés, dans la limite des possibilités,
- D'assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical, et de répondre à ce titre aux appels d'urgence,
- De tenir un dossier individuel par patient et renseigner les documents nécessaires à l'évaluation de l'activité via la cotation PMSI.

En outre, ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche. Enfin, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les praticiens participent, par ailleurs, aux services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés.

Chaque Chef de service soumet un tableau de service nominatif prévisionnel à la Direction ou à son représentant pour accord.

2.3 La Pharmacie

Les missions du Pharmacien sont précisées dans *l'ordonnance du 15 décembre 2016* :

- Assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à *l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1*, et d'en assurer la qualité ;
- Mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient ;
- Entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à *l'article L. 6111-2*.
- S'agissant des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé, exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à *l'article L. 5126-8*.

La pharmacienne chargée de la gérance de la PUI est responsable des missions et des activités autorisées pour cette pharmacie.

2.4 Organisation du temps médical

Les obligations de service des praticiens à temps plein sont de 11 demies-journées hebdomadaires pour les services en temps non continu.

2.5 Visite médicale quotidienne

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des patients. Le Chef de service/responsable de structure interne organise, si nécessaire, une contre-visite. Les dimanches et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des astreintes médicales.

2.6 Permanence médicale des soins

L'astreinte à domicile a pour objet d'assurer la sécurité des patients hospitalisés. La permanence en astreinte à domicile de nuit débute à 18h00 et s'achève à 8h30.

L'astreinte commence le vendredi à 18h00.

L'organisation générale du service d'astreinte est arrêtée par la Direction après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

3. SERVICE D'INFORMATION MÉDICALE

3.1 Fonctionnement

Le département d'information médicale (DIM) est chargé, dans le cadre de l'organisation du DIM de Territoire, de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. Le service d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information.

Le médecin responsable de structure interne est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il est destinataire de toutes les données statistiques concernant son service. Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Le médecin responsable de l'information médicale communique à la Commission Médicale d'Etablissement et à la Direction de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble, que chacune des structures médicales.

3.2 Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès

Le CH Paul Coste-Floret recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre. Pour la protection de leurs données personnelles ou faire valoir leurs droits, les individus peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données (DPD) du CHPCF.

3.3 Dossier médical

Un dossier médical est créé pour chaque patient. Il regroupe l'ensemble des séjours du patient. Ce dossier numérique, est accessible aux personnels soignants intervenant dans la prise en charge du patient. Les droits d'accès aux différentes données sont déterminées par le DIM du GHT selon les missions des personnels.

L'établissement est doté d'un Technicien de l'Information Médicale (TIM) en lien permanent avec le médecin du DIM du GHT. Son rôle est de recueillir, traiter et analyser les données médicales pour en assurer la qualité et la pertinence. Ses principales missions sont les suivantes :

- Collecter et saisir les données médicales
- Contrôler et valider les informations saisies
- Participer à l'analyse des données et à l'élaboration des tableaux de bord
- Assurer la mise à jour des bases de données et des logiciels métiers
- Collaborer avec les différents services de l'établissement pour faciliter la circulation de l'information médicale.

4. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS HOSPITALISÉS ET AUX CONSULTANTS EXTERNES

4.1 Dispositions générales

4.1.1 Principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

4.1.2 Livret d'accueil

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Il est procédé à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Dans ce but, est remis à chaque patient lors de son admission le [PDP/PAR/LIVR/001 Livret d'accueil Patient](#). Le [QUA/ESU/ENRE/001 Questionnaire de satisfaction patient](#) est à compléter avant la sortie de l'établissement. Ce livret d'accueil contient toutes les informations pratiques utiles aux patients pendant leur séjour et les informe de leurs droits et obligations.

4.1.3 Mode d'admission

L'admission au CH Paul Coste-Floret est prononcée par la Direction ou son représentant sur avis d'un médecin de l'établissement.

4.1.4 Dépôts de valeurs

Les objets personnels, qui ne sont pas des valeurs, sont conservés par le patient sous sa seule responsabilité. Il est conseillé aux patients de n'apporter que des objets de faible valeur, strictement utiles au séjour.

4.2 Dispositions particulières

Dans le cadre de la politique d'identitovigilance développée dans l'établissement, avant toute admission en consultation externe ou en hospitalisation, «il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité (...) par la production d'un titre d'identité comportant une photographie" (*Article. L.162-21 du code de la sécurité sociale*). Il sera dès lors mis en place au poignet du patient, un bracelet d'identification qu'il devra porter tout au long de son séjour dans l'établissement.

Cette disposition est renforcée par la parution de la *circulaire du 2 mai 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*.

4.2.1 Prise en charge des frais d'hospitalisation

Les bénéficiaires des différents régimes de Sécurité Sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent (carte Vitale et attestation).

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge de l'hospitalisé. Si ce dernier possède une mutuelle, il lui appartient de fournir tout document justifiant cette prise en charge et les conditions de celle-ci. Les bénéficiaires de la CSS (Complémentaire Santé Solidarité) doivent être munis de leur attestation.

Les bénéficiaires de l'Article L.115 du Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant leur hospitalisation. Les ressortissants de l'Union Européenne doivent justifier de leurs droits en fournissant les documents nécessaires.

4.2.2 Personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le 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. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

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

4.2.3 Les Directives anticipées

Les directives anticipées sont un document écrit dans lequel une personne majeure exprime à l'avance ses souhaits concernant les soins médicaux qu'elle souhaite recevoir ou refuser dans le cas où elle ne serait plus en capacité de s'exprimer. Elles permettent de guider les professionnels de santé dans la prise de décision, notamment en fin de vie, et peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

4.3 Conditions de séjour

4.3.1 Horaires des repas – Repas aux accompagnants

Les horaires des repas sont autour des suivants :

- **petit-déjeuner** : à partir de 07h15 en chambre,
- **déjeuner** : à partir de 12h00 en salle à manger,
- **dîner** : à partir de 19h00 en salle à manger.

4.3.2 Horaires des visites

Les horaires de visite sont les suivants :

- **Pour le pavillon LEROY :**
 - **Unité PréPAN** : Du Lundi au Dimanche et jours fériés de 14h00 à 19h30
 - **Unités Cérébrolésés, Neuroloco et EVC** : Du Lundi au Vendredi de 14h00 à 20h30 et les Weekends et jours fériés de 11h00 à 20h30.
- **Pour le pavillon JEANNE D'ARC** : Du Lundi au Vendredi de 13h00 à 20h30 et les Weekends et jours fériés de 11h00 à 20h30.

En tant que patient ou visiteur, vous avez des droits mais aussi des obligations. Vous êtes tenus de respecter les professionnels de santé ainsi que toute personne présente dans l'enceinte de l'établissement.

Vous pouvez rendre visite à vos proches en chambre ou dans les salons des familles, à votre disposition au sein des unités.

Par décision médicale, le service peut décider de limiter l'accès à vos proches, voire interdire les visites.

Pour le bien-être de chacun, merci de respecter les règles suivantes :

- **Pas plus de 3 personnes simultanément dans la chambre**
- **Limiter les visites des jeunes enfants porteurs de maladies infantiles transmissibles**
- **Respecter les consignes d'hygiène exigées par le service**
- **Quitter la chambre lors des soins, sauf si le personnel vous propose de rester**
- **Ne pas apporter de boissons alcoolisées, d'alimentation ou de plantes**
- **Ne pas fumer**
- **Respecter l'intimité des autres patients**
- **Éviter le bruit et l'agitation dans les couloirs**

4.4 Les droits

4.4.1 Principe de laïcité

Tous les usagers sont égaux devant le service public. Ils peuvent exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public et des lois qui le régissent, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Il est interdit de faire du prosélytisme ou de se prévaloir de ses croyances pour s'affranchir des règles communes. Les patients hospitalisés ont le droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

L'hôpital s'engage à une égalité de traitement pour tous les patients et à une obligation de neutralité de tout agent public (cf : [DIP/BIE/CHAR/001 Charte de la laïcité](#)).

4.4.2 Droits civiques

En application des dispositions du code électoral, vous avez la possibilité de voter par procuration au sein du CHPCF, si vous ne pouvez pas vous déplacer le jour du scrutin. Une demande doit être effectuée auprès du cadre de santé de l'unité d'hospitalisation pour chaque procuration demandée auprès d'un officier de police judiciaire.

4.4.3 Correspondance

Une boîte aux lettres est à la disposition des patients devant le sas d'entrée du pavillon LEROY. Le courrier déposé doit être impérativement affranchi.

4.4.4 Télévision, Internet et téléphonie/terminaux multimédia

Les chambres sont équipées de télévision et de poste téléphonique. Leur gestion est assurée par le Bureau des Entrées ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00.

4.5 Les devoirs

4.5.1 Interdiction de toute forme de violence

Merci de respecter l'ensemble des professionnels et des usagers de notre hôpital.

Les menaces, violences verbales ou physiques, voies de fait, injures, diffamation ou outrages envers un membre de nos équipes feront systématiquement l'objet d'un dépôt de plainte conformément aux dispositions du code pénal.

4.5.2 Déplacement et comportement des patients – désordres

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

Le comportement ou les propos des patients hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service. Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, la Direction ou son représentant, prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient dans les conditions évoquées précédemment.

4.5.3 Hygiène à l'hôpital

Des solutions hydro-alcooliques sont à la disposition des soignants, des usagers et des visiteurs dans le cadre de la lutte contre les infections dans l'enceinte de l'établissement. Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital, chacun est tenu de l'observer.

Si vous présentez des symptômes (fièvre, toux, etc), il est recommandé de reporter votre visite ou, à minima, de porter un masque chirurgical.

La présence d'animaux dans l'établissement est interdite à l'exception des chiens guides d'aveugle qui sont autorisés jusqu'aux zones d'attente.

4.5.4 Effets personnels

Les patients hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :

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

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

4.5.5 Interdiction de fumer et devapoter

En application de l'Article L.3512-8 du code de la santé publique, l'Articles R.3512-2 à R.3512-9 du code de la santé publique ainsi que l'article 28 de la Loi de Santé du 26 janvier 2016, il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans tous les locaux public tel que ceux du CHPCF. Des zones fumeurs sont identifiées sur les différents pavillons du CHPCF.

L'interdiction s'applique à tous les professionnels médicaux et non médicaux, tous les usagers et tous les visiteurs de l'Etablissement. Elle concerne l'intégralité des locaux fermés, couverts et terrasses, à l'exception des zones fumeurs identifiées.

En cas de manquement à cette règle, dûment averti, la Direction ou son représentant, prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

4.5.6 Interdiction de filmer et photographier dans l'enceinte de l'établissement.

Il est interdit de prendre des photographies ou de filmer dans l'enceinte de l'établissement, sans l'autorisation préalable de la Direction.

4.6 Transports

Pour les patients hospitalisés, si l'état de santé d'un patient le nécessite, un transport sanitaire peut être prescrit par le médecin à sa sortie vers son domicile (ambulance, véhicule sanitaire léger, voire taxi). Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. Lorsque le transport est à la charge du CHPCF, le patient n'a pas le choix du transporteur.

4.7 Décès

4.7.1 Transfert de corps en chambre funéraire sans mise en bière

Le transport en chambre funéraire doit intervenir dans un délai maximum de 10 heures à compter du décès sans obligation de soins de conservation. Ce transport ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté.

L'admission a lieu sur demande écrite :

- soit de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et qui justifie de son état civil et de son domicile,
- soit de la Direction de l'établissement.

Si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où est survenu le décès, une déclaration préalable au transport de corps avant mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.

Ces dispositions ne visent que les transports dans une chambre funéraire.

4.8 Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

4.8.1 Qualité et gestion des risques

Le Centre Hospitalier Paul Coste-Floret est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre d'un pilotage par les risques.

Il définit sa politique qualité-sécurité qu'il révisé annuellement en tenant compte notamment des évolutions législatives et réglementaires en la matière en ce compris les référentiels émanant des autorités indépendantes d'évaluation et d'accréditation, des analyses d'évènements indésirables.

Le CHPCF favorise la coordination de l'ensemble des acteurs, usagers partenaires comme professionnels de l'établissement en vue de répondre aux objectifs fixés par sa politique qualité.

Les orientations stratégiques de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins sont établies par le Comité de Pilotage de la Qualité et la Gestion des Risques (CopilQGR).

4.8.2 Gestion des incidents et évènements indésirables

Le CHPCF dispose d'un outil informatisé de gestion des risques qui permet la déclaration des évènements indésirables (EI).

En cas de survenue d'un évènement indésirable grave, le CHPCF le signale à l'autorité de tutelle compétente. Le CHPCF transmet les conclusions de l'analyse pluridisciplinaire qui a par suite été menée et informe l'autorité de tutelle compétente des actions d'améliorations mise en place.

Le bilan annuel des évènements indésirables survenus au sein du CHPCF est présenté conjointement avec les réclamations des usagers, aux instances de l'établissement. Le Plan d'actions Qualité tient compte du bilan précité.

4.8.3 Évaluations externes

Le CHPCF est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à ce titre, reçoit périodiquement la visite d'experts professionnels dans le cadre de la démarche de certification menée par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cette démarche contribue à l'objectivation du niveau de qualité et de sécurité atteints par le CHPCF dans le cadre de ses activités et permet d'identifier les risques et les actions prioritaires à déployer par l'établissement.

4.8.4 Le recueil de l'expérience patient

Le CHPCF s'appuie sur le recueil de l'expérience de ses usagers laquelle contribue à sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Chaque usager reçoit, dans un délai de quinze jours à compter de sa sortie de l'établissement, un questionnaire de la part de la Haute Autorité de Santé dont les réponses contribuent aux enquêtes nationales de satisfaction (e-Satis) pilotées par la Haute Autorité de Santé. Les résultats annuels sont diffusés sur le Qualista alimenté par la Haute Autorité de Santé et sont affichés dans le hall de chaque pavillon du CHPCF.

De plus, des questionnaires d'évaluation de la satisfaction sont remis aux usagers lors de leur admission dans le livret d'accueil mais également 48h avant leur sortie. Le CHPCF mène également des évaluations spécifiques relatives à ses prestations ou à destination de publics spécifiques. Des questionnaires particuliers sont remis aux usagers concernés.

Les modes d'expression relatif aux plaintes, réclamations et voies de recours contribuent également au recueil de l'expérience patient. Une permanence des représentants des usagers est mise en place une fois par mois afin d'accompagner au mieux les usagers dans ces démarches.

5. DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

5.1 Les Droits

5.1.1 Droit à la protection

Le CHPCF est tenu de garantir le respect des droits de ses agents à être protégés par leur employeur.

Il existe une protection dans le cadre de dommages causés à des tiers pendant leur exercice professionnel et une protection en cas d'outrages, injures ou dommages subis du fait d'un tiers dans l'exercice de leurs fonctions.

5.1.2 Droit à l'information

Assurée principalement par l'encadrement hiérarchique, l'information peut être également recherchée auprès du service compétent (service du personnel, service de la documentation...). Par ailleurs, des documents sont adressés : individuellement, par le responsable de service (note de service), par voie d'affichage, par la gestion documentaire électronique (GALA).

Chaque agent peut consulter son dossier individuel en adressant une demande par courrier à la Direction des ressources humaines.

5.1.3 Liberté d'opinion

La liberté d'opinion est garantie à l'ensemble des agents dans leur vie privée (*Article L.111-1 à L.111-5 du code général de la fonction publique*).

5.1.4 Liberté d'expression

La liberté d'expression est garantie à l'ensemble des agents et tient compte des obligations de réserve, de secret et de discrétion professionnels. Elle s'exerce dans le respect et la considération dus à tout professionnel et tout usager du service public. (*Article 10 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme de 1950 Article 11 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789*).

5.1.5 Liberté syndicale

Tout agent peut défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale et adhérer au syndicat de son choix. (Alinéa 6 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. Article L.2131-1 du code du travail).

5.1.6 Droit syndical

Le droit syndical est garanti à l'ensemble des agents du CHPCF qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Les représentants syndicaux du personnel du CHPCF bénéficient d'autorisation spéciale d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable. Les autorisations spéciales d'absence accordées au titre des *articles 13, 15 et 15-1 du décret n° 86-660 du 19 mars 1986* font l'objet d'une demande de l'intéressé auprès de leurs cadres de proximité sur présentation de l'original de la convocation établie par l'autorité syndicale qui le mandate pour y participer.

Les décharges d'activité de service dont sont bénéficiaires les agents nominativement désignés de l'établissement sont intégrées dans le planning du service auquel est rattaché l'agent (*Article 16 du décret n°86-660 du 19 mars 1986*).

L'exercice du droit syndical au CHPCF fait l'objet d'un protocole négocié et signé par les organisations syndicales présentes dans l'établissement et remis à jour après chaque élection professionnelle (Alinéa 7 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. (*Articles L.211-1 à 291-2 du code général de la fonction publique*)).

5.1.7 Droit de grève et service minimum

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble des agents du CHPCF. Il s'exerce sous réserve que la continuité de service soit assurée justifiant, le cas échéant, le recours au service minimum par l'assignation des agents indispensables au bon fonctionnement du service public.

Un protocole établi en concertation avec les organisations syndicales encadre l'exercice du droit de grève au CHPCF.

5.1.8 Egalité de traitement et non-discrimination

Le CHPCF garantit l'égalité entre tous ses professionnels. Il promeut l'égalité entre les femmes et les hommes. Il assure la représentativité de l'ensemble des professionnels du CHPCF dans son exercice quotidien, et fait application des règles relatives à la parité notamment dans le cadre des nominations dans les fonctions de responsable de processus et de service.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne pourra être réalisée entre les agents du CHPCF en raison notamment de leurs opinions, de leur âge, de leur état de santé, de leurs origines, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de tout autre critère édicté par les dispositions de l'article 225-1 du code pénal. (*Article 6 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 Article L.133-1 à L.134-12 du code général de la fonction publique*).

5.1.9 Droit de retrait

Tout agent du CHPCF dispose du droit de se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger. L'agent alerte alors immédiatement sa hiérarchie, oralement ou par écrit, et dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou du lieu de travail ce qui ne signifie pas l'arrêt de tout travail effectif. Il reste néanmoins à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour constater la réalité de cette situation de danger et prend les dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger. L'agent ne peut quitter l'établissement sans autorisation préalable (*Article L.4131-1 du code du travail*).

5.1.10 Droit à la formation professionnelle

Les agents du CHPCF peuvent accéder à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion dans les conditions définies par la direction des ressources humaines dont ils dépendent.

Le CHPCF élabore chaque année un plan de formation pour ses agents en vue de maintenir, de parfaire ou d'adapter leurs compétences au cours de leur carrière (*Article L.6111-1 et suivants du code du travail*).

5.2 Les Devoirs

5.2.1 Continuité du service

Les agents, quelle que soit leur fonction, sont tenus de se conformer aux horaires qui leur sont indiqués dans le planning ou le tableau de leur service, de manière à assurer la continuité du service public hospitalier.

Le personnel ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire, si les nécessités de service l'imposent, dans le respect de la réglementation relative au temps de travail.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum. La Direction a le droit d'assigner au service des agents jusqu'à atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement minimum du service, préalablement défini dans le planning type. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation.

La continuité du service en cas de grève est organisée dans le cadre d'une procédure définissant un effectif minimum, soumise pour avis au Conseil Social et économique. Elle est disponible sur Intranet.

De même, un système d'astreinte est mis en place dans l'établissement dans plusieurs services (unité de soins, transport, informatique, services techniques).

5.2.2 Assiduité et ponctualité

Il est impératif de prendre ses fonctions à l'heure prévue, notamment dans les services de soins, et de ne quitter le service que lorsque la relève est présente, la prise en charge des patients devant être assurée de façon continue.

Durant le temps de travail, l'agent qui doit s'absenter, pour des événements familiaux notamment, sollicite une autorisation d'absence auprès de son responsable de service qui, si la nécessité du fonctionnement du service le permet, l'accorde et le signale à la Direction des Ressources Humaines. En l'absence de cette autorisation, l'agent peut être considéré en situation d'absence irrégulière.

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu au tableau de service, l'agent doit, au plus tôt, avertir au préalable le responsable de service (durant les week-ends l'agent, l'agent doit prévenir le cadre de santé de permanence) et remettre les justificatifs à la Direction des Ressources Humaines dans un délai de 48 heures. A défaut, l'agent peut être considéré en situation irrégulière.

Avant de prendre un congé annuel, un congé exceptionnel ou une récupération, l'agent doit impérativement solliciter une autorisation de l'employeur.

5.2.3 Devoir d'obéissance - Exécution des ordres reçus

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

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 dispositions législatives, ni être en contradiction avec le paragraphe précédent.

5.2.4 Diffusion d'informations concernant les incidents

Tout agent qui aurait pris connaissance, dans l'exercice de ses fonctions, d'un incident ou d'un dysfonctionnement de nature à compromettre la bonne exécution des missions du service public hospitalier, doit en informer sans délai son supérieur hiérarchique et/ou toute personne compétente afin de le résoudre, dans le respect des procédures en vigueur dans l'établissement, notamment en matière de signalement d'événements indésirables.

Les agents ont la possibilité d'informer le CSE2 des incidents ou accidents. Le CSE2, outre les réunions trimestrielles, est réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

5.2.5 Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Le personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, matériels, effets et objets de toute nature mis à disposition par le Centre Hospitalier. Il peut être exigé un remboursement des dommages commis. Ce remboursement peut être assorti d'une sanction disciplinaire en cas de dégradation volontaire ou de négligence caractérisée.

Lorsqu'un agent utilise un véhicule du CHPCF pour un déplacement professionnel, celui-ci se doit de respecter, pour une meilleure cohabitation avec les autres utilisateurs, la propreté dudit véhicule, et veiller à la restitution de ce dernier avec le plein de carburant. De même, il est important de rappeler que les règles habituelles du code de la route sont à respecter par tout utilisateur des véhicules du CHPCF. En cas de non-respect de celui-ci, depuis le 1er janvier 2017, l'employeur a l'obligation de dénoncer aux autorités tout salarié ayant commis une infraction à l'occasion de la conduite d'un véhicule immatriculé au nom d'une personne morale.

5.2.6 Interdiction des comportements vénaux dans le cadre de l'exercice professionnel

Le service rendu au patient et à ses proches, relève de la mission du service public hospitalier. Le personnel ne saurait avoir ni intention, ni entreprendre aucune manœuvre auprès du patient et de sa famille, qui aboutirait à lui procurer un gain ou un quelconque avantage. En cas contraire, il serait passible de sanction disciplinaire et/ou pénale.

Les agents du Centre Hospitalier ne sont pas davantage autorisés à accepter des pourboires ou présents en rémunération des services rendus au patient.

5.2.7 Identification du personnel

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues pour le personnel, selon les informations nominatives établies par la Direction des Ressources Humaines. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification.

5.2.8 Tenue vestimentaire de travail, comportement et principe de laïcité

Lorsque le personnel est concerné par une tenue vestimentaire réglementaire, il lui est fait obligation de la porter durant le service et de la quitter hors des heures de service. Il en est de même pour les chaussures. Le port de cette tenue au self et en dehors de l'enceinte de l'établissement, n'est pas admis.

Chaque agent est responsable des tenues qu'il utilise.

La tenue vestimentaire doit donc être portée pendant toute la durée du service. Pour des raisons d'hygiène, les tenues sales doivent être déposées dans les sacs de linge sale du service prévus à cet effet, afin qu'elles soient acheminées et traitées par la blanchisserie. Il est strictement interdit d'amener les tenues chez soi.

Une tenue irréprochable dans l'habillement, comme dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des patients est formellement proscrite.

En application du principe de laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics, il est interdit au personnel, dans l'exercice de ses fonctions, de manifester son appartenance à une religion quelle qu'elle soit, notamment par une extériorisation vestimentaire.

Le principe de neutralité religieuse n'est pas opposable aux professionnels employés en qualité d'aumônier quelle que soit leur confession dès lors qu'ils respectent la volonté des patients.

5.2.9 Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit contribuer, par son comportement, à lutter contre le bruit, en particulier la nuit, dans les services de soins. L'agitation, les éclats de voix, l'utilisation de chaussures bruyantes, la fermeture intempestive des portes doivent être évités, pour préserver la tranquillité due aux patients.

5.2.10 Dispositions relatives au tabac, à l'alcool et aux stupéfiants sur les lieux de travail

Le personnel n'est pas autorisé à fumer dans l'enceinte de l'établissement. Il en est de même de la pratique du « vapotage ».

Le personnel ne doit pas introduire, ni consommer de boissons alcoolisées ou de stupéfiants dans l'enceinte de l'hôpital. Il est interdit à tout responsable hiérarchique, de laisser introduire et de laisser distribuer des boissons alcoolisées ou des stupéfiants.

La détention illicite de produits stupéfiants est une infraction pénale punie et réprimée par l'article 222-57 du Code Pénal. L'introduction de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du Centre Hospitalier est strictement interdite.

Toute découverte de stupéfiants fera l'objet d'une remise aux autorités compétentes (police, gendarmerie) sans que l'identité du patient qui les détient ne soit révélée.

Tout professionnel, quel que soit son métier ou son grade, en état apparent d'ébriété ou sous l'emprise de stupéfiant se verra amené à se soumettre à un contrôle d'alcoolémie dès lors que son comportement constitue une menace pour lui-même, pour l'équipe, pour la sécurité des usagers de l'établissement ou la sécurité publique. Le professionnel est averti de la réalisation de ce contrôle et de la possibilité de se faire accompagner d'un membre du personnel de son choix. Il peut refuser de se soumettre à un tel contrôle. Dans le cas où le professionnel refuse de se soumettre au contrôle d'alcoolémie ou stupéfiant ; ou si le contrôle est positif, il est suspendu de ses fonctions à titre préventif et conservatoire.

En cas de manquement à cette règle, la Direction se réserve le droit d'engager toute procédure à l'encontre du professionnel concerné.

Tout professionnel qui constate qu'un autre professionnel est dans un état ou présente un trouble du comportement tel que son exercice professionnel est susceptible de mettre en danger des patients, des usagers de l'établissement au sens large du terme, des professionnels de l'établissement ou de porter atteintes aux locaux, doit en référer immédiatement à son supérieur hiérarchique et, en son absence, à la Direction de l'établissement ou à l'administrateur d'astreinte.

Par décision expresse de la Direction du CHPCF et par dérogation aux dispositions précitées, la consommation d'alcool peut être autorisée à l'occasion d'événements institutionnels ou festifs.

5.2.11 Relations avec les usagers

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier. Le personnel s'efforcera d'assurer aux patients dont il a la charge le maximum de confort physique et moral. Tout professionnel doit s'abstenir dans ses relations avec les usagers de tout propos ou attitude familière ou ayant une connotation politique, syndicale ou confessionnelle.

5.2.12 Secret professionnel

L'ensemble des agents hospitaliers est tenu au secret professionnel : il est interdit à toute personne qui en est dépositaire de dévoiler en dehors du service et de l'hôpital, toute information concernant le patient, sa vie privée, son traitement sous peine de sanctions administratives et pénales.

Cependant, la Direction ou son représentant peut délier l'agent de cette obligation au profit d'un juge d'instruction ou d'un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat, qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossier dans les conditions fixées par la loi.

En l'absence d'opposition des patients, les indications d'ordre médical ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être donnés par les cadres soignants.

Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement est rigoureusement interdite.

5.2.13 Obligation de discrétion professionnelle

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

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

5.2.14 Utilisation de l'outil informatique

Une charte d'utilisation des ressources informatiques définit les règles d'utilisation des moyens informatiques mis à disposition du personnel du Centre Hospitalier (cf : [INF/SSI/CHAR/001 Charte des bons usages du système d'information](#)).

5.2.15 Utilisation du téléphone portable personnel

L'usage du téléphone portable à titre privé doit être strictement réservé aux situations d'urgence. Cet usage exceptionnel n'est autorisé que dans lieux affectés au repos, notamment pour les personnels en contact avec les patients.

5.2.16 Obligation de formation continue à la sécurité incendie

L'ensemble des agents du CHPCF, en service de jour ou de nuit, a l'obligation de suivre périodiquement les formations à la sécurité incendie organisées par l'établissement. L'encadrement est chargé de veiller au respect de cette obligation et de contribuer à sa mise en œuvre par une planification régulière des agents, en concertation avec le service de formation continue.

5.2.17 Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier

Les réunions publiques sont interdites au Centre Hospitalier, sauf autorisation expresse de la Direction ou de son représentant.

5.2.18 Cumul d'activités

Conformément au décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires et des agents non titulaires de droit public, il existe 3 formes de cumul possibles :

❖ **Le cumul d'activités à titre accessoire** : expertise, enseignement et formation, activité agricole, travaux urgents de sauvetage, travaux ménagers peu importants chez un particulier, aide à domicile d'un proche, conjoint collaborateur, mission d'intérêt général.
L'exercice de cette activité à titre accessoire est subordonné à la délivrance d'une autorisation par l'autorité dont relève l'agent au titre de son activité principale.

❖ **Le cumul d'activité au titre de la création, de la reprise et de la poursuite d'activités au sein d'une entreprise** : l'agent qui souhaite créer ou reprendre une entreprise quelle qu'en soit la forme juridique doit en faire la demande écrite au moins deux mois avant à l'autorité compétente qui saisit pour avis la commission de déontologie chargée de contrôler la compatibilité des projets.
Cette activité peut être exercée pour une durée maximale de 1 an renouvelable une fois et peut être interrompue à tout moment sur demande de l'employeur.

❖ **Cumul d'activités applicable à certains agents à temps non complet** : les agents contractuels de droit public à temps non complet peuvent exercer une activité privée lucrative dans des conditions compatibles avec leurs obligations de service et sous réserve de l'accord de l'autorité. Celle-ci peut à tout moment s'opposer à la poursuite de l'exercice de cette activité privée. La durée totale de travail ne pourra pas excéder un emploi à temps complet.

5.3 Divers

5.3.1 Livret d'accueil

Le livret d'accueil est remis aux agents lors de leur recrutement. Une version dématérialisée est disponible sur la base documentaire ([DIR/VMS/LIVR/001 Livret d'accueil du personnel](#)).

5.3.2 Consultation du dossier administratif

Tout agent qui le souhaite, peut prendre connaissance de son dossier administratif. Il en formule la demande par écrit, auprès de la Responsable des Ressources Humaines, qui fixe une date pour la consultation. Il peut obtenir une copie de tout ou partie des documents versés à son dossier (*Article L.137-1 à L.137-4 du code général de la fonction publique*).

5.3.3 Effets et biens personnels

Chaque agent est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, perte ou dégradation de valeurs, argent ou objets divers ne pourra faire l'objet d'une mise en cause de la responsabilité de l'établissement. L'établissement met à la disposition du personnel pour lequel le port d'une tenue vestimentaire est obligatoire, un casier individuel (cadenas non fourni). A son départ (temporaire ou définitif), l'agent vide son casier et le remet à la disposition de l'administration. A défaut, cette dernière pourra faire ouvrir le casier par le service intérieur en présence d'un cadre de direction ou de l'administrateur de garde.

5.3.4 Restaurant du personnel

Un restaurant du personnel est ouvert les jours ouvrés de 12h00 à 13h45. Les tenues professionnelles ne sont pas autorisées dans cette enceinte. Le prix des prestations fournies est fixé chaque année et affiché.

5.3.5 Accident causé par des tiers

Les professionnels victimes d'accidents causés par des tiers (accident de travail ou accident de la vie privée) sont invités à le déclarer au Secrétariat des Ressources Humaines afin de permettre l'engagement de la procédure de recours contre tiers à l'encontre de la compagnie d'assurance du tiers responsable.

5.3.6 Interdiction de tout démarchage au sein de l'établissement

L'intervention au sein de l'établissement de toute société voulant présenter ses produits est strictement prohibée sauf autorisation expresse de la Direction.

5.3.7 Utilisation du véhicule personnel dans le cadre de trajets professionnels autre que domicile-lieu de travail habituel :

En application du décret n°92-566 du 25 juin 1992, les agents utilisant leur véhicule personnel sont informés qu'ils doivent être assuré au minima en responsabilité civile et dommages causés au véhicule. Le trajet professionnel, lorsqu'il est effectué occasionnellement est en principe couvert par l'assurance, toutefois cette dernière doit être vérifiée par l'agent auprès de son assureur.

6. RÈGLES DE SÉCURITÉ, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION DANS LE CHPCF

6.1 Sécurité des biens et des personnes

L'Etablissement est équipé d'un système de vidéosurveillance agréé par la Préfecture. Les images enregistrées sont conservées 30 jours.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéoprotection doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

6.1.1 Sécurité Générale

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions, par leurs nécessités de soins, et aux personnes qui se rendent au chevet d'un patient hospitalisé aux heures de visite.

Les seules issues du Centre Hospitalier libres d'accès à toute personne sont les halls d'accueil. Toutes les autres issues sont contrôlées par un système d'accès par badge dont chaque agent hospitalier est détenteur et qui lui permet, en fonction de ses activités et des droits associés dans l'établissement d'y accéder par un accès déterminé. Un accès est donné à des patients autonomes pour leur permettre de gérer leur sortie en dehors des heures d'ouvertures sur une plage horaire restreinte. Une traçabilité des entrées et sorties est stockée 1 mois. Au recrutement, un badge est délivré gratuitement à l'ensemble du personnel. En cas de perte ou de destruction, elle est remplacée contre paiement de 10 €.

6.1.2 Sécurité technique

La gestion des visites de maintenance des installations techniques sont assurées par le responsable sécurité de l'établissement.

Les installations nécessitant des compétences techniques particulières sont déléguées, par contrats, à des entreprises qualifiées ou agréées (ascenseur et monte-malade, installations gaz et électriques, détection incendie, etc ...). Le responsable sécurité vérifie dans ce cas que les maintenances et interventions prévues au contrat soient bien effectuées. La permanence de la sécurité technique est assurée par un agent sur place les jours ouvrables de 8h00 à 17h00 et par un agent d'astreinte téléphonique en dehors de ces heures. Des formations sont systématiquement organisées lors de l'installation de matériels nouveaux et chaque fois que nécessaire pour les installations sensibles ou indispensables à la sécurité (groupes électrogènes, chaudières, détection incendie, etc ...). Dans tous les locaux de l'hôpital (chambres, offices, bureaux, ... l'utilisation d'un matériel électrique personnel (chauffe-eau, cafetière, guirlandes électriques, etc...), sans autorisation du responsable sécurité est interdite. Les multiprises monoblocs sont strictement interdites. Les chambres de l'hôpital, ne sont pas considérées comme privative, il faut respecter le règlement de sécurité incendie du 25 06 1980 modifié, qui limite les aménagements intérieurs de tous les locaux, la décoration des murs, etc. ...

Le nombre de visiteurs par patient est réglementé par l'article U2 du règlement de sécurité à une personne.

L'ensemble des matériels concourant à la sécurité générale de l'établissement est vérifié suivant une périodicité et des modalités définies dans le plan de maintenance des installations techniques.

Le registre de sécurité incendie est à la disposition des autorités compétentes au bureau du Responsable sécurité.

En cas de déclenchement de l'alarme incendie les visiteurs doivent quitter immédiatement l'établissement.

L'utilisation des ascenseurs aux enfants non accompagnés est interdite.

Dans le cadre du Plan de Sécurité d'Etablissement (PSE) il est interdit de laisser des colis ou des bagages sans surveillance.

6.1.3 Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, la Direction ou son représentant prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le Comité Social d'Etablissement en est informé pour les champs relevant de sa compétence. La Direction ou son représentant peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Elle peut ainsi faire interdire l'accès du site hospitalier à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures générales éventuellement décidées ou à justifier le motif de son accès sur le site.

En cas de péril grave et imminent pour l'établissement, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, la Direction ou son représentant peut, sans le consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Elle peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence ou en application de plans de vigilance et de sécurité générale, la Direction ou son représentant prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

6.2 Voies de circulation, règles de circulation et stationnement

6.2.1 Application du code de la route

Les voies de desserte établies dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. À ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du Service Public Hospitalier.

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du CHPCF. La vitesse est limitée à 10 km/heure. Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

6.2.2 Stationnement

Le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels. Il existe également des emplacements matérialisés par un logo (couleur bleue) réservés aux personnes à mobilité réduite.

Certaines places de stationnement sont exclusivement réservées aux pompiers afin qu'ils puissent accéder aux baies d'accessibilité.

Les stationnements « bloquants » feront directement l'objet d'un recours aux forces de l'ordre.

6.2.3 Responsabilité

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du CHPCF, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou d'accessoires, ou de déprédations.

6.2.4 Sanctions

La Direction du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du Service Public Hospitalier, ainsi que tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave.

Sous la responsabilité de la Direction, les services techniques sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus. Le refus opposé par toute personne à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des poursuites.

6.3 La sécurité du système d'information et confidentialité des données de santé

La Direction du Centre Hospitalier nomme un responsable de la sécurité des systèmes d'informations (SI). Il a pour mission principale de concevoir et animer la démarche sécurité des SI (matériels, données et logiciels), en veillant à ce que les niveaux de sécurité et de confidentialité soient conformes à la réglementation externe et aux standards internes.

6.3.1 Charte des bons usages du système d'information

Cette Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des outils de communication du Centre Hospitalier Paul Coste-Floret et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du Système d'Information.

Ces règles techniques et organisationnelles permettent de garantir une sécurisation des SI adaptée au contexte du CHPCF, tout en garantissant les intérêts des employés et de l'employeur.

La [INF/SSI/CHAR/001 Charte des bons usages du système d'information](#) doit être consultée et signée par tout agent du Centre Hospitalier Paul Coste-Floret sur le logiciel de gestion documentaire.

6.3.2 Confidentialité du dossier patient au CHPCF

Le dossier du patient est constitué d'informations papier et d'information numérique. Le même niveau de confidentialité est attendu, quel que soit le support.

Le code de la Santé Publique décrit les règles d'accès au dossier médical. Le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) vient renforcer les droits des usagers et consolider les mesures de sécurité. Le non-respect des règles de confidentialité est un délit pénal d'une grande gravité.

Le respect de la confidentialité comprend :

- La non-divulgaration d'information à des personnes ne participant pas directement aux soins ou à d'autres personnes hors personnes de confiance préalablement déclaré dans le logiciel,
- Le fait de ne pas rechercher soi-même des informations concernant un patient non pris en charge.

S'agissant des outils informatiques, le groupe Dossier Patient établit, en plus, les droits des utilisateurs par profil. La Direction des Soins a autorité, par délégation du groupe Dossier Patient, pour valider des demandes de droits complémentaires. Le président de CME et la Direction des Soins disposent d'outils pour contrôler, si besoin, les accès aux dossiers des patients.

L'accès au dossier patient informatisé DxCare se fait grâce à un Identifiant et un Mot de passe strictement personnel. La communication du mot de passe est interdite. Le caractère personnel des mots de passes permet de sécuriser l'accès au dossier patient et garantir de la traçabilité des actions de chaque professionnel de santé.

L'accès aux informations contenues dans le dossier patient n'est autorisé qu'à des fins de prise en charge. Il est interdit de consulter un dossier patient dans un autre but.

7. DISPOSITIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET SES ANNEXES

7.1 Adoption du règlement intérieur

La Direction arrête le règlement intérieur de l'établissement dans les conditions définies par le code de la santé publique (Article L.6147-3 du code de la santé publique).

7.2 Modification du règlement intérieur

A l'exception des évolutions législatives et réglementaires s'imposant au CHPCF qui font l'objet d'une mise à jour automatique des dispositions du présent règlement intérieur et dont l'information est portée à la connaissance des instances compétentes, le règlement intérieur fait l'objet d'une mise à jour, dans les mêmes formes et conditions, a minima tous les deux ans.

Ce règlement intérieur peut être complété, lorsque cela est nécessaire, par des notes de service portant prescriptions générales et permanentes dans les matières ci-dessus énumérées. Le cas échéant, elles sont soumises aux mêmes formalités que le présent règlement intérieur.

7.3 Diffusion, affichage et opposabilité du règlement intérieur

La décision de la Direction arrêtant le présent règlement intérieur est publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Hérault.

Le règlement intérieur est consultable sur [le site internet du CHPCF](#).

7.4 Règlement intérieur et situations sanitaires exceptionnelles

En cas de survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle, y compris une crise liée au système informatique du CHPCF, portant atteinte à l'organisation et au fonctionnement normaux de l'établissement et, après concertation avec le Directoire, la Direction du CHPCF peut décider, sur la base de son pouvoir de police administrative ou en application de toute mesure lui permettant de le faire, de suspendre l'application des dispositions contenues dans le présent règlement intérieur et d'édicter des mesures exceptionnelles permettant de garantir la continuité du service public. Elle en informe, sans délai, l'Agence Régionale de Santé.

Ces mesures exceptionnelles sont édictées par le [QUA/GCR/PLAN/002 Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et Situations Sanitaires Exceptionnelles \(PGTHSSE\) du CHPCF](#).

Dans le respect et la limite de leurs compétences respectives, la Direction recueille l'avis du Conseil de surveillance, de la Commission médicale d'établissement, du comité social d'établissement sur les mesures prises dans un délai maximum de deux mois et pour toute prolongation au-delà de ce délai.

7.5 Sanction en cas de non-respect du règlement intérieur

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à toute personne présente dans l'enceinte du CHPCF à quel que titre que ce soit.

Tout manquement à ce règlement peut entraîner une limitation ou interdiction de visite au sein du CHPCF pour ce qui concerne ses usagers, ou justifier l'ouverture d'une procédure disciplinaire pour ce qui concerne ses agents.

Le présent règlement intérieur entrera en vigueur le 05/06/2025.