



## REGLEMENT INTERIEUR

---

Validé par les instances en Mars 2022



# Sommaire

<b>CHAPITRE 1 : LES DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE .....</b>	<b>8</b>
<i>SECTION 1- L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE .....</i>	<i>8</i>
<i>Sous-section 1 : Le Directeur .....</i>	<i>8</i>
<i>Sous-section 2 : Les instances décisionnaires.....</i>	<i>8</i>
<b>Article 1. Le Directoire.....</b>	<b>8</b>
<b>Article 2. Le Conseil de surveillance.....</b>	<b>9</b>
1. Composition du conseil de surveillance.....	9
2. Fonctionnement du Conseil de surveillance .....	9
<i>Sous-section 3 : les instances consultatives .....</i>	<i>10</i>
<b>Article 3 - La Commission Médicale d'Établissement (CME).....</b>	<b>10</b>
1. Composition.....	10
2. Le Président de la CME .....	11
3. Fonctionnement de la CME.....	11
4. Compétences de la CME .....	11
<b>Article 4 – Les sous-commissions de la CME.....</b>	<b>12</b>
<b>Article 5 - La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT).....</b>	<b>12</b>
<b>Article 6 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).....</b>	<b>12</b>
<b>Article 7 : Le Comité Technique d'Établissement (CTE).....</b>	<b>13</b>
<b>Article 8: Le Commission des usagers (CDU).....</b>	<b>13</b>
<b>Article 9: Le Commission Administratives Paritaires (CAP).....</b>	<b>14</b>
<b>Article 10: Le Conseil de la Vie Sociale (CVS).....</b>	<b>14</b>
<b>Article 11: Le Comité d'éthique.....</b>	<b>14</b>
<b>Article 12 : Commission d'exercice libéral.....</b>	<b>14</b>
<b>Article 13 : Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS).....</b>	<b>14</b>
<i>SECTION 2 : ORGANISATION TERRITORIALE .....</i>	<i>15</i>
<i>SECTION 3 : ORGANISATION INSTITUTIONNELLES DES POLES.....</i>	<i>15</i>
<b>Article 14 : Objectifs généraux des pôles .....</b>	<b>15</b>
<b>Article 15 : Le chef de pôle.....</b>	<b>15</b>
<b>Article 16: Le cadre supérieur de pôle.....</b>	<b>15</b>
<b>Article 17 : Désignation des chefs de services .....</b>	<b>16</b>
<b>Article 18 : Contrat de pôle.....</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS .....</b>	<b>17</b>
<i>SECTION 1 : ADMISSION .....</i>	<i>17</i>
<b>Article 19 : Principe du libre choix du patient .....</b>	<b>17</b>
<b>Article 20 : Décision d'admission .....</b>	<b>17</b>
<b>Article 21 : Les pièces à fournir pour la constitution du dossier administratif.....</b>	<b>17</b>
<b>Article 22 : Admission aux Urgences .....</b>	<b>17</b>
<b>Article 23 : Information à la famille et aux proches des patients hospitalisés en urgence.....</b>	<b>18</b>
<b>Article 24 : Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation.....</b>	<b>18</b>
<b>Article 25 : Identification du patient (identitovigilance).....</b>	<b>18</b>
<b>Article 26 : Transfert vers un autre établissement .....</b>	<b>18</b>
<b>Article 27 : Refus de soins par le patient / sortie contre avis médical.....</b>	<b>19</b>
<b>Article 28 : Régime d'hospitalisation .....</b>	<b>19</b>
<b>Article 29 : Frais de séjour .....</b>	<b>19</b>
<b>Article 30 : Consultation externe .....</b>	<b>20</b>
<b>Article 31 : Tarif des consultations externes .....</b>	<b>20</b>
<b>Article 32 : Activité libérale .....</b>	<b>20</b>
<i>SECTION 2 : DISPOSITION PARTICULIERE A CERTAINS PATIENTS .....</i>	<i>21</i>
<b>Article 33 : Prise en charge des mineurs.....</b>	<b>21</b>
1. Garde et protection des mineurs .....	21
2. Admission des patients mineurs.....	21
3. Prise en charge en urgence.....	21
4. Consultations des mineurs non accompagnés .....	22
5. Mineurs et accompagnateurs .....	22
6. Information et consentement.....	22
7. Soins confidentiels à la demande du patient mineur.....	22

# Sommaire

<b>Article 34 : Admission des majeurs protégés</b> .....	23
<b>Article 35 : Prise en charge des femmes enceintes</b> .....	23
1. Admissions des femmes enceintes.....	23
2. Secret de l'hospitalisation.....	23
3. Admissions des patientes ayant recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).....	23
<b>Article 36 : Admission en soins psychiatrique</b> .....	24
1. hospitalisation libre.....	24
2. Personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPT).....	24
3. Personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).....	25
<b>Article 37 : Admission des malades étrangers</b> .....	25
<b>Article 38 : Patient amené par la police</b> .....	25
<b>SECTION 3 : LES DROITS ET DEVOIRS DU PATIENT HOSPITALISES</b> .....	26
<i>Sous-section 1: Droit à l'information sur les soins</i> .....	26
<b>Article 39 : Charte de la personne hospitalisée</b> .....	26
<b>Article 40 : Information du patient</b> .....	26
<b>Article 41 : Information sur l'Identité des Personnels</b> .....	26
<b>Article 42 : Personne de confiance</b> .....	26
<b>Article 43 : Les directives anticipées (Article L. 1111-11 du Code de la Santé Publique)</b> .....	26
<b>Article 44 : Dossier médical du patient</b> .....	27
<b>Articles 45 : Relations avec les familles</b> .....	27
<b>Articles 46 : Relations avec le médecin traitant</b> .....	27
<b>Article 47 : Droit à la dignité et respect de l'intimité</b> .....	28
<b>Article 48 : Le droit à la confidentialité</b> .....	28
<b>Article 49 : Le droit au secret de l'hospitalisation</b> .....	29
<b>Article 50 : Le traitement des plaintes et réclamations</b> .....	29
<i>Sous-section 2 : Consentement et refus des soins</i> .....	30
<b>Article 51 : Dispositions générales</b> .....	30
<b>Article 52 : Dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté</b> .....	30
<b>Article 53 : Refus des soins</b> .....	30
<b>Article 54- Dispositions applicables aux majeurs protégés</b> .....	30
<b>Article 55 - Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs</b> .....	31
<b>SECTION 4 - CONDITIONS DE SEJOURS</b> .....	32
<b>Article 56 : Accueil</b> .....	32
<b>Article 57 : Remise du livret d'accueil</b> .....	32
<b>Article 58 : Inventaire des biens et valeurs</b> .....	32
<b>Article 59 : Les visites</b> .....	32
<b>Article 60 : Interdictions particulières</b> .....	33
1. Animaux.....	33
2. Médicament.....	33
3. Tabac / alcool / produits illicites.....	33
4. Interdiction de filmer, enregistrer et photographier.....	33
5. Interdiction d'accès aux démarcheurs et agents d'affaires.....	34
<b>Article 61 : Cultes</b> .....	34
<b>Article 62 : Courrier</b> .....	34
<b>Article 63 : Téléphone</b> .....	34
<b>Article 64 : Utilisation du téléphone portable</b> .....	34
<b>Article 65 : Télévision</b> .....	35
<b>Article 66 : Heures des repas</b> .....	35
<b>Article 67 : Désordre causé par un patient ou un visiteur</b> .....	35
<b>Article 68 : Service social</b> .....	35
<b>Article 69 : Présence des associations</b> .....	36
<b>Article 70 : Gratifications</b> .....	36
<b>Article 71 : Droits civiques</b> .....	36
<b>SECTION 5 : SORTIE DES PATIENTS</b> .....	36
<b>Article 72 : Compétence du directeur général d'établissement</b> .....	36
<b>Article 73 : Autorisation temporaire de sortie</b> .....	37
<b>Article 74 : Modalités générales de sortie</b> .....	37
<b>Article 75 : Dispositions spécifiques à la sortie du patient mineur</b> .....	37

# Sommaire

Article 76 : Dispositions spécifiques à la sortie du patient hospitalisé sous contrainte .....	38
Article 77 : Sortie contre avis médical.....	38
Article 78 : Sortie à l'insu du service .....	38
Article 79 : Sortie des nouveaux nés .....	38
Article 80 : Sortie par mesure disciplinaire.....	39
Article 81 : Le questionnaire de sortie .....	39
<b>SECTION 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES .....</b>	<b>39</b>
Article 82 : Constat de décès.....	39
Article 83 : Notification du décès .....	39
Article 84 : Indice de mort violente ou suspecte .....	40
Article 85 : Toilette mortuaire .....	40
Article 86 : Le transport de corps avant de mise en bière.....	40
Article 87 : Le transport de corps après mise en bière.....	40
Article 88 : Les enfants mort nés ou nés vivants mais non viables.....	40
Article 89 : Inventaire après décès.....	40
Article 90 : La chambre mortuaire .....	40
<b>CHAPITRE 3 : LES DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL .....</b>	<b>41</b>
<b>SECTION 1 : LES DROITS ET GARANTIES DU PERSONNEL.....</b>	<b>41</b>
Article 91 : La Liberté d'opinion, de conscience et non-discrimination .....	41
Article 92 : Droit Syndical .....	41
Article 93 : Le droit De Grève.....	41
Article 94 : Droit d'accès au dossier administratif .....	41
Article 95 : Le droit à la protection.....	41
Article 96 : Protection contre le harcèlement moral et sexuel.....	42
Article 97 : Le droit d'alerte.....	42
Article 98 : Le droit de retrait.....	42
Article 99 : Droit à la formation .....	42
Article 100 : Temps de travail – Droit à congés .....	42
<b>SECTION 2 : OBLIGATIONS LIES AUX PATIENTS.....</b>	<b>42</b>
Article 101 : Devoir d'information .....	42
Article 102 : Secret professionnel .....	43
Article 103 : Obligation de discrétion professionnelle .....	43
Article 104 : Devoir de réserve.....	43
Article 105 : Relations avec les usagers.....	44
1. Sollicitude envers les patients.....	44
2. Respect de la dignité du patient et devoir de bienveillance .....	44
3. Accueil et respect du libre choix des familles.....	45
<b>SECTION 3 : OBLIGATIONS LIES AUX COMPORTEMENTS PROFESSIONNELS .....</b>	<b>45</b>
Article 106 : Assiduité et ponctualité.....	45
Article 107 : Exigence d'une tenue et d'un comportement correct.....	45
Article 108 : Identification du personnel.....	45
Article 109 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative .....	45
Article 110 : Interdiction de recevoir d'avantages en nature ou en espèces .....	46
Article 111 : Obligation de désintéressement .....	46
Article 112 : Obligation de déposer les biens confiés ou trouvés.....	46
Article 113 : Obligation de signalement des événements indésirables, incidents ou risques .....	46
Article 114 : Exécution des instructions reçues .....	46
Article 115 : Informer son supérieur hiérarchique.....	47
Article 116 : Bon usage du bien de l'hôpital .....	47
Article 117 : Bon usage du système d'information et des matériels informatiques .....	47
Article 118 : Utilisation de la charte graphique .....	47
Article 119 : Témoignage en justice ou auprès des forces de l'ordre .....	47
Article 120 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité .....	47
Article 121 : Sanctions disciplinaires.....	47
<b>CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES A L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE, DE LA GESTION DES RISQUES ET DES REGLES DE SECURITE .....</b>	<b>49</b>

# Sommaire

<i>SECTION 1 : L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES</i> .....	49
Article 122 : La mise en œuvre de la politique qualité et de la gestion des risques (GdR).....	49
Article 123 : La gestion des incidents et événements indésirables .....	49
Article 124 : La gestion de crise.....	49
Article 125 : Le Plan blanc.....	49
Article 126 : Le Plan bleu (plan canicule au niveau médico-social) .....	50
Article 127 : Le Plan Vigipirate /attentats .....	50
Article 128 : La gestion documentaire.....	50
<i>SECTION 2 : LES GRANDS PRINCIPES DES REGLES DE SECURITE</i> .....	50
Article 129 : Les règles de sécurité.....	50
Article 130 : Le contrôle d'accès au site .....	50
Article 131 : Les dispositifs de sécurité mis en place .....	51
Article 132 : Les relations avec les autorités judiciaires et de police.....	51
Article 133 : Les règles de circulation et de stationnement .....	51
Article 134 : La sécurité technique .....	51
Article 135 : La sécurité incendie .....	51
Article 136 : La sécurité système d'information .....	51
Article 137 : La Protection des Données personnelles.....	52
<b>CHAPITRE 5 : DISPOSITION FINALES</b> .....	<b>53</b>
<i>SECTION 1 : APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR</i> .....	53
<i>SECTION 2 : MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR</i> .....	53
<i>SECTION 3 : MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR</i> .....	53

# Introduction : Présentation du Centre Hospitalier / Préambule

Le Centre Hospitalier de Narbonne est un établissement public de santé qui a pour missions :

- d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients ;
- de participer à des actions de santé publique, notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention ;
- de participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et d'organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire ;
- de dispenser, avec ou sans hébergement :
  - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant la phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
  - de dispenser des soins de longue durée comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des soins d'entretien.

## Chapitre 1 : Les dispositions relatives à l'organisation du Centre Hospitalier de Narbonne

### Section 1- L'organisation administrative

#### Sous-section 1 : Le Directeur

Le directeur conduit la politique générale de l'établissement. Il est le représentant légal de l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice en son nom.

Il est l'ordonnateur des dépenses et des recettes et a autorité sur l'ensemble des personnels de l'établissement dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art. Il peut déléguer sa signature.

Il est secondé par des directeurs adjoints.

Ceux-ci disposent d'un pouvoir de police interne et sont garants de la sécurité sous toutes ses formes au sein de l'établissement. A ce titre, ils peuvent prendre toutes les mesures utiles pour préserver les droits et la sécurité des patients : respect de la vie privée, de l'intimité et de la tranquillité ; respect des règles d'hygiène ainsi que de la sécurité des personnes, des locaux et des installations.

Afin de répondre à la nécessité de pouvoir recourir en permanence à une autorité responsable sur l'établissement, le directeur général organise en son sein le fonctionnement des gardes administratives et techniques.

#### Sous-section 2 : Les instances décisionnaires

### Article 1. Le Directoire

Le Directoire est composé de 7 membres du personnel de l'établissement :

- Le directeur, président du Directoire
- Le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), vice-président du Directoire
- Le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)
- 1 membre du personnel non médical nommé par le directeur sur présentation d'une liste de proposition établie par le président de la CSIRMT
- 3 membres des personnels médicaux nommés par le président directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME

L'équipe de Direction et les autres acteurs internes sont associés en fonction des questions abordées à l'ordre du jour des séances.

La durée du mandat des membres du Directoire est de quatre ans. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire.

Ses principales attributions sont l'approbation du projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicaux techniques, la préparation du projet d'établissement (approuvé par le Conseil

de Surveillance), le conseil au directeur sur la conduite et la gestion de l'établissement, en particulier sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, et sur le plan de financement pluriannuel.

Le Directoire se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé.

L'ordre du jour est arrêté par le Président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble de ses membres.

Les relevés des conclusions sont accessibles à l'ensemble des professionnels.

## Article 2. Le Conseil de surveillance

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent sur la gestion de l'établissement menée par le directeur et le Directoire. Le directeur est chargé de mettre en œuvre les décisions rendues par le Conseil de Surveillance.

### 1. Composition du Conseil de Surveillance

Il est composé de quinze membres répartis de façon égale entre différentes catégories de représentants :

- 5 représentants du personnel médical et non médical
- 5 représentants des collectivités territoriales
- 5 personnalités qualifiées nommées par l'Agence Régionale de Santé incluant les représentants des usagers

Participent aux réunions du Conseil de Surveillance avec voix consultative :

- Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative
- Le représentant de la structure chargé de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative
- Le député de la circonscription
- Le sénateur élu dans le département

Le Président du Conseil de Surveillance est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

### 2. Fonctionnement du Conseil de Surveillance

Le Conseil de surveillance délibère sur :

- Le projet d'établissement
- Le compte financier et l'affectation des résultats
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur
- Toute convention intervenant entre l'établissement 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 (art. L. 6148-2, CSP)
- Le règlement intérieur de l'établissement
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire (GHT)

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins 4 fois par an sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du Conseil de Surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

Le Conseil de Surveillance dispose de son propre règlement intérieur qui en définit les modalités de fonctionnement (cf. annexes).

Les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du président du Directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du Conseil de Surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Sous-section 3 : les instances consultatives

### Article 3 - La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

#### 1. Composition

##### Membres de droit

- les sept chefs des pôles médicaux et médico-techniques

##### Membres élus

- sept (7) chefs de service élus par et parmi les praticiens responsables de centre d'activité clinique;
- sept (7) praticiens hospitaliers titulaires élus par et parmi les praticiens hospitaliers titulaires. Il ne peut être élu plus d'un praticien hospitalier par service et autant de représentants suppléants ;
- un (1) représentant des praticiens attachés élu par et parmi les praticiens attachés de l'établissement et autant de représentants suppléants ;
- un (1) représentant des assistants élu par et parmi les praticiens assistants de l'établissement et autant de représentants suppléants ;
- un (1) représentant des praticiens contractuels élu par et parmi les praticiens contractuels de l'établissement et autant de représentants suppléants ;
- un (1) représentant des internes par filière (par exemple : un (1) représentant des internes de médecine générale, un (1) représentant des internes de spécialité et un (1) représentant des internes de pharmacie) désigné tous les six mois en début de stage par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève le Centre Hospitalier ;

- une (1) représentante des sages-femmes élue par et parmi les sages-femmes de l'établissement et autant de représentants suppléants.

Assistent en outre avec voix consultative aux séances de la Commission Médicale d'Etablissement :

- le président du Directoire ou son représentant, qui peut se faire accompagner de toute personne de son choix ;
- le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- le représentant du Comité Technique d'Etablissement élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

## 2. Le Président de la CME

La Commission élit son président et son vice-président parmi les membres titulaires de la CME. Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Etablissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

Il coordonne, avec le directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical d'établissement. Il coordonne la politique médicale d'établissement. Conjointement avec le directeur il nomme et met fin aux fonctions de chefs de pôles et de responsables des structures internes.

Il tient régulièrement informé de l'exercice de ses missions et attributions de la CME.

Il conclut avec le directeur une charte de gouvernance.

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

## 3. Fonctionnement de la CME

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

La convocation et l'ordre du jour sont adressés aux membres de la CME au plus tard sept jours avant la séance.

## 4. Compétences de la CME

La Commission Médicale d'Etablissement représente le personnel médical, odontologique et pharmaceutique de l'établissement. Elle contribue, à travers ses délibérations, à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

En ce sens, la Commission Médicale d'Etablissement donne son avis sur le projet médical d'établissement, le projet d'établissement et plus généralement sur l'ensemble des orientations stratégiques notamment les questions financières, mais également sur les questions relatives à l'organisation interne de l'établissement, les politiques de coopération territoriale, de recherche et

d'innovation, sur l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants ainsi que la gestion prévisionnelle des emplois.

#### Article 4 – Les sous-commissions de la CME

Les sous-commissions valident au nom de la Commission Médicale d'Etablissement toute procédure, protocole ou plan d'action nécessaire à la prise en charge des patients, ainsi que toute évaluation ou rapport relatif à chacun des huit domaines d'activité répartis comme suit :

- Sous-commission n°1 : « Qualité – Gestion des risques » (COGERI)
- Sous-commission n°2 : « Sécurité transfusionnelle et hémovigilance » (CSTH)
- Sous-commission n°3 : « Médicaments, antibiotiques, dispositifs et gaz médicaux » (COMEDIMS)
- Sous-commission n°4 : « Lutte contre les infections nosocomiales » (CLIN)
- Sous-commission n°5 : « Lutte contre la douleur » (CLUD)
- Sous-commission n°6 : « Liaison en alimentation et nutrition » (CLAN)
- Sous-commission n°7 : « Formation médicale continue » (FMC)
- Sous-commission n°8 : « Evaluation des pratiques professionnelles » (EPP)

Les missions et modalités de fonctionnement pour chacune des sous-commissions sont définies au sein de leur propre règlement intérieur ou décision de composition.

#### Article 5 - La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT)

Elle est présidée par le Coordonnateur général des soins qui est également le Directeur Qualité Gestion des risques du Centre Hospitalier de Narbonne et se réunit au minimum trois fois par an.

Elle 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 ;
- 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, la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du CSP et le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La CSIRMT dispose de son propre règlement intérieur.

#### Article 6 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Le CHSCT est présidé par le directeur ou son représentant. Il est composé de représentants des personnels non médicaux, désignés par les organisations syndicales et des personnels médicaux, pharmaciens et odontologistes désignés par la CME en son sein.

Le CHSCT a pour mission de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, à la prévention et à l'analyse des risques professionnels. Il a également un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent ainsi qu'une mission d'inspection trimestrielle des installations.

Le CHSCT est consulté :

- Avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité et les conditions de travail, et notamment avant toute transformation importante des postes de travail ;
- Sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidents du travail ou des travailleurs handicapés et sur l'aménagement des postes de travail.

Le CHSCT dispose de son propre règlement intérieur.

#### Article 7 : Le Comité Technique d'Établissement (CTE)

Le CTE est présidé de droit par le directeur d'établissement ou son représentant. Il est composé des représentants du personnel non médical de l'établissement.

Le CTE est doté de compétences consultatives en ce qui concerne les projets de délibérations soumis au Conseil de Surveillance, l'organisation du travail, sur la politique générale de formation du personnel, sur les critères de répartition des primes non prévus par la réglementation.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

Le CTE dispose de son propre règlement intérieur qui définit ses propres modalités de fonctionnement (cf. annexes).

#### Article 8: Le Commission des usagers (CDU)

La CDU veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration continue de la qualité de prise en charge des patients et de leurs proches.

Elle facilite les démarches des usagers et de leurs proches au sein de l'établissement et les accompagne afin qu'ils puissent exprimer leurs griefs auprès du directeur d'établissement et des responsables des services concernés afin qu'ils soient entendus tout au long de leurs démarches.

La CDU dispose de son propre règlement intérieur qui en définit les modalités de fonctionnement (cf. annexes).

### Article 9: La Commission Administratives Paritaires (CAP)

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont composées paritairement de membres désignés par le Conseil d'Administration et de membres élus tous les trois ans par les personnels non-médicaux.

Elles sont compétentes pour les questions relatives aux situations individuelles des agents (titularisations, révisions de notes, avancements...) et peuvent également siéger en formation disciplinaire.

### Article 10: Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Le Conseil de la Vie Sociale est une instance élue par les représentants familles et composé de représentants des familles et du personnel de l'établissement. Le Conseil de la Vie Sociale donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie. Son rôle est consultatif. Il est consulté sur le règlement de fonctionnement et sur le projet d'établissement.

Le Conseil de la Vie Sociale dispose de son propre règlement intérieur qui en définit les missions, attributions et modalités de fonctionnement (cf. annexes).

### Article 11: Le Comité d'éthique

Le Comité d'éthique dispose de son propre règlement intérieur qui en définit les missions, attributions et modalités de fonctionnement (cf. annexes).

### Article 12 : Commission d'exercice libéral

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

### Article 13 : Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)

La commission :

- définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- donne son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens ;
- donne son avis sur les conventions de coopération prévues à l'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 (organisation d'astreintes entre plusieurs établissements) ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

La COPS dispose de son propre règlement intérieur.

## Section 2 : Organisation territoriale

Le centre hospitalier de Narbonne est membre du GHT Aude-Pyrénées. Il est composé des centres hospitaliers de Perpignan (établissement support), Francis Vals de Port-la-Nouvelle, Prades et Lézignan-Corbières.

Depuis le 28 juin 2017, la signature d'une convention d'association entre le GHT Aude-Pyrénées et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier a renforcé la coopération inter établissements et permet de faciliter aux patients, peu importe leur lieu de résidence sur le territoire, l'accès aux dernières innovations en matière médicale et de bénéficier d'une médecine spécialisée.

## Section 3 : Organisation institutionnelle des pôles

### Article 14 : Objectifs généraux des pôles

L'organisation de l'établissement en 7 pôles est arrêtée sur la base du projet d'établissement.

Le centre hospitalier de Narbonne est organisé en pôles d'activités cliniques, médico-techniques :

- Pôle Médecine
- Pôle Médico-Chirurgical
- Pôle Médico-Technique
- Pôle Mère – Enfant
- Pôle Psychiatrie
- Pôle Urgences-Réanimation-Imagerie
- Pôle Vieillesse-Autonomie-Réadaptation

### Article 15 : Le chef de pôle

Les chefs de pôles sont nommés conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement pour une période de quatre ans renouvelable.

Il peut cependant être mis fin à tout moment aux fonctions de Chef de pôle, par décision du Directeur, après avis du Président de la CME :

- dans l'intérêt du service ;
- ou à la demande de l'intéressé, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de celle-ci.

Le chef de pôle met en œuvre la politique générale de l'établissement, organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a une autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle.

Il est assisté par un cadre supérieur de santé et un cadre de direction, désigné par le chef d'établissement. Il élabore un projet de pôle et prévoit les actions à mettre en œuvre pour l'atteinte des objectifs.

### Article 16: Le cadre supérieur de pôle

Le cadre supérieur de pôle est nommé par le Directeur sur proposition du coordonnateur général des soins et après concertation avec le Chef de pôle.

Le chef de pôle lui délègue certaines missions comme la responsabilité de la gestion des équipes non médicales du pôle. Il participe à l'élaboration du projet, met en œuvre et évalue le projet médico-soignant du pôle dans le respect du projet d'établissement.

#### Article 17 : Désignation des chefs de services

Les chefs de service des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle, pour un mandat de quatre ans.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service, par décision du directeur, à son initiative, après avis du chef de pôle.

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

#### Article 18 : Contrat de pôle

Le contrat de pôle est négocié et signé par le Directeur, le Président de la CME et le responsable de Pôle. Elaboré sur la base du projet de Pôle, il définit les objectifs d'activité, de qualité, financiers ainsi que les moyens alloués au pôle pour atteindre ses objectifs et les indicateurs de suivi retenus. Il prévoit les mécanismes d'intéressement aux résultats de gestion ainsi que les conséquences en cas de non-respect des objectifs du contrat.

## Chapitre 2 : Dispositions relatives aux patients

La vie hospitalière requiert du patient le respect d'une certaine discipline qui s'exerce dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres usagers.

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

Les patients peuvent se déplacer librement au sein de l'établissement dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

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

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

### Section 1 : Admission

#### Article 19 : Principe du libre choix du patient

Le patient a le droit de choisir son praticien et son établissement de santé mais aussi son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève des soins palliatifs. C'est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit est limité au regard de la gestion des situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital.

#### Article 20 : Décision d'admission

L'admission du patient est prononcée par LE Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

#### Article 21 : Les pièces à fournir pour la constitution du dossier administratif

Les pièces à fournir sont :

- une pièce d'identité en cours de validité
- la carte vitale et attestation
- une carte mutuelle en cours de validité ou attestation de CMU complémentaire ou attestation d'Aide Médicale d'Etat
- tout document justifiant d'une situation particulière (ex : carnet de maternité, attestation, feuillet d'accident de travail, carte européenne)
- un justificatif de domicile (ex : quittance de loyer, facture d'électricité, de téléphone)

Si le malade ne dispose pas d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire, il sera tenu de payer out ou partie des frais d'hospitalisation.

#### Article 22 : Admission aux Urgences

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur prend toutes mesures, pour que les soins urgents soient assurés, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur prononce l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état-civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Les formalités d'admission seront complétées par le patient ou ses proches auprès du Bureau des admissions des Urgences dans la journée.

Si le malade n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X.

#### Article 23 : Information à la famille et aux proches des patients hospitalisés en urgence

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des patients ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, l'information des familles est assurée par les agents du Centre Hospitalier.

#### Article 24 : Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde du Centre Hospitalier, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection; il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin du service hospitalier et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

#### Article 25 : Identification du patient (identitovigilance)

Afin d'assurer la sécurisation de l'identification du patient tout au long de sa prise en charge au Centre Hospitalier, il doit porter un bracelet d'identification. En cas de refus, cette information est tracée dans le dossier patient.

#### Article 26 : Transfert vers un autre établissement

Lorsqu'un médecin ou un interne du Centre Hospitalier constate que l'état de santé du patient requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier le Directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement adapté à fournir les soins requis.

Avant tout transfert provisoire ou définitif, sauf cas d'urgence, le consentement du patient est recueilli.

### Article 27 : Refus de soins par le patient / sortie contre avis médical

Lorsqu'un patient n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, sa sortie peut être prononcée par le Directeur.

La sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent du Centre Hospitalier.

### Article 28 : Régime d'hospitalisation

Le Centre Hospitalier dispose d'un régime commun d'hospitalisation. Le patient peut demander à bénéficier d'une chambre particulière. Cette dernière n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Les organismes complémentaires peuvent prévoir cette disposition. Le tarif de cette prestation est décidé par le Directeur, la décision tarifaire est affichée.

Lorsque l'état du patient le requiert, il peut être admis dans une chambre à un lit, dans ce cas la chambre particulière n'est pas facturée.

### Article 29 : Frais de séjour

Toute journée d'hospitalisation est facturable; elle doit être payée au Centre Hospitalier par le malade ou par un tiers payeur.

Les tarifs d'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) sont fixés nationalement chaque année. Les tarifs des prestations de prises en charge en complément de l'AMO sont fixés chaque année par arrêté du Directeur de l'Agence Régionale de Santé et peuvent être révisés en cours d'année.

Le forfait journalier représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, jour de sortie compris lorsque le séjour est supérieur à 24 heures. Il est fixé par arrêté ministériel. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le directeur veille à ce que le malade soit informé de ces règles. Il n'est pas pris en charge par la sécurité sociale, si la mutuelle ne prévoit pas cette couverture, le forfait journalier est à régler le jour de sortie. Les tarifs de toutes les autres prestations sont fixés par décision du directeur du Centre hospitalier, par exemple le tarif de la chambre particulière.

Dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer des frais de séjour dès l'admission.

Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser, au moment de leur entrée au sein de l'établissement, une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les malades étrangers non-résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine, et accepté par de le CH. Pour les ressortissants de l'union européenne, ils peuvent présenter la carte européenne d'Assurance Maladie (pour les cas d'urgence) ou le formulaire E112 (pour les

admissions programmées) attestant de la prise en charge de leur hospitalisation par leur caisse d'assurance maladie en cas de besoin à l'étranger.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la Trésorerie du Centre Hospitalier exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Toute personne a le droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein du Centre hospitalier à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Un affichage est réalisé dans le hall d'accueil.

### Article 30 : Consultation externe

Des consultations sont organisées au sein du Centre Hospitalier. La liste des consultations, leur localisation et les horaires sont consultables sur le site internet de l'établissement.

### Article 31 : Tarif des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés afin que le public puisse en prendre connaissance.

### Article 32 : Activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale. Elle peut comprendre des consultations et des soins en hospitalisation. Aucun lit ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Le médecin hospitalier doit en faire la demande auprès du Directeur afin qu'il l'autorise à exercer une part de son activité hospitalière en secteur libéral et ceux dans le respect du libre choix du patient.

Conformément aux dispositions réglementaires, une commission d'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière, dans le premier cas la redevance due au comptable de l'établissement est prélevée trimestriellement.

De même, les consultations externes effectuées dans le cadre de l'activité libérale par les praticiens ont des horaires bien définis. Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations dudit secteur.

## Section 2 : Disposition particulière à certains patients

### Article 33 : Prise en charge des mineurs

#### 1. Garde et protection des mineurs

Lorsqu'un mineur lui est confié pour des examens médicaux ou des soins, le Centre Hospitalier est investi du devoir de garde et de surveillance adapté à son état de mineur. Il est tenu en cette qualité de prendre en charge les besoins du mineur, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

#### 2. Admission des patients mineurs

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf cas d'urgence ou de volonté de garder le secret sur son état de santé, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire. Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication de la personne exerçant l'autorité parentale et, plus particulièrement, le droit de garde. Dans tous les cas, cette personne doit être, dans les meilleurs délais, tenue informée de l'admission.

L'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Dans le cas où les père et mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée dès qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

#### 3. Prise en charge en urgence

Lorsque l'état de santé du mineur nécessite des soins dont l'absence mettrait sa santé ou son intégrité physique en danger, toutes les mesures sont prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale soient prévenues. L'autorisation du représentant légal subsiste.

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre la personne investie de l'autorité parentale ou de refus de la part de cette dernière de signer l'autorisation d'anesthésier, d'opérer ou de pratiquer un examen

fonctionnel ou une transfusion sanguine, il peut cependant être procédé à ces interventions dans les conditions suivantes :

- le chef de service ou, à défaut, le praticien ayant la responsabilité temporaire du service qui a constaté l'urgence et a décidé l'intervention doit l'assurer personnellement;
- la décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance du représentant légal. Elle fait l'objet d'un protocole contresigné par le directeur du Centre Hospitalier et le chef de service puis conservé dans le dossier médical du mineur.

Le chef de service porte sur ce protocole la mention : « nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Le directeur certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le représentant légal, en précisant la date et l'heure, ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

#### 4. Consultations des mineurs non accompagnés

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicale constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par l'un de ses parents ou son tuteur.

#### 5. Mineurs et accompagnateurs

Les parents ou toute autre personne qui s'occupent du mineur doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients. Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, dès lors que leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

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

#### 6. Information et consentement

Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'information de leurs représentants légaux.

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

#### 7. Soins confidentiels à la demande du patient mineur

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité

parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

#### Article 34 : Admission des majeurs protégés

La prise en charge des personnes placées sous un régime de protection judiciaire (sauvegarde de justice, curatelle et tutelle) et hospitalisées dans l'établissement sont administrées dans les conditions prévues par la loi.

#### Article 35 : Prise en charge des femmes enceintes

##### 1. Admissions des femmes enceintes

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur ne peut pas refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du centre hospitalier, le Directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

##### 2. Secret de l'hospitalisation

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission et de son identité, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le directeur doit alors informer de cette admission le Directeur Général de l'ARS.

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.

La prise en charge de la patiente se fait conformément à la procédure établie en interne.

##### 3. Admissions des patientes ayant recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

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

Si la patiente est mineure, le consentement du ou des représentants légaux n'est pas nécessaire dans le cas où cette personne mineure s'y opposerait expressément afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, la personne mineure doit être accompagnée d'une personne majeure. Le dossier

d'admission doit dans ce cas comporter une autorisation de pratiquer l'intervention et les actes qui lui sont liés.

La loi réprime le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse en instituant des sanctions pénales à l'encontre de tout manifestant qui empêche ou tente d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes ou soins qui lui sont préalables :

- soit en perturbant l'accès au Centre Hospitalier ou la libre circulation des personnes à l'intérieur de l'hôpital ;
- soit en exerçant des pressions morales ou psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant au Centre Hospitalier ou des personnes venues en consultation ou subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de cette dernière.

Lorsque cette infraction est commise, le directeur du Centre Hospitalier est tenu de porter plainte contre son ou ses auteur(s) pour délit d'entrave.

La prise en charge de la patiente se fait conformément à la procédure établie en interne.

### Article 36 : Admission en soins psychiatrique

#### 1. hospitalisation libre

Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles qu'une personne hospitalisée pour une autre cause dans les services du Centre Hospitalier.

#### 2. Personnes admises en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPT)

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement et à la demande d'un tiers que si :

- ses troubles rendent impossible son consentement ;
- son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Trois situations existent :

- le Directeur prononce l'admission sur présentation de 2 certificats médicaux et de la demande écrite soit d'un membre de la famille du patient, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.
- Le Directeur, en cas de péril imminent, prononce l'admission du patient au vu d'un certificat médical rédigé par un médecin n'exerçant pas au Centre Hospitalier.
- Le Directeur, en cas d'urgences c'est-à-dire qu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégralité du patient, peut prononcer l'admission sur demande d'un tiers en présence d'un seul certificat médical pouvant émaner d'un médecin exerçant au Centre Hospitalier.

### 3. Personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

Cette mesure d'exception est mise en place pour des situations très particulières de troubles à l'ordre public : « Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État que si ses troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sécurité des personnes et s'il y a danger imminent pour autrui. »

Cette démarche suppose que soient produits :

- un certificat médical circonstancié émanant d'un médecin n'exerçant pas au Centre hospitalier
- un arrêté du représentant de l'État :
  - a. arrêté provisoire du maire, en cas d'urgence (qui doit être confirmé avant l'échéance de 48 heures par un arrêté préfectoral) ;
  - b. arrêté direct du préfet.

Toute proposition du psychiatre de levée de mesure est transmise sous 24 heures au préfet, qui prononce la levée (dans les trois jours) ou sollicite sans délai un second avis ou propose par courrier une autre forme de prise en charge ou une expertise.

Un deuxième avis d'un psychiatre peut être transmis dans les 72 heures à compter du courrier de refus du préfet :

- Si ce second avis médical confirme la demande initiale, le préfet suit cette décision.
- Si ce second avis médical propose le maintien en hospitalisation complète, le préfet maintient cette mesure, le directeur sollicite le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) qui statue « à bref délai ».

#### Article 37 : Admission des malades étrangers

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un malade étranger non résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un malade étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation (cf article 11 du présent règlement).

#### Article 38 : Patient amené par la police

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

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

L'admission des détenus malades ou blessés est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun.

Toutefois, cela ne fait pas obstacle à ce que l'établissement puisse assurer l'hospitalisation des détenus dans d'autres locaux en cas d'urgence ou de soins spécialisés.

Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive du CH.

### Section 3 : Les droits et devoirs du patient hospitalisés

Sous-section 1: Droit à l'information sur les soins

#### Article 39 : Charte de la personne hospitalisée

La charte de la personne hospitalisée a pour objectif de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois.

Cette charte est portée à la connaissance de chaque patient par l'intermédiaire du livret d'accueil et par voie d'affichage dans les services.

#### Article 40 : Information du patient

Toute personne le droit d'être informée sur son état de santé et de participer aux décisions thérapeutiques. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

#### Article 41 : Information sur l'Identité des Personnels

Les patients et leurs proches sont informés sur l'identité du médecin et des autres professionnels amenés à leur dispenser des soins.

#### Article 42 : Personne de confiance

Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique :

- Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté.
- La désignation de la personne de confiance s'inscrit dans le suivi du patient, à tout moment, avant ou pendant une hospitalisation

La personne de confiance peut, avec votre accord : – vous accompagner au cours de votre prise en charge médicale (ainsi qu'aux consultations, examens, etc.), – vous accompagner lors de la consultation de votre dossier médical mais ne peut y accéder directement. Si vous n'êtes plus en état d'exprimer votre volonté, et en l'absence de directives anticipées, votre personne de confiance devra être consultée par l'équipe soignante sur vos volontés. Elle sera informée des décisions médicales prises vous concernant. La désignation n'est pas obligatoire et peut être modifiée ou révoquée à tout moment. Elle se fait par écrit. En cas d'impossibilité d'écrire, deux témoins attesteront de cette désignation. Si vous êtes sous mesure de protection, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge.

#### Article 43 : Les directives anticipées (Article L. 1111-11 du Code de la Santé Publique)

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits

concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles seront consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical. Renouvelables tous les trois ans, elles peuvent être, dans l'intervalle, annulées ou modifiées, à tout moment. Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge au sein de l'établissement : confiez-les lui ou signaler leur existence et indiquer les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

#### Article 44 : Dossier médical du patient

Le dossier médical contient l'ensemble des informations concernant votre santé et utile à votre prise en charge (les antécédents, l'état de santé, les résultats et les conclusions des examens cliniques, radiologiques et de laboratoires).

Ce dossier est à l'issue de votre hospitalisation, conservé au Centre Hospitalier, conformément à l'arrêté interministériel du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières.

**L'accès à votre dossier médical est un droit.** Toute demande d'accès au dossier médical doit se faire par écrit au Directeur du Centre Hospitalier de Narbonne à l'aide du formulaire intitulé Formulaire d'accès au dossier médical, il doit être accompagné des pièces justificatives nécessaires.

Conformément aux dispositions de l'article R. 1112-7 du CSP, l'établissement de santé a l'obligation de conserver le dossier médical du patient dans un délai de vingt ans à compter de sa dernière hospitalisation et/ou consultation en son sein, sauf exceptions.

Pour les mineurs, la durée de conservation du dossier médical est prolongée jusqu'au vingt-huitième anniversaire.

En cas de décès, si la personne titulaire du dossier médical décède moins de dix ans après son dernier passage au sein de l'établissement, la durée de conservation du dossier s'étend à dix ans à compter de la date du décès.

#### Articles 45 : Relations avec les familles

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

En l'absence d'opposition du malade, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille.

#### Articles 46 : Relations avec le médecin traitant

À la sortie du patient, toutes pièces jugées nécessaires sont adressées, sauf opposition du patient, au médecin trait désigné par le patient ou son représentant légal afin d'assurer la continuité des soins.

### Article 47 : Droit à la dignité et respect de l'intimité

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Le respect de l'intimité du malade doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Les malades hospitalisés ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé conformément au respect de sa dignité et de sa vie privée.

### Article 48: Le droit à la confidentialité

Le CH de Narbonne est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

Le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers des patients conservés au sein du CH de Narbonne, notamment à travers le traitement informatisé des informations et données de santé les concernant.

À l'occasion de l'admission et du séjour du malade au sein de l'hôpital, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements informatisés sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers : bureau des admissions, bureau des frais de séjour, services médicaux et médico-techniques, etc. Le CH de Narbonne veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations; les personnels en assurent la stricte confidentialité conformément aux dispositions du présent règlement.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le malade, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. Les dispositions principales de cette loi sont affichées dans les services et accessibles aux patients.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein du CH de Narbonne et gérant des données nominatives doit être déclaré à la CNIL, avant qu'il ne soit mis en exploitation. L'acte réglementaire portant création de ce traitement informatique doit être publié.

Dans le respect de la confidentialité, les professionnels de santé participant à une même prise en charge du patient, peuvent être autorisés à échanger des informations le concernant, dans le cadre du secret partagé dont les modalités sont définies à l'article L. 1110-4 du CSP.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les chefs de service et de département communiquent, ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin conseil de la Sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

#### Article 49 : Le droit au secret de l'hospitalisation

Pour les malades demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué. Une mention relative à l'admission sous secret est alors portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque le mineur nécessitant des soins demande le secret sur son état de santé. Néanmoins, le mineur devra se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

#### Article 50 : Le traitement des plaintes et réclamations

Si vous n'êtes pas satisfait(e) de votre prise en charge, nous vous invitons à vous adresser directement au cadre de santé de l'unité et au médecin concerné.

Si cette première démarche ne vous apporte pas satisfaction, vous pouvez adresser vos plaintes, réclamations, observations ou propositions directement par écrit au directeur de l'établissement qui relayera l'information auprès des équipes concernées. Une réponse vous sera systématiquement apportée.

Si le patient ou ses ayants droit estime avoir subi un préjudice dans le cadre de sa prise en charge par le CHN, il peut saisir le directeur d'une réclamation en vue d'obtenir réparation.

Le directeur est tenu de lui faire connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes.

L'utilisateur peut demander ou se voir proposer l'organisation d'une médiation par le Service Relations avec les usagers. Au jour de la médiation, l'utilisateur rencontre les médiateurs médical et non médical de l'établissement. Il peut solliciter en amont l'accompagnement des représentants des usagers dont les coordonnées figurent sur le site internet de l'établissement. Ces coordonnées peuvent également lui être communiquées, au besoin, par le Service Relations avec les usagers.

L'objectif de la médiation est de permettre à l'utilisateur d'exposer librement ses griefs et de résoudre le litige de manière amiable. Le cas échéant, l'utilisateur pourra être informé des modalités de l'engagement d'une procédure non contentieuse devant les Commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI).

Le service des relations avec les usagers veillera à ce que votre plainte ou réclamation soit instruite selon les modalités prescrites par le code de la santé publique (R 1112-91 à R. 1112-94 CSP). Elle fera le lien avec la Commission des Usagers (CDU).

## Sous-section 2 : Consentement et refus des soins

### Article 51 : Dispositions générales

Aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le malade en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé par écrit.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

### Article 52 : Dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et dans l'impossibilité de recueillir le consentement éclairé de ce dernier, les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires, dans le respect de la vie et de la personne humaine. Ils en tiennent informés, dès que possible, les accompagnants et la famille du malade.

Il existe toutefois des exceptions prévues par la loi en ce qui concerne les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie (hospitalisation à la demande d'un tiers ou sur demande du représentant de l'Etat).

Par ailleurs, le médecin doit tenir compte des directives anticipées rédigées par le patient pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant.

### Article 53 : Refus des soins

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du malade, le médecin responsable s'assure que le refus du malade procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt. En cas de refus persistant, il prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires pour le malade compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et du respect qu'il doit avoir du refus du malade d'accepter les soins conformément à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique. Il en informe immédiatement le directeur du CHN.

Lorsqu'un malade n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, sa sortie peut être prononcée par le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable, dans toute la mesure du possible, faite au malade. La sortie est prononcée après signature par le malade 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. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent du CHN.

### Article 54- Dispositions applicables aux majeurs protégés

Un médecin appelé à donner des soins à un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit obtenir son consentement, le cas échéant avec l'assistance de la personne chargée de la mesure de protection.

Le consentement du patient selon la mesure de protection,

- Sauvegarde de justice et curatelle : le patient consent seul à tous les actes médicaux
- Tutelle : Le consentement du patient doit être recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas contraire, le tuteur représente le patient et son consentement est requis

#### En cas de situation d'urgence

En cas d'urgence, le médecin donne les soins nécessaires compte tenu de l'état du patient, il en informe sans délai le juge et le conseil de famille.

#### Article 55 - Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. Si le mineur est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit également être recherché même s'il revient au(x) titulaire(s) de l'autorité parentale de consentir à tout traitement.

Lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder l'état de santé ou la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale, le consentement du patient mineur prévaut sur celui du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale. Dès lors, la personne mineure se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

#### En cas de situation d'urgence

En cas d'urgence et en cas d'absence de consentement du représentant légal, si l'urgence est constatée, l'intervention peut être décidée par le chef de pôle ou à défaut le praticien ayant la responsabilité temporaire du pôle. Dans le même temps, le médecin donne les soins qui s'imposent.

#### En cas de refus de traitement par les titulaires de l'autorité parentale

Hors cas d'urgence et en cas de refus d'autorisation du représentant légal, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale.

Toutefois lorsque la santé ou l'intégrité corporelle risque d'être compromise par le refus du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale ou l'impossibilité de recueillir le consentement nécessaire, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

## Section 4 - Conditions de séjours

### Article 56 : Accueil

Le Centre Hospitalier a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

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

### Article 57 : Remise du livret d'accueil

A l'arrivée du patient au Centre Hospitalier, il lui est remis un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du Centre Hospitalier. La Charte du patient hospitalisé et le questionnaire de satisfaction sont joints à ce livret.

### Article 58 : Inventaire des biens et valeurs

A l'admission, deux agents du service établissent un inventaire des biens et valeurs du patient. L'imprimé est ensuite soumis à la signature du patient ou son représentant légal. Si le patient n'est pas en mesure de le signer, un proche peut apposer sa signature.

Lors de la mutation du patient dans un autre service, les agents vérifient le contenu de l'inventaire et en réalisent un nouveau.

L'inventaire est ensuite conservé dans le dossier du patient et un exemplaire lui est remis.

Le patient est invité à n'apporter que les objets strictement utiles à son hospitalisation. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur de l'établissement par l'intermédiaire d'un cadre de santé et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur.

Pour les objets conservés par le patient, le Centre Hospitalier n'est responsable de leur vol, perte ou détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

Si le patient ou sa famille ne souhaite pas confier ses biens et/ou ses valeurs au Centre Hospitalier, l'agent du service de soins chargé de l'inventaire mentionne ce refus en utilisant l'imprimé «Inventaire à l'arrivée de l'utilisateur» à la rubrique «Refus de dépôt des valeurs» et fait signer le patient ou sa famille. Les éléments alors détenus échappent à la garde et à la responsabilité de l'établissement, le patient et sa famille en sont informés.

Un protocole intitulé gestion des biens et valeurs est à disposition des professionnels dans la gestion documentaire.

### Article 59 : Les visites

Les visites sont, en principe, autorisées tous les jours de 12 heures à 20 heures. Toutefois, les horaires peuvent être plus restrictifs (indication médicale). Dans certaines unités les heures de visites peuvent être restreintes comme pour la réanimation où les horaires sont de 17h à 18h30.

Les visites peuvent être interdites ou limitées en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Dans certains cas, pour améliorer les conditions de séjours, la présence d'un proche peut être autorisée une ou plusieurs nuits. Une couchette peut être mise à sa disposition. Ce service sera facturé dans les conditions fixées par décision du Directeur qui est affichée dans chaque service.

Les visiteurs doivent respecter le repos des autres patients et ne pas gêner le fonctionnement des services afin de faciliter les soins.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients pendant l'exécution des soins et / ou examens pratiqués sur le patient.

Les patients peuvent demander au cadre de santé du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront de leur rendre visite.

Il est veillé, dans l'intérêt du patient, à ce que ne lui soient pas remis des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire. Le cas échéant, les produits introduits en fraude peuvent être détruits à la vue du patient ou de sa famille.

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

## Article 60 : Interdictions particulières

### 1. Animaux

Par mesure d'hygiène, les animaux sont interdits dans l'enceinte de l'hôpital, sauf les chiens guides d'aveugle. Ils doivent être tenus en laisse et ne doivent toutefois pénétrer dans les salles de soins ni perturber le bon fonctionnement du service.

### 2. Médicament

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou chambres de patients des médicaments, sauf accord exprès du médecin.

Si le patient arrive avec son traitement personnel, il est remis à l'infirmière qui lui rendra à la sortie d'hospitalisation sauf avis médical contraire.

Les médicaments sont prescrits par le médecin et délivrés par l'infirmière.

### 3. Tabac / alcool / produits illicites

Il est interdit de fumer et de vapoter dans l'enceinte de l'établissement. Pour votre sécurité (proximité du réseau d'oxygène), il est formellement interdit de fumer dans votre chambre.

Toutefois, vous avez la possibilité de fumer dans la cour de l'établissement (cour d'honneur).

Il est interdit aux visiteurs d'introduire des boissons alcoolisées (quel que soit le degré d'alcool) ou des produits illicites (stupéfiants, amphétamines) ou des produits de substitution aux produits stupéfiants.

Il est interdit d'apporter des armes, des explosifs ou des produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Toutes personnes ne respectant pas ces dispositions s'exposent à la confiscation des objets ou produits en cause le temps de séjour au Centre Hospitalier, et, le cas échéant, à une saisine des autorités de police ou de gendarmerie.

### 4. Interdiction de filmer, enregistrer et photographier

Les patients, les visiteurs et les usagers ont interdiction de filmer, d'enregistrer ou de photographier les professionnels de l'établissement ou d'autres usagers. Si cette interdiction n'est pas respectée, le Directeur se réserve le droit d'engager des poursuites.

## 5. Interdiction d'accès aux démarcheurs et agents d'affaires

L'accès au Centre Hospitalier aux démarcheurs, journalistes, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent sans autorisation du Directeur ou de son représentant dans les services ou dans les chambres dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

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

### Article 61 : Cultes

Les patients doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix. Le Centre Hospitalier a prévu un local pouvant servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement à la Chapelle de l'Hôtel Dieu.

L'aumônier de confession catholique assure la liaison entre les patients appartenant à une autre religion et les ministres des différents cultes sur simple demande de leur part.

Une liste des représentants des différents cultes avec leurs coordonnées est à la disposition des patients et de leur proche.

### Article 62 : Courrier

La distribution du courrier est faite du lundi au vendredi par le vagemestre et elle est organisée au sein du service ou du département par le cadre infirmier.

Les mandats, lettres préalablement affranchis ou paquets recommandés sont remis personnellement aux patients conscients par le vagemestre.

Le courrier destiné aux mineurs non émancipés leur est distribué, sauf opposition des parents.

Vous pouvez remettre votre courrier préalablement affranchi, au personnel de l'unité ou à l'accueil.

### Article 63 : Téléphone

Chaque chambre dispose d'un poste téléphonique joignable de l'extérieur sans formalité. Les frais de téléphone sont facturables et donnent lieu à la délivrance d'un reçu. Le tarif des communications et autres prestations sont affichées dans les chambres.

Pour le repos des patients les communications téléphoniques ne sont plus transférées dans les chambres à partir de 22 heures.

### Article 64 : Utilisation du téléphone portable

L'utilisation du téléphone portable est autorisée dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Narbonne. Dans certains cas ou service, l'utilisation du portable peut être interdite, en raison des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans l'établissement ou avec les stimulateurs cardiaques portés par certains patients.

Les usagers doivent se conformer aux panneaux situés dans les couloirs mentionnant l'obligation d'éteindre leur téléphone portable notamment pour des raisons d'interférence avec les appareils de surveillance.

L'utilisation des téléphones portables est tolérée dans la mesure où leurs utilisateurs veillent à :

- Eviter toute exposition superflue en particulier pour les enfants,
- Respecter la tranquillité de chacun et observer toute la discrétion lors des communications nécessaires.
- Ne pas utiliser d'appareils photos, afin de respecter la confidentialité des personnes et des lieux

#### Article 65 : Télévision

Chaque chambre étant équipée d'un téléviseur, les patients souhaitant obtenir ce service doivent contacter le prestataire télévision situé dans le hall d'accueil. Plusieurs types de forfaits sont proposés, les modalités et les tarifs s'affichent sur l'écran lorsque vous allumez le téléviseur. De plus des casques d'écoute individuelle peuvent vous être proposés. Une chaîne interne (canal n°8) diffuse de l'information et l'actualité de l'établissement pour les usagers.

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients.

#### Article 66 : Heures des repas

Les repas sont confectionnés entièrement par l'Unité de Production Culinaire du Centre Hospitalier de Narbonne, **certifiée ISO 9001 depuis avril 2012**. La distribution des repas est effectuée par l'équipe soignante sous forme de plateaux individualisés. Les diététiciennes veillent à la préparation des menus et interviennent sur le choix des plats à la demande des médecins. C'est pourquoi, pour tout apport de nourriture extérieure, il est nécessaire de demander l'avis du médecin ou de l'infirmière.

Les repas pour les patients sont servis de la manière suivante :

- petit déjeuner entre 7 heures et 8 heures 30
- déjeuner entre 11 heures 45 et 12 heures
- goûter entre 15 heures et 16 heures
- dîner entre 18 heures 30 et 19 heures

Une diététicienne peut vous rendre visite et personnaliser le menu en fonction de votre régime alimentaire et de vos préférences.

Un repas peut être servi aux accompagnants, ils doivent se procurer un ticket repas auprès de l'accueil-standard de l'hôpital.

Des distributeurs sont installés au rez-de-chaussée de l'Hôtel-Dieu et dans certaines unités.

#### Article 67 : Désordre causé par un patient ou un visiteur

Les menaces verbales et agressions physiques à l'encontre des patients ou des personnels constituent des délits, pouvant faire l'objet d'un dépôt de plainte.

#### Article 68 : Service social

Le service social a pour mission de conseiller et / ou d'accompagner les patients et / ou leurs proches dans les démarches sociales au cours d'une hospitalisation ou d'une prise en charge : retour à domicile

avec des aides, recherches d'hébergement, demandes d'admission en établissement pour personnes âgées ou handicapées, liaisons avec les partenaires extérieurs et autres services sociaux.

Le service social du centre hospitalier s'adresse aux personnes hospitalisés quels que soient l'âge, l'origine géographique, la situation professionnelle et familiale, le degré d'autonomie ... Pour prévenir toute difficulté sociale ou médico-sociale liée à l'hospitalisation ou au retour à domicile. Le service social intervient à la demande du patient et/ou de son entourage mais aussi à la demande du service de soins ou des partenaires extérieurs. Il est conseillé de solliciter l'assistant social le plus tôt possible lors du séjour hospitalier.

#### Article 69 : Présence des associations

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du Centre Hospitalier doivent, préalablement à leurs interventions, obtenir l'autorisation du directeur et conclure une convention définissant les modalités d'intervention et précisant la liste nominative des personnes qui interviendront. L'accès auprès des patients est subordonné à l'accord de ces derniers ; le cas échéant, le chef de service peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

#### Article 70 : Gratifications

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

#### Article 71 : Droits civiques

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

Pendant la période électorale, une note d'information rappelle aux cadres la procédure afin d'informer les patients et leur famille de la possibilité de procéder au vote par procuration

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

### *Section 5 : Sortie des patients*

#### Article 72 : Compétence du directeur général d'établissement

Lorsque l'état de santé du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service de l'unité de soins concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, toutes les dispositions sont prises pour faciliter le transfert du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas.

Lorsqu'un patient est déclaré sortant mais qu'il refuse de libérer son lit, le directeur général de l'établissement peut décider de lui facturer directement le forfait journalier.

#### Article 73 : Autorisation temporaire de sortie

Lorsque l'état du patient le permet et que le patient en fait la demande, une autorisation de sortie est délivrée par le directeur général de l'établissement sur proposition du médecin chef de service, et ce, pour une durée maximale de quarante-huit heures. Si le patient ne revient pas au terme de sa durée d'autorisation dans les douze heures, il est réputé avoir quitté définitivement le service.

#### Article 74 : Modalités générales de sortie

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

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. Le médecin traitant du patient est informé, lors de la sortie, par une lettre de liaison, des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre. Par ailleurs, il reçoit toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance médicale du patient.

Lorsque les exigences médicales liées à l'état de santé du patient le justifient, une prescription de transport sanitaire (par ambulance ou tout autre transport sanitaire) peut être établie, à la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le CHN tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département.

#### Article 75 : Dispositions spécifiques à la sortie du patient mineur

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, le patient mineur ne peut être confié à sa sortie, qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteurs légaux), ou à défaut, aux personnes expressément désignées par elles.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du patient mineur et doivent faire connaître par écrit au Service de soins concerné, si le mineur peut quitter l'établissement seul, s'il doit leur être confié, ou désigner les personnes qu'ils autorisent expressément à le récupérer. Le cas échéant, les personnes expressément désignées seront-elles aussi informées de la sortie prochaine du mineur.

Dans le cas où le patient mineur doit être, lors de sa sortie, confié aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux personnes expressément désignées par celles-ci, plusieurs pièces justificatives doivent être fournies et sont conservées dans le dossier patient (pièce d'identité de la personne emmenant l'enfant, extrait du jugement) afin de s'assurer que le patient mineur quitte l'établissement avec la personne habilitée à le récupérer.

### Article 76 : Dispositions spécifiques à la sortie du patient hospitalisé sous contrainte

Lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, la sortie peut être prononcée par le directeur de l'établissement sur demande du médecin, ou sur demande écrite d'un membre de la famille, curateur, tuteur, personne ayant signé la demande d'admission, une personne autorisée par le conseil de famille ou la commission départementale des soins psychiatriques.

Lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation d'office, sur décision du représentant de l'Etat, la sortie du patient relève de la compétence du préfet.

Qu'il s'agisse d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, la sortie du patient peut être prononcée par une mainlevée ordonnée par le juge des libertés et de la détention à l'issue d'une audience obligatoire de contrôle ou d'une audience à la demande du patient. En cas d'appel, le magistrat de la Cour d'appel pourra également être amené à décider la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement.

### Article 77 : Sortie contre avis médical

À l'exception des mineurs, des personnes hospitalisées d'office ou à la demande d'un tiers et des personnes gardées à vue, des personnes détenues ou des personnes toxicomanes, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le CH.

Toutefois, si le médecin responsable de service ou de département estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues à l'article (mettre le n° art. modalités de la sortie) du présent règlement.

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

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de service ou de département peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

### Article 78 : Sortie à l'insu du service

Dans le cas où un patient a quitté l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver sont demeurées vaines, le directeur général de l'établissement ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police, s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger, notamment s'il est mineur, ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes). Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Un courrier est adressé au patient, à son domicile, afin de l'aviser des risques qu'il court pour sa santé.

### Article 79 : Sortie des nouveaux nés

L'enfant quitte le CHN en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure.

Ces cas sont constatés par le médecin responsable du service ou du département.

### Article 80 : Sortie par mesure disciplinaire

La sortie des patients peut, hors les cas où leur état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans un autre service ou département ou dans un autre établissement.

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

### Article 81 : Le questionnaire de sortie

En préadmission, le patient se voit remettre la charte du patient hospitalisée annexée au livret d'accueil de l'établissement. A l'intérieur du livret d'accueil, se trouve un questionnaire de sortie que le patient sera invité à remplir et à remettre à un membre de l'équipe soignante du service, de le déposer dans la boîte aux lettres mise à sa disposition ou de l'adresser directement à la Direction.

Les questionnaires de sortie sont adaptés aux spécificités de chaque service.

## *Section 6 : Dispositions relatives aux décès*

### Article 82 : Constat de décès

L'équipe soignante sollicite un médecin, le cas échéant un interne, pour constater le décès et avvertir la famille du défunt.

L'interne ne peut que constater le décès, la suite des formalités devant être réalisée par un médecin, éventuellement à sa prise de service. Le médecin signe alors :

- Le certificat de décès informatisé
- Les documents administratifs imprimés

L'équipe soignante trace immédiatement le décès dans le dossier patient informatisé (DPI) en précisant l'heure exact du décès présent dans le certificat de décès.

### Article 83 : Notification du décès

Le médecin, l'interne ou l'équipe soignante contacte la famille de la personne décédée au Centre Hospitalier de Narbonne.

La famille a 24h heures pour effectuer les formalités de décès à la mairie de Narbonne ou mandater l'opérateur funéraire de son choix.

En cas d'absence de famille et/ou de proches, l'équipe soignante et/ou le cadre de santé de l'unité contactent le Bureau des Entrées pour les informer. Les assistantes sociales sont contactées pour effectuer la recherche de la famille et la documentation faisant foi. Le responsable de la Gestion Administrative des Patients est informé des résultats de la recherche.

#### Article 84 : Indice de mort violente ou suspecte

Si le médecin soulève un obstacle médico-légal, le directeur de garde est prévenu afin de saisir le Procureur de la République. Il est rappelé au personnel de laisser la scène en l'état jusqu'à l'arrivée des autorités.

#### Article 85 : Toilette mortuaire

Après l'établissement du certificat de décès, la toilette et à l'habillage du défunt est réalisé par l'infirmier et par l'Aide-soignant selon le protocole en vigueur dans l'établissement, dans le respect des croyances de ce dernier et/ou selon la volonté des proches.

#### Article 86 : Le transport de corps avant de mise en bière

Si la famille le souhaite, sauf opposition du médecin, le transport du défunt avant mise en bière peut être effectué, entre 8 heures et 18 heures dans les 48 heures suivant le dépôt à la chambre mortuaire par l'entreprise de pompes funèbres choisie par la famille.

La mise en bière peut avoir lieu dans la chambre mortuaire de l'hôpital.

#### Article 87 : Le transport de corps après mise en bière

Des formalités nécessaires sont à effectuer avant la mise en bière et le transport du corps. Celles-ci sont généralement effectuées par l'entreprise de pompes funèbres.

#### Article 88 : Les enfants mort nés ou nés vivants mais non viables

Le CH de Narbonne met en place une procédure décrivant l'ensemble des démarches médicales et administratives permettant la prise en charge des enfants mort-nés ou nés vivants mais non viables suite à un constat de mort fœtale in utero ou dans le cadre d'une interruption médicale de grossesse (IMG) avant 22 semaines d'aménorrhées.

#### Article 89 : Inventaire après décès

L'agent mortuaire vérifie que les effets personnels enregistrés sur la fiche inventaire du patient décédé (complétée en service de soins) aient été descendus à la chambre mortuaire (pour biens de 2eme catégorie) ou présents au coffre des urgences (bien de 1ere catégorie).

Le Centre Hospitalier de Narbonne décline toute responsabilité pour la perte de bijoux ou objets de valeur laissés sur la personne décédée et qui n'a pas été tracée sur le dossier de soin ou sur la fiche d'inventaire.

#### Article 90 : La chambre mortuaire

La chambre mortuaire dispose d'un règlement intérieur affiché dans les locaux à destination des familles et visiteurs ;

Ce règlement intérieur est intégré au règlement intérieur du Centre Hospitalier de NARBONNE dont il constitue une annexe.

## Chapitre 3 : les dispositions relatives au personnel

Ce chapitre se réfère à la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Il s'applique à tous les agents de l'établissement : médicaux, titulaires, stagiaires et contractuels.

### *Section 1 : Les droits et garanties du personnel*

#### Article 91 : La Liberté d'opinion, de conscience et non-discrimination

Tous les professionnels du Centre Hospitalier sont libres de leurs opinions aussi bien religieuses, politiques, philosophiques et syndicales.

Aucune discrimination ne peut être faite envers les agents en raison de leur opinion, de leur origine, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, de leur âge, de l'état de santé, de leur patronyme, de leur situation de famille, de leur apparence physique.

#### Article 92 : Droit Syndical

Le droit syndical est garanti à l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier dans le respect des nécessités de service et de neutralité vis-à-vis des usagers.

Il s'exerce conformément à la réglementation en vigueur.

#### Article 93 : Le droit De Grève

Le droit de grève doit s'exercer dans les conditions prévues par la loi et dans le respect de la continuité du service public hospitalier.

Afin d'assurer le service minimum et donc de disposer d'un effectif minimum, le Directeur assigne au travail certains professionnels.

#### Article 94 : Droit d'accès au dossier administratif

Tous les professionnels ont accès à leur dossier individuel dans les conditions prévues par la loi. Pour ce faire une demande écrite de consultation doit être adressée à la Direction des ressources humaines. Lors de la consultation un agent de la Direction des ressources humaines sera présent. Si l'agent en fait la demande, des copies pourront lui être remis.

#### Article 95 : Le droit à la protection

Le Centre Hospitalier de Narbonne protège l'ensemble des professionnels contre les violences, menaces, outrages, diffamations dont ils pourraient être victimes lors de l'exercice de leurs fonctions.

Dans le respect des dispositions réglementaires et à sa demande, l'agent peut bénéficier de la protection fonctionnelle de son employeur.

### Article 96 : Protection contre le harcèlement moral et sexuel

Aucun professionnel ne doit subir des actes d'harcèlement moral ou sexuel.

Si un agent procède à des actes de harcèlement moral ou sexuel envers les autres professionnels et / ou des usagers, il est passible de sanctions d'ordre disciplinaire mais aussi judiciaire.

### Article 97 : Le droit d'alerte

L'agent alerte immédiatement sa hiérarchie de l'existence d'un danger grave ou imminent pour lui ou autrui.

### Article 98 : Le droit de retrait

Un professionnel peut quitter temporairement une situation de travail s'il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé après informer sa hiérarchie. Toutefois, ce retrait ne doit pas créer une nouvelle situation de danger pour autrui et donc ne pas compromettre la continuité du service.

Le droit de retrait doit s'appliquer dans le cadre de la législation en vigueur.

### Article 99 : Droit à la formation

Les agents bénéficient d'un droit à la formation continue.

Certaines actions de formations doivent être suivies par les professionnels dans les conditions fixées par les statuts particuliers (ex : sécurité incendie).

Le service formation continue et Développement professionnel continue accompagne les agents à maintenir, perfectionner et / ou acquérir de nouvelles compétences, de réactualiser leurs connaissances et s'adapter aux évolutions technologiques et numérique. Cela s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

### Article 100 : Temps de travail – Droit à congés

Un guide des Ressources Humaines reprenant l'ensemble des règles établies par le Centre Hospitalier de Narbonne est à la disposition des professionnels.

## *Section 2 : Obligations liés aux patients*

### Article 101 : Devoir d'information

Les professionnels du Centre hospitalier répondent aux différentes demandes et sollicitations des usagers (ex : orientation, santé, informations sur les frais de séjour, leur droit, dépôt d'objet de valeur) dans le respect des règles définies dans le présent règlement intérieur.

Dans le respect du secret médical, les informations d'ordre médical sont données uniquement par le médecin prenant en charge le patient.

#### Article 102 : Secret professionnel

Le secret professionnel s'impose à tous les professionnels du Centre Hospitalier dans le but de préserver les droits du patient. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des professionnels dans l'exercice de ses fonctions, c'est-à-dire les informations confiées, entendues ou comprises.

Les informations médicales peuvent être partagées par plusieurs professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge et la continuité des soins du patient.

La violation du secret professionnel est sanctionnée disciplinairement mais aussi judiciairement.

Dans 3 cas la violation du secret n'est pas punissable :

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique;
- Pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.
- Pour signaler au Préfet tout individu détenteur d'une arme ou qu'il a manifesté son intention d'en acquérir une et présentant un état de dangerosité pour lui-même ou pour autrui.

Si le professionnel estime ne pas devoir révéler les sévices ou privation dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

#### Article 103 : Obligation de discrétion professionnelle

Les professionnels du Centre Hospitalier sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Cette obligation s'applique également lorsque les professionnels s'expriment sur internet et notamment sur les réseaux sociaux ou les blogs.

Ces dispositions s'appliquent également à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

#### Article 104 : Devoir de réserve

Tout agent doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions, sentiments et pensées personnels. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers et les autres agents. Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de travail.

Toutes personnes au sein de l'établissement est tenue au respect de neutralité du service public dans ses paroles. Par conséquent aucune réunion publique ne peut être autorisée sauf autorisation expresse du Directeur.

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

Le service public est laïc. Les signes d'appartenances religieuses ne sont pas tolérés au sein de l'établissement aussi bien pour les personnels que pour les usagers dès lors qu'ils constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le bon déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale l'ordre et de fonctionnement du service public.

Depuis la loi du 11 avril 2010, la dissimulation du visage dans l'espace public est interdite et constitue une infraction pénale.

## Article 105 : Relations avec les usagers

### 1. Sollicitude envers les patients

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des malades dont ils ont la charge.

D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

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

### 2. Respect de la dignité du patient et devoir de bienveillance

Une des valeurs fondamentales du Centre Hospitalier est la bienveillance. Elle est entendue comme culture du respect de la personne soignée et de sa dignité.

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

Le Centre Hospitalier veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives et est attentive envers la personne hospitalisée. En cas de découverte de cas de maltraitance, le professionnel en informe sa hiérarchie.

Les familiarités envers les patients sont formellement proscrites.

### 3. Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, des opérateurs funéraires, etc...

#### *Section 3 : Obligations liés aux comportements professionnels*

##### Article 106 : Assiduité et ponctualité

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

Les professionnels doivent respecter leurs horaires de travail. Pour les agents en horaire variable il doit se référer au tableau de service mensuel élaboré par le personnel encadrant et arrêté par le chef d'établissement. S'il est dans l'impossibilité de prendre son travail, l'agent doit en avertir son responsable de service. Les arrêts de travail doivent être adressés à la Direction des Ressources Humaines.

##### Article 107 : Exigence d'une tenue et d'un comportement correct

Une tenue correcte dans l'habillement, le langage et les actes est exigée de l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier. C'est un élément du respect dû aux patients.

La consommation d'alcool au Centre Hospitalier n'est pas autorisée. Elle est tolérée pour des événements spéciaux par exemple : pot de départ, fête de fin d'année, journée d'information. L'accord du cadre doit être demandé au préalable.

Il est interdit de fumer ou de « vapoter » dans les locaux de l'établissement, un espace fumeur se situe dans la cour dite « cour des ambulances ». Cet espace est à destination des professionnels et des usagers.

Il est interdit d'introduire des produits illicites dans les locaux de l'établissement.

##### Article 108 : Identification du personnel

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, une identification a été instituée sur les tenues de travail pour les professionnels qui en portent. Pour les autres personnels en contact avec les usagers un badge doit être porté.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification.

##### Article 109 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du Centre Hospitalier sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération. Cela s'applique également sur l'activité libérale des praticiens temps plein.

#### Article 110 : Interdiction de recevoir d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du Centre Hospitalier de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce, sous quelque forme que ce soit, de manière directe ou indirecte, provenant d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les agents ne doivent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service. Cette interdiction s'applique aux personnels à titre individuel, mais également au service concerné. Les patients ou leur famille, qui souhaitent manifester leur satisfaction à l'égard de l'établissement, peuvent faire un don, il doit être adressé à la direction.

#### Article 111 : Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel du CH d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance. Chaque professionnel doit veiller à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflits d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.

Au sens de la loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés de nature à influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions.

Des sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales sont applicables.

#### Article 112 : Obligation de déposer les biens confiés ou trouvés

Aucun agent ne doit, pour quelques raisons, conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs confiés par des malades.

Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein de l'hôpital doit être directement remis à un soignant ou au bureau des entrées lequel avertira sans délai le commissariat de Narbonne.

La gestion des biens et valeurs est réalisée conformément à la procédure mise en place par le Centre Hospitalier.

#### Article 113 : Obligation de signalement des événements indésirables, incidents ou risques

Tout agent du Centre Hospitalier qui a connaissance (victime, acteur ou témoin) d'un événement indésirable mettant en jeu la sécurité des soins, des personnes et / ou des biens est tenu d'en alerter conformément à la procédure en vigueur.

#### Article 114 : Exécution des instructions reçues

Tout agent du Centre Hospitalier quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur

hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

#### Article 115 : Informer son supérieur hiérarchique

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

#### Article 116 : Bon usage du bien de l'hôpital

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le Centre Hospitalier. Il sera exigé aux agents un remboursement, en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

#### Article 117 : Bon usage du système d'information et des matériels informatiques

Les agents utilisant les systèmes d'information doivent respecter la charte informatique annexée au présent règlement intérieur.

#### Article 118 : Utilisation de la charte graphique

Les professionnels du Centre Hospitalier doivent respecter la charte graphique de l'établissement pour l'envoi de courrier et pour tout support d'information à destination des patients, des usagers et du grand public. L'objectif est de garantir la qualité de l'image de l'établissement.

#### Article 119 : Témoignage en justice ou auprès des forces de l'ordre

Tout agent du Centre Hospitalier lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le directeur. Un accompagnement peut lui être proposé sur sa demande. A l'issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, l'agent doit en informer la Direction.

#### Article 120 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents du Centre Hospitalier doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent respecter les procédures et les protocoles en vigueur.

#### Article 121 : Sanctions disciplinaires

Les personnels du Centre Hospitalier qui commettent une faute au cours de ses fonctions encourt une sanction disciplinaire.

Les sanctions disciplinaires pour les titulaires sont :

- Avertissements
- Blâme
- Radiation du tableau d'avancement
- Abaissement de l'échelon immédiatement inférieur à celui détenu
- Exclusion temporaire de fonctions de 4 à 15j
- Rétrogradation au grade immédiatement inférieur, à un échelon comportant un indice égal ou immédiatement inférieur à celui détenu par le fonctionnaire
- Exclusion temporaire de fonctions de 16 jours à 2 ans
- Mise à la retraite d'office
- Révocation

Les sanctions disciplinaires pour les stagiaires sont :

- Avertissement
- Blâme
- Exclusion temporaire de fonctions pour 2 mois maximum
- Exclusion définitive du service.

Les sanctions disciplinaires pour les contractuels sont :

- Avertissement
- Blâme
- Exclusion temporaire de fonctions pour 6 mois maximum si l'agent est en CDD, 1 an maximum si l'agent est en CDI
- Licenciement sans préavis, ni indemnité

Le fonctionnaire à l'encontre duquel une procédure disciplinaire est engagée a droit à la communication de l'intégralité de son dossier individuel et de tous les documents annexes et à l'assistance de défenseurs de son choix.

## Chapitre 4 : Dispositions relatives à l'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et des règles de Sécurité

### *Section 1 : L'amélioration de la qualité et la gestion des risques.*

#### Article 122 : La mise en œuvre de la politique qualité et de la gestion des risques (GdR)

La politique qualité s'inscrit dans le cadre de la politique du projet d'établissement. L'amélioration de la qualité concerne tous les secteurs et est partagée par toutes les catégories de professionnels exerçant dans l'établissement.

L'établissement est doté d'une Direction de la Qualité et Gestion des Risques, d'un gestionnaire des risques et de référents qualité.

#### Article 123 : La gestion des incidents et évènements indésirables

Dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue de la qualité, le CH de Narbonne dispose d'un outil informatisé de gestion des risques qui permet la déclaration des Evènements Indésirables(EI) et le suivi des démarches qualité (évaluation des pratiques professionnelles, enquêtes de satisfaction...)

L'ensemble des évènements indésirables de l'établissement est présenté mensuellement aux instances (CDU..) et contribue à l'élaboration du Programme de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

#### Article 124 : La gestion de crise

Le Centre Hospitalier de Narbonne est conduit à modifier son fonctionnement afin d'être en mesure de faire face à un afflux de victimes important ou à des risques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques, dans les meilleures conditions d'efficacité.

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.

Une cellule de crise est formée par le Directeur ou le Directeur de garde pour prendre les décisions qui s'imposent.

#### Article 125 : Le Plan blanc

Dans le cadre de la gestion de crise, le Directeur ou le Directeur de garde peut être amené à déclencher le plan blanc en fonction de l'alerte et du niveau de gravité de la situation. Un protocole interne est mis en place pour définir les mesures organisationnelles et le rôle des différents acteurs.

Chaque membre de la cellule de crise dispose de la Fiche de recommandations qui correspond à la fonction qu'il représente et tient informé le directeur de la mise en place et des éléments dont il a la responsabilité.

### Article 126 : Le Plan bleu (plan canicule au niveau médico-social)

Le plan bleu fixe le mode général d'organisation de l'établissement en cas de situation de crise (forte chaleur niveau orange atteint ou niveau rouge probable) et de déclenchement du dispositif d'alerte.

Le plan bleu s'applique le cas échéant :

- Au centre de Gérontologie Pech Dalcy
- A l'accueil de jour Auxilia

### Article 127 : Le Plan Vigipirate / attentats

Dans le cadre du plan Vigipirate / attentats, il y a lieu d'exercer une vigilance accrue dans l'application des mesures de sécurité dans tous les lieux appelés à recevoir du public, notamment dans les établissements de santé. Elle fait l'objet d'un affichage dans l'établissement

### Article 128 : La gestion documentaire

La gestion documentaire de l'établissement est assurée par le service Qualité/Gestion des Risques. Elle est dématérialisée, accessible depuis chaque ordinateur et par tout le personnel. Elle regroupe l'intégralité des documents (processus, procédures, fiches techniques, guides...)

## *Section 2 : Les grands principes des règles de sécurité*

### Article 129 : Les règles de sécurité

Le Directeur veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de la structure, au respect des règles de sécurité du fonctionnement du CH et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement.

### Article 130 : Le contrôle d'accès au site

L'accès à l'enceinte du CH est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs missions et qualité liées au fonctionnement de l'hôpital.

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

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

### Article 131 : Les dispositifs de sécurité mis en place

Des matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique sont mis en place et font l'objet d'une information aux instances du Centre Hospitalier de Narbonne.

Le dispositif de vidéo surveillance doit se conformer à la loi du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6 Janvier 2004.

Le fonctionnement de ces installations respecte le secret médical, la dignité des malades 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).

### Article 132 : Les relations avec les autorités judiciaires et de police

Le directeur ou son représentant informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

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

### Article 133 : Les règles de circulation et de stationnement

Le Directeur régleme l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de circulation, le Directeur peut délivrer des autorisations, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules.

### Article 134 : La sécurité technique

Le Directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des installations, des équipements et des locaux afin de protéger les personnes et le patrimoine immobilier hospitalier.

### Article 135 : La sécurité incendie

Dans le cadre de sa stratégie d'amélioration continue de la qualité et gestions des risques, le Centre Hospitalier de Narbonne met en place un service de sécurité incendie. L'organisation arrêtée à ce jour permet d'assurer, sur le site, la permanence du service de sécurité incendie selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

### Article 136 : La sécurité système d'information

Le CH de Narbonne met à disposition une charte informatique applicable à l'ensemble du personnel, quel que soit son statut, qui utilise les ressources informatiques localement ou à distance via le réseau de l'hôpital.

#### Article 137 : La Protection des Données personnelles

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données personnelle (RGPD) les informations recueillies lors d'une venue (hospitalisation, urgence ou consultation) font l'objet d'un enregistrement et d'un traitement informatique.

L'établissement doit assurer la protection et le respect des personnes. L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel : il ne doit en aucun cas divulguer d'informations vous concernant.

## Chapitre 5 : Disposition finales

### *Section 1 : Approbation du règlement intérieur*

Le Directeur arrête le règlement intérieur après concertation du Directoire et avis du Conseil de Surveillance, du Comité Technique d'Etablissement, de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et la Commission des Usagers sont informées.

### *Section 2 : Mise à disposition du règlement intérieur*

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de tous les professionnels et tous les usagers.

Le règlement intérieur est disponible sur l'intranet et sur le site internet du Centre Hospitalier.

### *Section 3 : Mise à jour du règlement intérieur*

Le présent règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour en tant que de besoin, si des textes nouveaux sont publiés et le modifient au fond ou si de nouvelles organisations internes sont mises en place par l'établissement.

Les modifications apportées au règlement intérieur du Centre Hospitalier s'effectuent dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites à l'article ci-dessus.

## Listes des annexes :

- Règlement intérieur du conseil de surveillance (à faire)
- Règlement intérieur de la COGERI (à faire)
- Règlement intérieur de la CSTH
- Règlement intérieur du COMEDIMS (à faire)
- Règlement intérieur du CLIN (à faire)
- Règlement intérieur du CLUD
- Règlement intérieur du CLAN (à faire)
- Règlement intérieur du FMC (à faire)
- Règlement intérieur des EPP (à faire)
- Règlement intérieur de la CSIRMT (à faire)
- Règlement intérieur du CHSCT (à faire)
- Règlement intérieur du Comité d'Etablissements (à faire)
- Règlement intérieur de la Commission des usagers
- Règlement du conseil de la vie sociale
- Règlement intérieur du comité d'éthique
- Règlement intérieur de la COPS (à faire)
- Règlement intérieur de la chambre mortuaire
- Règlement de fonctionnement du centre de gérontologie