



Groupe Hospitalier Universitaire (GHU)  
Paris psychiatrie & neurosciences

Règlement intérieur

## TABLE DES MATIERES

<b>PARTIE I : DISPOSITIONS GENERALES</b> .....	7
<b>CHAPITRE 1 : LES INSTANCES</b> .....	7
Article 1 : Le conseil de surveillance .....	7
Article 2 : Le directoire .....	7
Article 3 : le Directeur.....	7
<b>CHAPITRE 2 : LES INSTANCES REPRESENTATIVES DU PERSONNEL</b> .....	8
Article 4 : La Commission Médicale d'Établissement.....	8
Article 5 : Le Comité Technique d'Établissement : « pour plus d'information, cliquez ICI ».....	9
Article 6 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail .....	9
Article 7 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- Techniques « pour plus d'information, cliquez ICI ».....	10
Article 8 : Les Commissions paritaires.....	11
<b>CHAPITRE 3 : ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES</b> .....	11
ET MEDICO-TECHNIQUES .....	11
Article 9 : Organisation en pôle.....	11
Article 10 : Conseil de pôle .....	12
<b>CHAPITRE 4 : PLACE DES USAGERS</b> .....	13
Article 11 : La réflexion éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale des patients.....	13
Article 12 : La Commission des Usagers « pour plus d'information, cliquez ICI » ...	13
Article 13 : Relations avec les usagers.....	14
<b>CHAPITRE 5 : DROITS GENERAUX DES PATIENTS</b> .....	14
<b>CHAPITRE 6: CERTIFICATION ET PUBLICATION DES INDICATEURS QUALITE</b> .....	15
Article 14 : Certification .....	15
Article 15 : Publication des indicateurs.....	15
<b>CHAPITRE 7 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE</b> .....	15
<b>SECTION 1 : REGLES DE SECURITE GENERALES</b> .....	15
Article 16 : Opposabilité .....	15
Article 17 : Accès à l'établissement.....	16
Article 18 : Matériels de sécurité et vidéosurveillance .....	16

Article 19 : Rapport avec les autorités judiciaires .....	16
Article 20 : Rapport avec les autorités de police.....	16
Article 21 : Circonstances graves et exceptionnelles .....	17
<b>SECTION 2 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT .....</b>	<b>17</b>
Article 22 : Voirie hospitalière .....	17
Article 23 : Règles de circulation .....	17
Article 24 : Signalisation et sanction.....	18
Article 25 : Responsabilité.....	18
<b>PARTIE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS .....</b>	<b>19</b>
<b>CHAPITRE 1 : ADMISSION .....</b>	<b>19</b>
Article 26 : L'admission des majeurs en psychiatrie « pour plus d'information, cliquez ICI ».....	19
Article 27: L'admission des mineurs en psychiatrie .....	19
Article 28 : L'admission au pôle Neuro Sainte Anne « pour plus d'information, cliquez ICI ».....	20
<b>CHAPITRE 2 : SEJOUR.....</b>	<b>20</b>
Article 29 : Identitovigilance « pour plus d'information, cliquez ICI ».....	20
Article 30 : Personne de confiance.....	20
Article 31 : La mise en isolement et le recours à la contention « pour plus d'information, cliquez ICI ».....	21
Article 32 : Soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie .....	21
Article 33 : Recherches impliquant la personne humaine et l'enseignement .....	21
Article 34 : Moyens de communication .....	22
Article 35 : Divertissement (radio – télévision).....	23
Article 36 : Repas .....	23
Article 37 : Déplacements dans l'enceinte de l'établissement.....	23
Article 38 : Visites.....	23
Article 39 : Présence de tiers dans l'établissement.....	24
Article 40 : Accueil de bénévoles d'associations habilitées .....	24
Article 41 : Animaux domestiques .....	24
Article 42 : Mesure de protection juridique des majeurs .....	24
Article 43 : Communication des informations de santé.....	25
Article 44 : Informatiques et libertés.....	25

<b>CHAPITRE 3 : SORTIE</b> .....	25
<b>SECTION 2 : DISPOSITIONS GENERALES</b> .....	27
Article 45 : Documents remis au patient : bulletins de sortie.....	27
Article 46 : Continuité des soins : lettre de liaison et compte-rendu d'hospitalisation.....	27
<b>SECTION 3 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA FIN DE VIE ET AU DECES</b> .....	27
Article 47 : Dispositions relatives à la fin de vie et au décès « pour plus d'information, cliquez ICI ».....	27
Article 48 : Prélèvements d'organe/registre refus :.....	28
Article 49 : Directives anticipées.....	28
<b>PARTIE III : DISPOSITIONS RELATIVES RELATIONS ENTRE LES USAGERS ET LE PERSONNEL</b> .....	29
Article 50 : Droit à l'information du patient et de ses proches .....	29
Article 51 : Le consentement aux soins : principes et limites .....	29
Article 52 : Confidentialité .....	30
Article 53 : Inventaire et dépôts des objets et valeurs « pour plus d'information, cliquez ICI ».....	30
Article 54 : Dépôts et dons au personnel .....	31
Article 55 : Respect des personnes et des biens .....	31
Article 56 : Laïcité.....	31
Article 57 : Tabac et cigarette électronique .....	32
Article 58 : Médicaments, denrées alimentaires, alcool et substances interdites	32
Médicaments :.....	32
Alcool et substances interdites :.....	32
Article 59 : Captation d'images et captation sonore.....	33
<b>PARTIE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL</b> .....	34
<b>CHAPITRE 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DE L'USAGER</b> .....	34
Article 60 : Secret professionnel et médical .....	34
Article 61 : Obligation de réserve et de discrétion professionnelle.....	35
Article 62 : Sollicitude envers les patients.....	35
Article 63 : Respect des droits civiques .....	35
<b>CHAPITRE 2 : PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE</b> .....	35
Article 64: Obligation de désintéressement.....	35
Article 65 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative .....	35

Article 66 : Prévention des conflits d'intérêts et des manquements déontologiques.....	36
Article 67 : Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces.....	36
Article 68 : Exécution des instructions reçues .....	36
Article 69 : Information du supérieur hiérarchique.....	36
Article 70 : Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé .....	36
Article 71 : Obligation de signalement d'un événement indésirable .....	37
Article 72 : Témoignage en justice .....	37
Article 73 : Protection fonctionnelle.....	37
Article 74 : Assiduité et ponctualité.....	37
Article 75 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité .....	37
Article 76 : Identification des personnels.....	37
Article 77 : Lutte contre le bruit.....	38
<b>CHAPITRE 3 : EXPRESSION DES PERSONNELS .....</b>	<b>38</b>
Article 78: Droit syndical .....	38
Article 79 : Droit de grève.....	38
Article 80 : Expression individuelle des personnels .....	38
<b>PARTIE IV : DISPOSITIONS DIVERSES.....</b>	<b>39</b>
Article 81 : Publicité du règlement intérieur d'établissement .....	39
Article 82 : Révision du règlement intérieur d'établissement .....	39
<b>ANNEXES .....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME) ET SON REGLEMENT INTERIEUR.....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE 2 COMPOSITION DE LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCTION ET MEDICO-TECHNIQUE (CSIRMT) ET SON REGLEMENT INTERIEUR .....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE 3 REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES USAGERS .....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE 4 : ORGANISATION DES COMITES D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL .....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 5 : CHARTE EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE.....</b>	<b>59</b>

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les hôpitaux Maison Blanche, Sainte-Anne et Perray Vauclose ont fusionné pour ne former qu'un seul et même établissement, le Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) Paris psychiatrie & neurosciences.

Le GHU Paris psychiatrie & neurosciences prend en charge les patients des secteurs psychiatriques parisiens suivants :

- Le site Sainte Anne, situé dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement parisien, dessert le territoire géographique des 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup>,
- Le site Bichat, situé dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement parisien, dessert le territoire géographique du 18<sup>ème</sup>,
- Le site Hauteville, situé dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement parisien, dessert le territoire géographique des 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup>,
- Le site Lasalle, situé dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement parisien, dessert le territoire géographique du 19<sup>ème</sup>,
- Le site Avron, situé dans le 20<sup>ème</sup> arrondissement parisien, dessert le territoire géographique du 20<sup>ème</sup>,
- Le site Henri EY, situé dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement parisien, dessert le territoire géographique des 8<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup>.
- Le site Perray Vauclose, situé dans l'Essonne, contribue à la prise en charge au long cours des patients parisiens, tant sur le plan psychiatrique que médico-social,
- Le site de Neuilly-sur-Marne, situé en Seine Saint Denis, contribue à la prise en charge au long cours des patients tant sur le plan psychiatrique que médical.

Le GHU Paris psychiatrie & neurosciences est également doté sur le site Sainte Anne d'un pôle de neurosciences qui assure une offre de soins de proximité et de recours pour l'ensemble des pathologies du système nerveux.

Le GHU Paris psychiatrie & neurosciences exerce dans ses disciplines médicales, les activités liées à ses missions de service public, de prévention, de soins et d'accueil des urgences ainsi que l'enseignement et la recherche. Il participe au développement des parcours de soins de patients pris en charge et s'inscrit dans une politique forte de partenariat avec son environnement, dans le respect des plans régionaux de santé.

Le présent règlement intérieur, applicable à toutes les structures intra et extra-hospitalières du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, s'appuie sur le code de la santé publique et autres textes régissant les établissements publics de santé. Il ne reprend pas la totalité du dispositif réglementaire mais répond à un double objectif :

- informer les patients et leur entourage et rappeler aux personnels les grandes règles de fonctionnement,
- mettre en place des règles pour lesquelles le législateur a accordé une autonomie d'organisation (composition d'instances, modalités d'organisation fonctionnelle des activités cliniques et médico-techniques).

Eu égard à l'hétérogénéité architecturale et géographique des différents sites du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, les règles de sécurité régissant les divers sites d'hospitalisation et de consultations sont ajustées sur chacun d'eux afin de prendre en considération leurs particularités respectives. Les règles de sécurité propres à chaque site sont portées à la connaissance des usagers et des personnels par voie d'affichage.

Le présent règlement intérieur s'applique aux structures sanitaires du GHU et complète les dispositifs en vigueur dans les structures médico-sociales du GHU.

Sur un plan pratique, le présent règlement est consultable sur demande, ainsi que sur le site internet du GHU Paris psychiatrie & neurosciences (<http://www.ghu-paris.fr>) et vient compléter les livrets d'accueil. Pour les professionnels, le présent règlement intérieur est complété par des procédures et modes opératoires. Il est accessible sur le site intranet du GHU

## **PARTIE I : DISPOSITIONS GENERALES**

### **CHAPITRE 1 : LES INSTANCES**

#### **Article 1 : Le conseil de surveillance**

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges, le collège des élus, le collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux et le collège des personnalités qualifiées, dont le nombre de membres doit être identique.

Le Président du conseil de surveillance est élu parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées.

Le conseil de surveillance se prononce sur les orientations stratégiques et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il a également une compétence délibérative et consultative.

Il se réunit au moins quatre fois par an.

Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence du Directeur.

Le conseil est convoqué par lettre signée du Président, accompagnée de l'ordre du jour et des documents disponibles afin d'éclairer les délibérations prises.

#### **Article 2 : Le directoire**

Le directoire comprend sept membres dont une majorité de membres du personnel médical.

Le Directeur préside le directoire, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) en est le vice-président et le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) y est membre de droit.

Le directoire dispose de compétences propres (approbation du projet médical, qui définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, préparation du projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, conseils du Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement) et peut intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

Le directoire est concerté sur différents sujets dans les domaines de la contractualisation, de la qualité, des finances, des ressources humaines, de la coopération, de l'organisation interne et de la gestion de crise.

Il se réunit au moins huit fois par an sur convocation de son Président, accompagnée de l'ordre du jour et des dossiers sur les différents points figurant à l'ordre du jour.

#### **Article 3 : le Directeur**

Le GHU Paris est dirigé par un directeur qui assure la conduite de l'établissement et en est le responsable légal. A cet effet, il a autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles.

## **CHAPITRE 2 : LES INSTANCES REPRESENTATIVES DU PERSONNEL**

### **Article 4 : La Commission Médicale d'Établissement**

#### Composition :

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

La commission médicale d'établissement comprend des membres de droit et des membres élus.

La commission médicale d'établissement élit son Président, vice-président du directoire.

La commission médicale d'établissement détermine son règlement intérieur qui prévoit la mise en place de commissions médicales d'établissement locales : une au nord de Paris et une au sud de Paris.

#### Attributions :

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité

Cette commission est consultée notamment sur :

- Les projets de délibération du conseil de surveillance,
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel,
- Le plan de redressement,
- L'organisation interne de l'établissement,
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- Le projet médical d'établissement,
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement,
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement,
- La politique de formation des étudiants et internes,
- La politique de recrutement des emplois médicaux,
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- La mise en œuvre des actions relatives au service public hospitalier,
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques,
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social,
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

**Article 5 : Le Comité Technique d'Etablissement : « pour plus d'information, cliquez [ICL](#) »**

Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières pour lesquelles la CME est également consultée, à savoir :

- Les projets de délibération soumis à l'avis de l'assemblée délibérante ainsi que l'organisation interne de l'établissement,
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel,
- Le plan de redressement,
- L'organisation interne de l'établissement,
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences,
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire,
- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel,
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu,
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité,
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social,
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, ainsi que des décisions relatives à la constitution et participation à l'une des formes de coopération ou des réseaux de santé.

Les avis ou vœux émis par le comité technique d'établissement sont portés par son Président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement. Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du Directeur de l'établissement et à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

**Article 6 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail**

Au sein du GHU sont constitués trois Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail locaux. Le périmètre géographique, les compétences et la composition de chaque comité local sont joints en annexe. Des réunions de coordination sont régulièrement organisées.

Chaque Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

- d'analyser les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents de l'établissement ou les personnels mis à la disposition de l'établissement et proposer des initiatives et des actions pour les prévenir. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et sexuel ;
- de s'assurer du respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des consignes de sécurité et d'hygiène. Il est informé de toutes les actions ayant trait à la sécurité dans l'établissement ;
- d'étudier les conditions de travail pour déterminer leurs incidences sur l'organisation du travail et leurs effets sur la santé du personnel (rythme, pénibilité des tâches...), et

également analyser les risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes ;

- de formuler des propositions et des conseils auprès de la direction de l'établissement ;
- de procéder aux inspections et enquêtes nécessaires à l'exercice de ses missions et d'effectuer des enquêtes en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- d'exercer le droit d'alerte en cas de danger grave et imminent.

Il dispose d'un droit de regard et émet son avis sur :

- tout document se rattachant à sa mission,
- tout projet d'aménagement des postes de travail et de réinsertion des accidentés du travail, invalides ou travailleurs handicapés,
- toute question de sa compétence dont il est saisi par le chef d'établissement,
- toute question concernant un établissement voisin dont l'activité expose les salariés de son ressort à des nuisances particulières,
- le document unique relatif à l'évolution des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs que doit mettre en place tout employeur.

**Article 7 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »**

La composition de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est annexée au présent règlement intérieur.

Dans le cadre de l'élection des membres de la CSIRMT, le vote par correspondance est autorisé dans les conditions prévues par la procédure ad hoc. Le directeur de l'établissement fixe la date et les modalités de scrutin, y compris les modalités et les conditions du vote par correspondance, portées à la connaissance du personnel de l'établissement.

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

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu ;
- la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure d'admission de professionnels de santé libéraux, autres que les professionnels statutaires, au sein de l'établissement ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

### Article 8 : Les Commissions paritaires

#### Les commissions administratives paritaires :

Elles sont compétentes sur toutes les questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire, le changement d'échelon, la discipline, les questions d'ordre individuel.

#### Les commissions consultatives paritaires :

Comprenant en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants des personnels contractuels, elles sont, obligatoirement, consultées sur les décisions individuelles relatives :

- aux licenciements intervenant postérieurement aux périodes d'essai,
- aux sanctions disciplinaires autres que l'avertissement et le blâme,
- aux demandes de révision du compte-rendu de l'entretien professionnel,
- au non renouvellement des contrats des personnes investies d'un mandat syndical et au réemploi susceptible d'intervenir lorsqu'une personne recouvre les conditions nécessaires au recrutement après les avoir perdues,
- aux motifs qui empêchent le reclassement des agents,
- aux décisions refusant l'autorisation de télétravail.

## **CHAPITRE 3 : ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES**

### Article 9 : Organisation en pôle

L'établissement détermine sa politique générale au travers de son projet d'établissement, compatible avec les objectifs des schémas d'organisation sanitaire de la région Ile-de-France. Tous les cinq ans, l'établissement définit ses grandes orientations stratégiques pour répondre aux besoins de prise en charge de la population desservie avec l'aval du directoire et de la commission médicale d'établissement et en fonction du projet d'établissement et du projet médical.

Le GHU est découpé en pôles d'activités cliniques et médico-techniques dirigés par des chefs de pôle, nommés par le Directeur, sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la CME, pour une période de quatre ans renouvelable.

Le chef de pôle organise avec son équipe le fonctionnement du pôle afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Les pôles d'activités comportent des structures internes de prise en charge du malade appelées services. Le service peut également comporter des unités fonctionnelles (UF). La composition du pôle en structures internes est détaillée dans le projet de pôle sur la base du contrat.

Les responsables médicaux, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activités cliniques ou médico-techniques sont nommés par le Directeur sur proposition du Président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle, pour une période de quatre ans renouvelable. La responsabilité d'une UF peut être confiée à un professionnel de catégorie A autre qu'un médecin. Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, à leurs fonctions par décision du Directeur, après avis du Président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Le Directeur doit proposer aux responsables de structures internes, services ou d'unités fonctionnelles des pôles, une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions dans les deux mois suivant leur nomination.

### Article 10 : Conseil de pôle

Le chef de pôle a pour mission d'organiser une concertation interne au sein de son pôle. Il associe pour cela toutes les catégories de personnel, notamment les responsables des structures internes et des unités fonctionnelles, en mettant en place un conseil de pôle, permettant l'expression de l'ensemble des professionnels.

#### Composition :

Chaque pôle détermine les membres du conseil dans le respect des règles suivantes :

Membres de droit :

- Le chef de pôle,
- Le cadre de santé de pôle
- Les responsables des structures internes,
- Les responsables des unités fonctionnelles,
- Les cadres de santé.

Membres du conseil :

Le chef de pôle détermine s'il organise ou non des élections. En tout état de cause, le chef de pôle s'assure que lors de la réunion du conseil tous les métiers et statuts du pôle seront représentés, en tenant compte également du lieu d'exercice (intra/extra) et du moment d'exercice (jour/nuit).

#### Attributions :

Le conseil de pôle est nécessairement consulté et émet un avis sur :

- la recherche clinique et l'innovation ;
- l'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue ;
- la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge ;
- l'organisation de la continuité et de la permanence des soins ;
- la coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient ;
- la gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures ;
- les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes.

Le conseil de pôle peut également donner un avis sur :

- le projet de pôle,
- le plan de formation,
- le programme des travaux,
- le plan d'équipement,
- l'avis sur les changements d'organisation,
- le nom du pôle.

#### Fonctionnement :

Le conseil de pôle se réunit au moins une fois par an, sur ordre du jour écrit établi par le chef de pôle, comportant des questions inscrites à la demande des membres du conseil.

Un compte-rendu écrit avec liste d'émargement des présents est établi et affiché dans les unités du pôle.

Un bilan annuel du fonctionnement des conseils de pôle (nombre de réunions et comptes rendus) est communiqué au comité technique d'établissement et à la commission médicale d'établissement.

Un contrat de pôle signé par le Directeur du GHU et par le chef de pôle engage les parties sur l'atteinte des résultats et des moyens attribués au pôle.

## **CHAPITRE 4 : PLACE DES USAGERS**

### **Article 11 : La réflexion éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale des patients**

La réflexion éthique est menée par le comité d'éthique de l'établissement, dont l'organisation est collégiale et pluridisciplinaire, sur des thèmes issus de la pratique clinique.

Elle a pour objectif de promouvoir la bientraitance des patients, de renforcer les droits des patients dans les services de soins, d'ancrer la réflexion éthique dans les soins, d'aider les professionnels en leur proposant des repères éthiques dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Tout professionnel de l'établissement peut saisir le comité d'éthique sur une problématique éthique liée aux situations de soins rencontrées quotidiennement.

La synthèse des débats est accessible à tous les professionnels sur le site intranet de l'établissement.

### **Article 12 : La Commission des Usagers « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »**

La Commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement, sujets pour lesquels elle peut se saisir. Elle émet des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données. Elle s'assure que les plaintes et réclamations non contentieuses sont examinées et font l'objet de réponses.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration, au sein de l'établissement, de la politique d'accueil, de sécurité, de prise en charge, d'information et des droits des personnes malades et de leurs proches.

Elle est composée :

- du Directeur ou de son représentant,
- d'un médiateur médical et d'un médiateur non médical et de leurs suppléants,
- de deux représentants des usagers et de leurs suppléants,
- du Président de la commission médicale d'établissement ou de son représentant,
- d'un représentant de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique et de son suppléant,
- d'un représentant du comité technique d'établissement, et de son suppléant,
- d'un représentant du conseil de surveillance, et de son suppléant.

### Article 13 : Relations avec les usagers

Livret d'accueil : « [pour consulter le livret, cliquez ICI](#) »

Dès son arrivée dans l'établissement ou dès que son état le permet, chaque personne hospitalisée ou reçue en consultation reçoit un livret d'accueil. Celui-ci contient des informations générales sur l'établissement, les droits et devoirs de l'usager ainsi que des informations particulières sur le lieu d'hospitalisation et la prise en charge afférente.

La charte de la personne hospitalisée, affichée dans les unités de soins et consignée dans le livret d'accueil, est opposable aux établissements, notamment les droits à une prise en charge ou à un accompagnement adapté, au respect des liens familiaux, à la protection et au respect du principe de prévention et de soutien.

Satisfaction des usagers :

La satisfaction du patient est recherchée à chaque étape de la prise en charge. Dans cette perspective, un questionnaire de satisfaction est élaboré et remis par le personnel soignant au patient avant sa sortie. Il est destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. L'ensemble des questionnaires sont traités de manière anonyme par la commission des usagers, par les services de soins et par la Direction de la Qualité. Des actions d'amélioration sont engagées au regard des résultats.

Des enquêtes de satisfaction, à thématiques diverses, peuvent également être réalisées ponctuellement auprès des personnes hospitalisées.

Recours aux médiateurs :

En cas de réclamation auprès de la Direction, le patient peut se voir proposer une médiation, avec un médiateur médical ou non médical. Si le patient le souhaite, un représentant des usagers peut être présent lors de cette médiation.

Le médiateur médecin est compétent pour recevoir les malades et leurs familles afin d'examiner exclusivement avec eux les difficultés liées à l'organisation des soins et au fonctionnement médical du service. La consultation de leur dossier médical ne peut se faire qu'avec leur accord. Le médiateur non médecin est compétent pour examiner les réclamations ne portant ni sur l'organisation des soins, ni sur des aspects médicaux.

## CHAPITRE 5 : DROITS GENERAUX DES PATIENTS

Le GHU et ses professionnels s'engagent à respecter les droits fondamentaux des patients accueillis et notamment :

- le droit à la protection de la Santé,
- le respect de la dignité,
- la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins,
- le respect de la vie privée,
- le droit à des soins appropriés,
- le respect à l'intimité du patient,
- le respect du consentement quand l'état médical du patient le permet et que s'impose la nécessité absolue des soins,
- la prise en charge de la douleur.

Le GHU est engagé dans une politique de limitation des mesures restrictives de libertés conformément à la Charte en faveur de la promotion de la bientraitance figurant en annexe du présent document.

## **CHAPITRE 6: CERTIFICATION ET PUBLICATION DES INDICATEURS QUALITE**

### **Article 14 : Certification**

Les établissements de santé font l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification et donnant lieu à une visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cette procédure constitue un temps fort de la dynamique continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui conduit à analyser l'ensemble des organisations définies par l'établissement, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité (soins, techniques, logistiques, administratifs). Pour cela, l'établissement déploie une politique qualité et gestion des risques participative et transversale permettant la mise en place d'actions d'amélioration sur des thématiques prioritaires et leur évaluation pour assurer le respect des droits des patients, et la sécurité des soins.

### **Article 15 : Publication des indicateurs**

Pour renforcer l'évaluation des actions mises en œuvre et du service médical rendu, la Haute Autorité de Santé demande aux établissements de santé de réaliser un suivi d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS).

Ces indicateurs sont communiqués en interne aux instances et aux services concernés, pour mise en place d'actions d'amélioration. Ils sont également publiés en externe sur le site Scope Santé qui en assure la diffusion publique et sur le site Internet de l'établissement. La liste des IQSS obligatoires soumis à diffusion est fixée par arrêté.

Les établissements médico-sociaux du GHU font également l'objet d'évaluations internes et externes.

## **CHAPITRE 7 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE**

### **SECTION 1 : REGLES DE SECURITE GENERALES**

#### **Article 16 : Opposabilité**

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du directeur ou de ses représentants.

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

### Article 17 : Accès à l'établissement

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

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

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

### Article 18 : Matériels de sécurité et vidéosurveillance

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéo-surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives compétentes de l'hôpital.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. Il doit être conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et faire l'objet d'une déclaration à la Préfecture de police.

### Article 19 : Rapport avec les autorités judiciaires

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

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

### Article 20 : Rapport avec les autorités de police

Seul le Directeur de l'hôpital est responsable de l'organisation des relations avec les autorités de police.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein de l'hôpital une intervention de police, dont la possibilité ou la nécessité sera appréciée par l'autorité de police.

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur de l'hôpital doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être tenu informé par les services de soins, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patient, réquisition judiciaire, demande de renseignements...). Il veille à ce que soient pris en considération, les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret médical.

### Article 21 : Circonstances graves et exceptionnelles

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, le Directeur qui a fait appel aux services de secours prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Il peut également et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules, et décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence (Plan blanc), le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du GHU selon le dispositif en vigueur dans l'établissement.

## SECTION 2 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT

### Article 22 : Voirie hospitalière

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts exclusivement au personnel et aux usagers de l'hôpital, ne peuvent être regardés comme des voies ouvertes à la circulation publique et échappent donc à la compétence des autorités chargées de la police de la circulation.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles et procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein de l'hôpital.

### Article 23 : Règles de circulation

Un plan général de circulation est soumis aux instances représentatives de l'hôpital. Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions du code de la route s'appliquant aux hôpitaux (voies privées), le directeur réglemente 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 patients 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 d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules.

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement et limiter l'accès au nombre de véhicules, correspondant au nombre de places de stationnement libres.

#### Article 24 : Signalisation et sanction

Toutes les dispositions relatives aux règles de circulation et de stationnement doivent être matérialisées ou signalées. Tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Leur attention doit être attirée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et que sauf dans l'hypothèse d'une faute avérée de l'hôpital, elles ne sauraient engager la responsabilité de ce dernier, notamment en cas de vols ou dommages.

Leur attention doit aussi être attirée sur le fait :

- qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peuvent entraîner un retrait des autorisations accordées,
- qu'un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier – entraîner un déplacement d'office du véhicule,
- qu'un stationnement dangereux, par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours, peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre,
- qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par le code de la route.

#### Article 25 : Responsabilité

L'autorisation de circuler et de stationner dans l'établissement ne saurait engager la responsabilité de ce dernier, notamment en cas d'accident de la circulation, de vols de véhicule ou de dégradations.

## **PARTIE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS**

### **CHAPITRE 1 : ADMISSION**

Lors de leur admission, lorsque leur état de santé le permet, les patients fournissent au personnel des services de soins, tous les documents nécessaires à la prise en charge de leurs frais de séjours par les organismes de sécurité sociale et de mutuelle dont ils relèvent. A défaut, les frais de séjours sont directement facturés aux patients.

Les usagers sont informés des tarifs en vigueur au sein de l'établissement par voie d'affichage dans chaque service de soins.

L'admission est prononcée par le Directeur de l'établissement sur la base d'au moins un avis et/ou un certificat médical, après vérification de l'identité du patient. Le Directeur prend les mesures nécessaires pour que les soins urgents soient assurés, même en l'absence de pièces d'identité et de renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

#### **Article 26 : L'admission des majeurs en psychiatrie « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »**

L'admission en soins psychiatriques libres est le régime habituel d'hospitalisation lorsque l'état de santé de la personne le permet et qu'elle est consentante aux soins.

Toutefois, lorsque les troubles mentaux du patient empêchent de recueillir son consentement aux soins, son admission est prononcée sans que ce dernier soit requis.

Les soins sont alors exclusivement réalisés par les établissements autorisés en psychiatrie et chargés d'assurer cette mission, selon plusieurs modes d'admissions :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers le cas échéant en urgence,
- les soins psychiatriques en cas de péril imminent,
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Des plaquettes d'information relatives aux modes d'admission en soins psychiatriques sans consentement sont remises aux patients à leur arrivée.

#### **Article 27: L'admission des mineurs en psychiatrie**

Le mineur est pris en charge en ambulatoire dans un service de soins approprié, chaque fois que la nature du traitement et que son état de santé le permet.

En cas de nécessité absolue, un mineur est hospitalisé dans un service de psychiatrie infanto-juvénile ou dans un service de psychiatrie adulte si les circonstances cliniques l'imposent et ce pour une durée déterminée.

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale (admission en soins psychiatriques libres d'un mineur) ou de l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire). En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue. En cas de refus des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge pour enfants est saisi.

Un mineur peut être admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat lorsque les circonstances rares l'y obligent.

**Article 28 : L'admission au pôle Neuro Sainte Anne « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »**

Le pôle Neuro-Sainte-Anne du GHU Paris psychiatrie & neurosciences assure des soins de recours dans toutes les pathologies associées au système nerveux. Il est composé des services suivants :

- imagerie morphologie et fonctionnelle (SIMF),
- neurologie, neurochirurgie incluant un bloc opératoire,
- consultations spécialisées,
- neuroanesthésie-réanimation,
- médecine physique et de réadaptation (MPR),
- neurophysiologie clinique,
- stomatologie,
- neuropathologie.

Le pôle Neuro-Sainte-Anne dispose d'un centre d'urgence, situé dans le bâtiment Raymond GARCIN, qui assure :

- la participation à la permanence des soins de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle d'Ile-de-France,
- la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans une unité de soins intensifs neurovasculaires,
- la neuroradiologie interventionnelle d'urgence.

Les équipes du pôle Neuro-Sainte-Anne accueillent les urgences de neurologie vasculaire, neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle d'Ile-de-France et proposent une prise en charge multidisciplinaire avec accès à l'IRM 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

L'admission d'un patient au pôle Neuro-Sainte-Anne est prononcée par le Directeur de l'établissement sur avis médical. Pour les patients mineurs, l'admission est effectuée à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale, sauf cas d'urgence.

Le pôle Neuro-Sainte-Anne est également le pivot des enseignements neurosciences pour la faculté de médecine Paris-Descartes.

## **CHAPITRE 2 : SEJOUR**

**Article 29 : Identitovigilance « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »**

L'établissement vérifie obligatoirement l'identité des patients à leur admission en hospitalisation, lors des consultations en intra ou extrahospitalier, lors de l'administration des traitements et lors de la réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques.

L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge permet d'en garantir la sécurité.

**Article 30 : Personne de confiance**

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, désigner une personne de confiance pour toutes les questions concernant sa santé. Le personnel hospitalier a l'obligation de le proposer.

Lorsque la personne malade est en capacité d'exprimer sa volonté, la personne de confiance a une mission d'accompagnement qu'elle doit exercer en respectant la confidentialité des informations recueillies.

Il s'agit donc d'une mission de soutien, à l'occasion de la consultation médicale, ou de prise de connaissance d'éléments du dossier médical à la condition expresse que la personne malade soit présente et la seule à exprimer ses volontés.

Lorsque la personne ne peut plus exprimer sa volonté, la personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer les souhaits de la personne malade.

La personne de confiance pourra être détentrice des directives anticipées.

### **Article 31 : La mise en isolement et le recours à la contention « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »**

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Ces mesures, prises sur décision médicale, sont tracées dans le dossier patient ainsi que dans un registre dédié à cet effet au sein de chaque établissement de santé.

Des procédures spécifiques sont établies, notamment l'état des dispositifs nécessaires à la sécurité et au secours des patients dans les espaces occupés à cette fin, en tenant compte de l'architecture des bâtiments.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la Commission des Usagers et au conseil de surveillance.

### **Article 32 : Soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie**

Les personnes hospitalisées en psychiatrie reçoivent les soins somatiques requis par leur état. Le consentement des personnes hospitalisées est demandé pour tout examen complémentaire. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille, le tuteur ou à défaut, un de ses proches aient été consultés.

### **Article 33 : Recherches impliquant la personne humaine et l'enseignement**

Les recherches impliquant la personne humaine se divisent en trois catégories :

- les recherches interventionnelles, pour lesquelles le consentement écrit du patient est requis,
- les recherches interventionnelles ne comportant que des risques et contraintes minimales, pour lesquelles le consentement écrit du patient est requis,
- les recherches non interventionnelles, pour lesquelles la non-opposition du patient est exigée.

Préalablement à la réalisation d'une recherche impliquant la personne humaine :

- Une information orale ou écrite est délivrée au patient, sur la nature de la recherche, ses objectifs, les contraintes voire les risques attendus. Le patient doit recevoir une information claire, loyale, exhaustive préalablement et tout au long du déroulement

de la recherche. L'information est donnée par un médecin ou un professionnel de santé afin qu'il soit en mesure d'apporter des explications et des détails au patient.

- Le consentement et la non opposition du patient doivent être « éclairés », c'est-à-dire que le patient doit avoir été informé des modalités et des finalités de la recherche.
- La signature du consentement par le patient et par le médecin ou la personne habilitée est une obligation légale.
- La non opposition du patient peut être orale ou écrite.
- La non opposition du patient ou le consentement pour sa participation à une recherche doit être tracé(e) dans son dossier patient.

L'information du patient participant à une recherche doit, a minima, porter sur :

- l'objectif, la méthodologie et la durée de la recherche,
- les bénéfices attendus, voire les contraintes et les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme,
- dans certains cas, les éventuelles alternatives médicales,
- dans certains cas, les modalités de prise en charge médicale prévues en fin de recherche, si une telle prise en charge est nécessaire, en cas d'arrêt prématuré de la recherche, et en cas d'exclusion de la recherche,
- l'avis du comité et l'autorisation de l'autorité compétente,
- l'interdiction de participer simultanément à une autre recherche ou la période d'exclusion prévue par le protocole et le cas échéant, son inscription dans le fichier national,
- la nécessité d'un traitement des données personnelles.

La personne dont la participation est sollicitée est également informée de son droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant sa santé.

L'examen du patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement écrit préalable, libre et éclairé.

Le consentement ou la non-opposition du patient s'applique aussi sur les enjeux de prélèvement, de conservation et d'utilisation future des échantillons. Le consentement ou la non-opposition ne sont jamais définitifs. Le patient peut, à tout moment, révoquer son consentement ou s'opposer à l'utilisation de ses échantillons ou de ses données pour la recherche. Le patient peut également demander à tout moment la destruction de ses échantillons ou de ses données.

#### Article 34 : Moyens de communication

##### Courrier :

Les patients ont la possibilité d'envoyer et de recevoir du courrier. Les restrictions de ce droit ne peuvent être que temporaires et médicalement motivées.

Ces restrictions ne peuvent concerner les correspondances du patient avec le Préfet de police ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le Président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire ou son représentant, le Procureur de la République, la commission départementale des soins psychiatriques, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) et le Défenseur des Droits.

L'affranchissement du courrier est à la charge de l'expéditeur. Le vaguemestre est à la disposition des patients pour les opérations postales.

##### Téléphone :

Sauf interdiction individuelle temporaire pour raison médicale consignée dans le dossier patient, les personnes hospitalisées peuvent conserver leur téléphone mobile avec elles sous leur responsabilité.

Il est formellement interdit de prendre des photos ou de réaliser des films dans l'enceinte de l'établissement avec les téléphones mobiles.

#### Accès internet :

Lorsque les équipements sont disponibles, la personne malade peut avoir accès à une connexion internet sous réserve de l'absence de contre-indication médicale.

Conformément à l'article 53, les ordinateurs portables ou les tablettes conservés par les patients auprès d'eux ou non confiés en dépôt sont placés sous la responsabilité exclusive de la personne hospitalisée. Tout comme avec les téléphones portables, les captations d'images sont interdites.

#### Article 35 : Divertissement (radio – télévision)

Tous les services sont équipés d'une salle de télévision et d'espaces de détente. L'usage de la télévision peut être modulé par l'équipe soignante pour le respect et le bien-être de chacun.

En aucun cas les récepteurs radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos de la personne hospitalisée ou de ses voisins sous peine d'être retirés pendant l'hospitalisation.

#### Article 36 : Repas

Les menus sont élaborés par un diététicien et respectent les recommandations nutritionnelles. Les repas sont préparés au sein de l'établissement ou par des prestataires extérieurs garantissant la qualité et l'hygiène alimentaires selon la certification Iso 9001 (norme internationale attestant le respect d'un certain nombre de règles tout au long du processus de fabrication et de distribution des repas).

En fonction de l'état de santé du patient et des prescriptions médicales, un régime personnalisé sera mis en place par un diététicien.

Les repas de régime sont servis sur prescription du médecin et consultation du diététicien.

Les repas sont adaptés, dans la mesure du possible, à la pratique religieuse ou aux habitudes alimentaires de la personne hospitalisée qui en exprime la demande.

#### Article 37 : Déplacements dans l'enceinte de l'établissement

La liberté d'aller et venir dans l'établissement est un droit. Toutefois, cette liberté peut être limitée dans des conditions définies pour des raisons médicales. Les conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir doivent être individualisées.

Les personnes hospitalisées qui souhaitent se déplacer au cours de la journée dans l'enceinte de l'établissement doivent en informer un membre du personnel soignant ; elles doivent être vêtues d'une tenue décente. La nuit, les personnes hospitalisées doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

#### Article 38 : Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le Directeur sur avis des responsables des structures concernées. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales,
- pour les personnes détenues faisant l'objet de soins au pôle Neuro-Sainte-Anne ou de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement de l'établissement. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et la pratique des examens.

Les patients peuvent demander à l'établissement de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer.

Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le Directeur peut décider l'expulsion temporaire du visiteur.

#### **Article 39 : Présence de tiers dans l'établissement**

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne sont pas admis à circuler librement dans l'établissement et ne peuvent se rendre auprès des patients, sauf accord consigné par écrit de ces derniers et autorisation expresse du Directeur, prise le cas échéant sur avis du responsable médical concerné.

#### **Article 40 : Accueil de bénévoles d'associations habilitées**

Le GHU facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille à leur demande et avec leur accord, et dans le respect du fonctionnement de l'unité de soins.

Les bénévoles ne peuvent intervenir au sein des services qu'à la condition que leur association ait conclu une convention avec le GHU.

#### **Article 41 : Animaux domestiques**

Les animaux domestiques ne peuvent pas être introduits dans les locaux de l'établissement, à l'exception des chiens guides d'aveugles, autorisés dans les espaces communs hors chambres et lieux de soins.

#### **Article 42 : Mesure de protection juridique des majeurs**

Les patients peuvent faire l'objet, si leur état de santé l'exige, d'une mesure de protection juridique : sauvegarde de justice (avec ou sans mandat spécial), curatelle (simple ou renforcée) ou tutelle. Cette mesure peut avoir été décidée antérieurement à leur hospitalisation, ou être mise en route pendant leur hospitalisation.

Le juge peut désigner, si l'intérêt de la personne le justifie, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) de l'établissement en qualité de mandataire spécial, de curateur ou de tuteur.

Sauf mention expresse contraire, la mesure de protection juridique portera à la fois sur la protection de la personne et sur la protection des biens.

Pour tous les actes importants, de nature patrimoniale ou personnelle, le consentement du majeur sous tutelle doit être recueilli et respecté à chaque fois que cela est possible. En matière médicale, l'information sera communiquée au majeur sous tutelle et à son tuteur qui consentira à l'acte médical. Toutefois, toute décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle ou à l'intimité de la vie privée devra faire l'objet d'une autorisation du juge des tutelles.

#### **Article 43 : Communication des informations de santé**

Le patient, ou toute personne dûment habilitée par la loi, peut, sous certaines conditions, avoir accès aux informations concernant sa santé contenues dans son dossier, pendant ou à la suite d'une hospitalisation.

La demande doit être écrite et adressée au Directeur, à l'attention de la personne chargée des relations avec les usagers. La demande est obligatoirement accompagnée des pièces justificatives requises, permettant de s'assurer de l'identité et de la qualité du demandeur.

Les délais de réponse s'appliquent, à compter de la date de réception de la demande complète au secrétariat de la Direction des relations avec les usagers.

#### **Article 44 : Informatiques et libertés**

Les données concernant le patient font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 modifiée du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Elles sont transmises au médecin responsable de l'information médicale et aux personnes intervenant sous son autorité dans l'établissement. Elles sont protégées par le secret médical.

Les données relatives au patient donnant lieu à facturation peuvent faire l'objet d'une consultation aléatoire de traçabilité par le commissaire aux comptes dans sa fonction de certificateur des comptes annuels de l'établissement.

Le patient peut exercer son droit d'accès et de rectification aux données le concernant auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, directement ou par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle il a reçu des soins ou du praticien ayant constitué son dossier.

Le patient a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives le concernant.

### **CHAPITRE 3 : SORTIE**

#### **SECTION 1 : MODE DE SORTIE**

La sortie, provisoire ou définitive, d'une personne hospitalisée est décidée par le Directeur sur proposition du médecin référent du patient. A défaut, l'absence du patient est considérée comme irrégulière, et pourra faire l'objet d'un signalement aux autorités compétentes.

Autorisations de sortie de courte durée : « [pour plus d'information, cliquez ICI](#) »

Les personnes hospitalisées peuvent, compte-tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale de 48 heures.

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les patients en soins psychiatriques sans consentement peuvent bénéficier :

- de sorties n'excédant pas 12 heures, accompagnées, par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, et/ou par un membre de la famille du patient, ou par la personne de confiance. Elles sont accordées par le Directeur ou le représentant de l'Etat dans le département après avis favorable du médecin.
- de sorties seules n'excédant pas 48 heures consécutives. Elles sont accordées par le Directeur ou le représentant de l'Etat dans le département après avis favorable du médecin.

Pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, une opposition écrite et motivée aux sorties susmentionnées peut être ordonnée par le représentant de l'Etat dans le département.

Les mineurs ne sont confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes dûment habilitées par ces dernières.

Sortie définitive : « [pour plus d'information, cliquez ICI](#) »

La sortie définitive est décidée en accord avec le médecin.

A l'exception des mineurs et des patients admis en soins psychiatriques sans consentement, les patients peuvent, à leur demande, quitter l'établissement après avis médical. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient 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 GHU. Le médecin en informe immédiatement le directeur du GHU. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

Lorsque l'état du patient nécessite un transfert dans un autre établissement de santé, le transfert est organisé par l'établissement après information du patient.

Levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement :

Les modalités de levée de la mesure de soins sans consentement diffèrent en fonction du mode d'admission en soins psychiatriques sans consentement :

- pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du Directeur de l'établissement, la mesure de soins sans consentement prend notamment fin lorsqu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies. Cette décision est formalisée par le Directeur.
- pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, il peut être mis fin à la mesure de soins après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient et attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies.

## SECTION 2 : DISPOSITIONS GENERALES

### Article 45 : Documents remis au patient : bulletins de sortie

Lors de la sortie, l'établissement remet au patient les bulletins d'hospitalisation et arrêts de travail nécessaires à la caisse de sécurité sociale, à la mutuelle et à l'employeur.

Ces documents ne doivent comporter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative au motif d'hospitalisation et à la nature des troubles.

### Article 46 : Continuité des soins : lettre de liaison et compte-rendu d'hospitalisation

Le jour même de la sortie, une lettre de liaison, rédigée par le médecin ayant participé à la prise en charge du patient, est remise au patient, à son médecin traitant, et le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient.

Elle contient notamment les ordonnances de sortie, les actes prévus et à programmer, les recommandations et les surveillances particulières.

Le membre de l'équipe de soins remettant la lettre de liaison au patient doit s'assurer que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises par le patient.

Un compte-rendu d'hospitalisation peut être envoyé dans les huit jours après la sortie du patient. A la demande du patient, il peut également être adressé au médecin traitant.

## SECTION 3 : DISPOSITIONS RELATIVES A LA FIN DE VIE ET AU DECES

### Article 47 : Dispositions relatives à la fin de vie et au décès « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. L'hôpital met en œuvre tous les moyens à sa disposition pour que ce droit soit respecté.

Lorsque le patient hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle. Il peut être transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir et, si sa situation juridique le permet. Cette décision est prise par le Directeur sur proposition du médecin responsable.

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible par l'équipe de soins et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de l'état de santé du patient ou du décès de celui-ci. Ses proches sont autorisés à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants.

#### Article 48 : Prélèvements d'organe/registre refus :

Toute personne majeure est présumée avoir consenti au don de ses organes et tissus sauf inscription sur le registre national des refus. Ce refus est révoquant à tout moment. Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de la nature et de la finalité du prélèvement qui ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Pour les enfants mineurs, le don ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale y consente par écrit.

#### Article 49 : Directives anticipées

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite faire une déclaration écrite appelée directives anticipées, pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie.

Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses noms, prénoms, date et lieu de naissance. Elles sont révisables et révoquant à tout moment.

Le document aidera les médecins à prendre les décisions, si la personne en fin de vie ne peut plus exprimer ses volontés.

L'équipe médicale devra chercher à savoir si la personne a rédigé des directives anticipées, l'endroit où elles se trouvent et si elles ont été confiées à la personne de confiance.

Les directives s'imposent au médecin sauf dans la phase d'évolution d'une urgence vitale, ou si le texte est inapproprié ou non conforme à la situation médicale.

## **PARTIE III : DISPOSITIONS RELATIVES RELATIONS ENTRE LES USAGERS ET LE PERSONNEL**

### **Article 50 : Droit à l'information du patient et de ses proches**

Les personnels hospitaliers sont tenus de répondre aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles du secret et de la discrétion professionnelle.

#### **Information du patient :**

Les médecins et les personnels paramédicaux de l'établissement donnent aux patients, dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les informations sur leur état de santé, sur les traitements, sur les investigations, sur les actions de prévention et de soins qui leur sont proposés, y compris quant à la forme de prise en charge retenue.

Le patient a droit à une information loyale, claire et appropriée sur les traitements qui lui sont prescrits, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques nouveaux, fréquents ou graves prévisibles ou exceptionnels qu'ils comportent, dès lors qu'ils sont scientifiquement connus ainsi que les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, le patient concerné doit en être informé, sauf en cas d'impossibilité de le retrouver.

L'information a pour objectif de mettre le patient en mesure de faire des choix et de donner un consentement éclairé. L'information doit être délivrée dans le cadre d'un entretien individuel par le professionnel de santé. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. La délivrance de l'information est tracée dans le dossier du patient.

Les informations sont délivrées au patient tout au long de sa prise en charge, et ce à compter de son admission ou dès que son état de santé lui permet de comprendre les informations délivrées. Les décisions du Directeur, les arrêtés préfectoraux et les ordonnances du Juge des libertés et de la détention sont notifiés au patient, qui est également avisé de sa situation juridique, de ses droits, de ses garanties et voies de recours.

Seule la volonté manifeste du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic peut dispenser les professionnels de leur obligation d'informer, sauf si des tiers sont exposés à de risques de contamination.

#### **Information des proches :**

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille ou les proches du patient reçoivent les informations nécessaires au bon déroulement de la prise en charge et du séjour hospitalier.

Si le patient, dûment averti, s'y oppose, ce refus doit être consigné dans son dossier.

### **Article 51 : Le consentement aux soins : principes et limites**

Le consentement du patient aux soins est systématiquement recherché.

Le patient prend avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment. Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article 30, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance prévue à l'article 30, ou à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses noms, prénoms, date et lieu de naissance. Elles sont révisables et révocables à tout moment.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient 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 GHU. Le médecin en informe immédiatement le directeur du GHU. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

#### **Article 52 : Confidentialité**

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant.

Les personnes hospitalisées peuvent demander qu'aucune indication sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé ne soit donnée à un tiers, à l'exception des autorités pour lesquelles cette information est prévue par la loi.

Excepté dans les cas de dérogation légale, le secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance d'un professionnel de santé, de tout membre du personnel de l'hôpital ou organismes et de toute autre personne en relation, par ses activités, avec l'établissement. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

#### **Article 53 : Inventaire et dépôts des objets et valeurs « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »**

Tout échange à caractère marchand ou non marchand d'effets personnels entre patients (achat, revente, échange d'objets) est formellement interdit au sein de l'établissement.

##### **Inventaire :**

A l'arrivée dans l'unité de soins, le personnel soignant procède à l'inventaire écrit et contradictoire des objets et effets personnels en possession du patient et conserve ce document dans le dossier du patient. Toute modification durant le séjour doit être signalée au service et retranscrite sur l'inventaire.

Si le patient n'est pas en mesure de participer à l'inventaire, un proche ou, à défaut, un autre membre de l'équipe de soins contresigne l'inventaire. Ce dernier est porté à la connaissance de la personne hospitalisée dès que son état de santé lui permet d'en prendre connaissance.

Le personnel soignant s'assure que le patient n'est pas détenteur de produits ou d'objets présentant un danger pour lui-même ou l'entourage. Si le patient détient des produits ou objets illicites ou dangereux, la procédure décrite à l'article 58 sera appliquée.

#### Dépôt des objets et des valeurs :

Le dépôt des biens et valeurs n'est pas obligatoire mais il est recommandé. Seuls les biens dont la nature est en rapport avec le séjour peuvent être déposés sauf cas d'urgence ou d'incapacité au consentement. Le patient sera invité à retirer ou à faire retirer les objets non susceptibles d'être déposés dès que son état le permettra.

Lorsque le patient accepte de déposer ses biens et valeurs, le personnel du service de soins lui fait signer un reçu et le conserve dans le dossier patient. En cas de refus de dépôt, le personnel du service de soins lui fait signer une décharge de responsabilité, conservée dans le dossier du patient.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte, du vol ou de la détérioration d'objets qui n'ont pas été au préalable déposés, sauf faute avérée/établie de ce dernier ou des personnes dont il répond.

Aucun agent ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs confiés par des patients. Ils doivent être déposés sans délai auprès du régisseur de l'établissement ou, en dehors des heures d'ouvertures de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage.

Tout objet, document ou valeur, découvert ou trouvé, au sein de l'établissement doit être directement remis au cadre du service ou à l'équipe accueil-sécurité.

#### Article 54 : Dépôts et dons au personnel

Aucune somme d'argent, bien ou cadeau émanant de patients ne doit être accepté par les membres du personnel de l'établissement, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

#### Article 55 : Respect des personnes et des biens

Tant pour les usagers que pour le personnel, une importance toute particulière est apportée :

- au respect des personnes : les agressions tant verbales que physiques ne sont pas tolérées. Toute agression ou harcèlement vis-à-vis du personnel ou d'un autre patient fera l'objet d'un dépôt de plainte auprès des autorités judiciaires.

- au respect des locaux : les patients et le personnel veillent à respecter le bon état des locaux et objets de toute nature qui sont mis à leur disposition par l'établissement. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient et des poursuites.

#### Article 56 : Laïcité

Convictions religieuses et exercice du culte : « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

Les convictions religieuses, réelles ou présumées, ne peuvent faire l'objet d'une attitude discriminatoire tant concernant la prise en charge des patients que le recrutement et le déroulement de carrière du personnel.

Les patients doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte, dans le respect des convictions et de la tranquillité d'autrui et sans porter atteinte au bon fonctionnement du service.

Ils reçoivent, à l'intérieur de l'établissement, sur demande formulée auprès du cadre de santé du service de soins, la visite du ministre du culte de leur choix.

Le personnel de l'établissement exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité. Dans l'exercice de ses fonctions, il est tenu à une obligation de neutralité et, à ce titre, il s'abstient notamment de manifester ses opinions religieuses.

#### Respect de la liberté de conscience et d'opinion :

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

Le personnel traite de façon égale toutes les personnes accueillies dans l'établissement et respecte leur liberté de conscience et de dignité.

Afin de ne pas nuire à la liberté de conscience, il est interdit aux usagers et au personnel de tenter de rallier à sa croyance religieuse des patients ou d'autres membres du personnel. Toute forme de prosélytisme, même non-violente, est sanctionnée.

#### Article 57 : Tabac et cigarette électronique

Il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans tous les bâtiments de l'établissement.

Toutefois, l'usage du tabac et de la cigarette électronique peut être toléré dans le respect des règles d'hygiène, de sécurité et de vie collective, dans les lieux en extérieur de l'établissement (cours, jardins).

#### Article 58 : Médicaments, denrées alimentaires, alcool et substances interdites

##### Médicaments :

Tout médicament dont le patient est détenteur doit être remis à l'équipe infirmière ou au médecin.

La restitution des médicaments aura lieu à la sortie du patient après avis médical.

##### Denrées alimentaires :

Le service de soins doit s'opposer, dans l'intérêt des patients, à la remise de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit et aux règles d'hygiène.

##### Alcool et substances interdites :

L'introduction et la consommation de boissons alcoolisées et de substances illicites est strictement interdite. Leur détention fait l'objet d'un retrait puis d'une destruction, ou d'une remise aux forces de l'ordre le cas échéant. Il en est de même pour les matières et objets dangereux.

Article 59 : Captation d'images et captation sonore

Il est rappelé que les personnels, les patients, les visiteurs et tout autre tiers ont l'interdiction absolue de capter des images et de procéder à des enregistrements sonores sans l'autorisation expresse de la personne concernée ou de son représentant légal. Toute captation et diffusion illégale est susceptible de poursuites.

## PARTIE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

### CHAPITRE 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DE L'USAGER

#### Article 60 : Secret professionnel et médical

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du patient, s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant au sein de l'hôpital dans le cadre de l'exercice de ses missions.

Des professionnels au sein d'une même équipe de soins, exerçant au sein du même établissement, peuvent échanger des informations uniquement dans le cas où ils participent tous à la prise en charge d'un même patient. Les informations échangées doivent :

- être nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins du patient, à la prévention ou à son suivi médico-social et social,
- entrer dans le périmètre des missions des professionnels de santé ou du secteur médico-social ou social.

Le patient doit être informé de cette faculté d'échange d'informations le concernant entre professionnels, membres d'une même équipe de soins.

L'échange d'informations concernant le patient entre professionnels non membres d'une même équipe de soins ne peut être effective qu'après recueil du consentement du patient et à condition que les informations échangées soient strictement nécessaires pour assurer la continuité des soins et une meilleure prise en charge du patient.

Il ne peut être dérogé au secret que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi, et notamment pour les déclarations de naissance, de décès et de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les cas suivants :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligées à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- pour porter à la connaissance du Procureur de la République avec l'accord de la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital et les médecins chefs de service en leur qualité d'autorité constituée doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le Directeur de l'hôpital.

#### Article 61 : Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, organismes d'assurance et démarcheurs.

Les personnels sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent contribuant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

#### Article 62 : 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 patients dans le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

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.

#### Article 63 : Respect des droits civiques

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

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

## **CHAPITRE 2 : PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE**

#### Article 64: Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel de l'établissement d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

#### Article 65 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels de l'établissement 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.

#### Article 66 : Prévention des conflits d'intérêts et des manquements déontologiques

Dans le cadre de la réglementation et à chaque fois que nécessaire, le GHU met en œuvre les procédures permettant de prévenir ou de réprimer le cas échéant, les conflits d'intérêt et manquements déontologiques : déport sur certaines décisions, comité de déontologie, référent-déontologue...

#### Article 67 : Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit au personnel de l'établissement de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

#### Article 68 : Exécution des instructions reçues

Tout agent, 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.

Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

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

#### Article 69 : Information du supérieur hiérarchique

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

#### Article 70 : Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé

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

#### Article 71 : Obligation de signalement d'un événement indésirable

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable, est tenu d'en alerter immédiatement la direction au moyen des supports mis à sa disposition.

#### Article 72 : Témoignage en justice

Tout agent, 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 informer le Directeur et le tenir avisé de l'issue de son audition auprès des autorités de police ou de la justice.

#### Article 73 : Protection fonctionnelle

Tout agent public victime d'atteintes ou d'attaques (violences, injures, menaces, voies de fait, diffamations...) à l'occasion ou en raison de ses fonctions ou dont la responsabilité civile ou pénale est mise en cause dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, a droit au bénéfice de la protection fonctionnelle.

Cette protection n'est pas due en cas de faute personnelle ou de faute détachable des fonctions de l'agent.

La demande de protection fonctionnelle, ainsi que la demande de prise en charge des frais exposés le cas échéant dans le cadre d'une instance civile ou pénale doivent être motivées et adressées par écrit au Directeur de l'établissement.

La décision de protection fonctionnelle indique les faits au titre desquels cette dernière est accordée ainsi que sa durée et précise les modalités et limites de prise en charge des frais exposés, notamment les honoraires d'avocat.

#### Article 74 : Assiduité et ponctualité

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

#### Article 75 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Le port de la tenue professionnelle est obligatoire en milieu hospitalier pour des raisons à la fois d'hygiène et de sécurité.

Les agents ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers.

#### Article 76 : Identification des personnels

Afin de se faire connaître des patients et des usagers, les personnels de l'établissement sont tenus de porter, en évidence et pendant l'exécution de leur service, tout moyen d'identification précisant leur nom et leur qualité.

Ces dispositions s'appliquent également aux intervenants extérieurs.

#### Article 77 : Lutte contre le bruit

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

### **CHAPITRE 3 : EXPRESSION DES PERSONNELS**

#### Article 78: Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'établissement. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le Directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

#### Article 79 : Droit de grève

Le droit de grève est un principe fondamental qui ne peut être limité que si l'ordre ou la sécurité publique sont en cause, la sécurité des malades devant notamment toujours être assurée. L'administration se doit de prendre toutes les mesures nécessaires pour limiter les effets de la grève et maintenir la continuité du service public hospitalier.

Le Directeur a qualité et obligation d'établir un service minimum par l'assignation au travail des agents indispensables au maintien de la continuité du service public hospitalier.

#### Article 80 : Expression individuelle des personnels

Tout agent a le droit, dans le respect des procédures mises en place par l'établissement, de saisir directement l'autorité hiérarchique compétente pour tout sujet relatif à sa situation professionnelle ou personnelle.

## **PARTIE IV : DISPOSITIONS DIVERSES**

### **Article 81 : Publicité du règlement intérieur d'établissement**

Le règlement intérieur de l'établissement est opposable à tous : patients, usagers, visiteurs, professionnels de l'établissement et intervenants extérieurs.

Il est consultable par toute personne intéressée au sein de chaque unité de soins, auprès de la direction générale et de la personne chargée des relations avec les usagers. Il peut être consulté par les usagers sur demande, et sur le site internet de l'établissement. Il est consultable sur intranet avec renvoi aux différentes procédures référencées dans le règlement pour les personnels.

### **Article 82 : Révision du règlement intérieur d'établissement**

Le présent règlement intérieur sera révisé en tant que de besoin selon les modalités ayant présidé à son élaboration.

# ANNEXES

**ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME) ET SON REGLEMENT INTERIEUR**

- **Commission Médicale d'Établissement (CME)**

Elle comporte 105 membres ainsi répartis par collège :

Num	COLLEGES	SOUS COLLEGES	PSY	MCO	TOTAL	Total collège
1a	Collège des chefs de pôle ( <i>membres de droit</i> )	Sous collège CHSA	9	2	11	32
1b		Sous collège EPSMB/GPSPV	18	3	21	
2a	Collège des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles	Sous collège chefs de service CHSA	8	4	12	17
2b		Sous collège chefs de service EPSMB/GPSPV	2		2	
2c		Sous collège responsables UF CHSA	5	2	7	
2d		Sous collège responsables UF EPSMB/GPSPV	10		10	
3a	Collège des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement	Sous collège CHSA	3	4	7	7
3b		Sous collège EPSMB/GPSPV			0	
4a	Collège des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement	Sous collège CHSA	4	2	6	15
4b		Sous collège EPSMB/GPSPV	9		9	
5a	Collège des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement ;	Sous collège CHSA	2	1	3	8
5b		Sous collège EPSMB/GPSPV	5		5	

6a	Collège des représentants des internes (médecine générale, autres spécialités, pharmacie, odontologie)	Sous collège CHSA	2	1	3	
6b		Sous collège EPSMB/GPSPV	3		3	6
7a	Collège des représentants des étudiants hospitaliers (étudiants hospitaliers en médecine, étudiants hospitaliers en pharmacie, étudiants hospitaliers en odontologie)	Sous collège CHSA	2	1	3	
7b		Sous collège EPSMB/GPSPV	3		3	6
	<b>Total</b>				<b>105</b>	

**ANNEXE 2 COMPOSITION DE LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCTION ET MEDICO-TECHNIQUE (CSIRMT) ET SON REGLEMENT INTERIEUR**

- **Composition de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)**

Elle comporte 30 membres titulaires et 30 suppléants répartis en trois collèges :

Collège des cadres de santé	<b>10</b>
Collège des personnels :  - Infirmier - Rééducation - Médico-Techniques	<b>15</b>  11 2 2
Collège des aides-soignantes	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

- **Règlement intérieur de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)** [Document validé par l'instance concernée]

## **1 Objet et domaine d'application**

Ce règlement intérieur a pour objet de définir l'organisation de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) du Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) Paris Psychiatrie & Neurosciences.

## **2 Mots clés**

Commission – Soins Infirmier – Médico-Technique – Rééducation – Règlement intérieur

### **2.1 Définitions**

CSIRMT : **C**ommission de **S**oins **I**nfirmiers, de **R**ééducation et **M**édico-**T**echniques

GHU : **G**roupe **H**ospitalier **U**niversitaire

## **3 Documents de référence**

- Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires) (R 6111-4 – 9° et 5°)
- Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.
- Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret 2010-550 du 19 avril 2010 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Art 189)
- Décret n° 2016-726 du 1<sup>er</sup> juin relatif à la commission des usagers des établissements de santé
- CSP Art L.6113-1 à L. 6113-3
- CSP Art L. 1112-4

## **4 Description de la procédure**

### **4.1 Composition de la CSIRMT**

Cette commission comprend des membres élus avec voix délibérative et des membres avec voix consultative.

#### **4.1.1 Election des membres**

##### **Article 1 – Nombre de membres élus**

Le directeur du GHU a fixé à trente (30) le nombre de membres titulaires élus de la CSIRMT conformément au décret du 30 avril qui limite à 30 le nombre de membres.

Le nombre de sièges de membres suppléants est égal au nombre de membres titulaires.

### **Article 2 – Modalités d'élection des membres**

Les membres titulaires et les membres suppléants de la CSIRMT sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour, parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés ci-dessous (article 3).

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin. Ces électeurs sont éligibles à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

Les listes des éligibles sont constituées suite à un appel à candidature.

La désignation des titulaires et des suppléants se fait dans l'ordre décroissant des voix obtenues.

En cas d'égalité des voix, le doyen d'âge est élu.

### **Article 3 – Répartition par collèges**

La CSIRMT comprend trois collèges :

- le collège des cadres de santé : **10**
- le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : **15**
  - filière des personnels infirmiers : **11**
  - filière des personnels de rééducation : **2**
  - filière des personnels médico-technique : **2**
- le collège des aides-soignants : **5**

### **Article 4 – Modalités du scrutin**

Le directeur de l'établissement fixe la date et les modalités de scrutin, y compris les modalités et les conditions du vote par correspondance.

Un mois avant la date du scrutin, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

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

### **Article 5 – Durée du mandat**

Les fonctions des membres élus de la commission sont de quatre ans renouvelables.

Chaque membre a la possibilité de démissionner après en avoir informé par écrit le président de la CSIRMT.

### **Article 6 – Conditions de suppléance**

Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes (cf. art. 2).

En cas de cessation anticipée d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui devient titulaire en ayant obtenu le plus grand

nombre de voix au sein du même collège, et de la même filière concernant le collègue des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechnique.

En cas d'empêchement, le représentant titulaire avertit le président de la CSIRMT dans les meilleurs délais, si possible 15 jours avant la séance. Il est remplacé par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège et de la même filière concernant le collègue des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechnique.

#### **Article 7 – Renouvellement des membres en cours de mandat**

Lorsqu'un siège de titulaire devient vacant en cours de mandat, il est pourvu pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège et de la même filière concernant le collègue des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechnique.

Lorsqu'au moins sept mois avant le renouvellement général de la commission, le dernier suppléant d'un collège a ainsi été désigné comme membre titulaire, il est immédiatement procédé au remplacement de l'ensemble des suppléants de ce collège par voie d'élections partielles dont les modalités d'organisation ne se différencient de celle d'une élection générale que dans la mesure où leur champ peut être limité à un seul collège de la CSIRMT et où les sièges à pourvoir sont exclusivement des sièges de suppléants.

En revanche, l'établissement est exonéré de toute organisation d'élections partielles, lorsque la dernière vacance de siège de suppléant intervient moins de sept mois avant le **renouvellement** général de la commission. Dans ce cas, et jusqu'à la fin du mandat de celle-ci, les nouvelles vacances de sièges de titulaires ne seront pas remplacées. Le quorum de la commission est alors apprécié par rapport au nombre de membres titulaires en fonction.

#### 4.1.2 Membres siégeant avec voix consultative

##### **Article 8**

- un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement titulaire et un suppléant,
- les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins,
- le directeur des soins, directeur des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et de l'institut de formation des aides-soignants (IFAS),
- le directeur des soins, directeur de l'institut de formation des cadres de santé (IFCS),
- un représentant des étudiants de 3ème année nommé par le Directeur sur proposition du directeur des IFSI,
- un représentant des élèves aides-soignants nommé par le Directeur sur proposition du directeur de l'IFAS.

#### 4.1.3 Présidence

##### **Article 9**

La CSIRMT est présidée par le directeur des soins, Coordonnateur Général des Soins du GHU.

En son absence, un directeur des soins assure cette présidence par délégation.

#### 4.1.4 Autres participants

##### **Article 10**

A l'initiative du président ou d'un tiers des membres de la CSIRMT, des personnes qualifiées peuvent être associées de manière permanente ou temporaire aux travaux de la commission.

Un représentant des étudiants Cadres de Santé siège en qualité de personne invitée permanente. Il est désigné par le président de la CSIRMT sur proposition du Directeur de l'IFCS.

Un cadre socio-éducatif siège en qualité de personne invitée permanente.

#### **4.2 Attributions de la CSIRMT**

##### **Article 11**

La CSIRMT **est consultée** dans les conditions fixées par voie réglementaire sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins,
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins,
- les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- l'élaboration de la politique de développement professionnel continu.

La CSIRMT **est informée** dans les conditions fixées par voie réglementaire sur :

- le règlement intérieur de l'établissement,
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2,
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

#### **4.3 Représentation dans les instances et sous commissions de la CME**

##### **Article 12 – Représentant au directoire**

Le président de la CSIRMT est membre de droit au directoire

##### **Article 13 - Représentant au conseil de surveillance (CS)**

Afin de siéger avec voix délibérative au CS, un membre de la CSIRMT est élu parmi les candidats volontaires au scrutin uninominal secret, à la majorité absolue au premier tour et à la majorité relative au second tour.

En cas d'égalité, le doyen d'âge est désigné.

**Article 14 - Représentant à la commission médicale d'établissement (CME)**

- le président de la CSIRMT est membre consultatif de la CME,
- un représentant de la CSIRMT est désigné en son sein parmi les candidats volontaires pour siéger à la CME en qualité de personne invitée par le Président de la CME.

**Article 15 - Représentants à la Commission des Usagers (CDU)**

Deux représentants de la CSIRMT sont désignés en son sein parmi les candidats volontaires pour siéger à la CDU, soit 1 titulaire et un suppléant.

**Article 16 - Représentant au Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)**

Un membre est désigné parmi les candidats volontaires.

**Article 17 - Représentant au Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)**

Un infirmier (e) et un aide-soignant (e) sont désignés parmi les candidats volontaires.

**Article 18 - Représentant à la sous-commission « Comité du médicament »**

Un membre est désigné parmi les candidats volontaires.

**Article 19 - Représentant à la sous-commission « Qualité des soins »**

Deux membres sont désignés parmi les candidats volontaires.

**Article 20 - Représentant à la sous-commission « Recherche »**

Un membre est désigné parmi les candidats volontaires.

**Article 21**

Tout représentant peut demander, par un courrier au président, à mettre fin à son mandat. Un nouveau représentant est alors désigné selon les mêmes modalités.

Chaque représentant fait part à la CSIRMT des décisions prises dans ces réunions, en respectant le secret des délibérations.

Les membres suppléants qui siègent aux sous-commissions de la CME sont invités à participer aux séances plénières de la CSIRMT. Ils ne prennent pas part au vote sauf s'ils siègent à la séance en remplacement d'un titulaire.

**4.4 Elaboration et suivi du projet de soins et socio-éducatif**

**Article 22**

Le président désigne les membres de la commission des soins en fonction de leur secteur d'activité et de leur expertise aux groupes de travail du projet de soins parmi les titulaires et les suppléants. Un appel à candidature sera fait le cas échéant.

#### **4.5 Fonctionnement de la CSIRMT**

##### 4.5.1 Règlement intérieur

###### **Article 23 - Rédaction et modalités d'approbation**

Le règlement intérieur rédigé par le bureau est soumis pour approbation aux membres de la CSIRMT

###### **Article 24 - Modification du règlement intérieur**

Aucune modification ne pourra être apportée au règlement intérieur sans avis de la CSIRMT

##### 4.5.2 Bureau

###### **Article 25 - Composition du bureau**

Le bureau est constitué de huit membres soit :

- 3 membres du collège des cadres,
- 4 membres du collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- 1 membre du collège des aides-soignants,

###### **Article 26 - Attributions du bureau**

Le rôle du bureau consiste à :

- Proposer des avenants au présent règlement intérieur,
- Examiner les questions diverses et proposer des réponses,
- Préparer les ordres du jour avec le président,
- Participer à l'élaboration du rapport d'activité,
- Initier et accompagner les projets de la CSIRMT.

Il peut être mandaté pour préparer d'autres travaux.

Le bureau peut suggérer la consultation d'experts ou de personnes qualifiées, y compris de fonctions non représentées à la CSIRMT.

###### **Article 27 - Fonctionnement et organisation du bureau**

Le bureau se réunit sur convocation du président trois semaines avant la séance de la CSIRMT.

#### 4.5.3 Réunions

##### **Article 28 – Fréquence des réunions**

La commission se réunit au moins 3 fois par an. Un calendrier annuel est établi et tient compte du calendrier annuel des instances du GHU.

Elle est convoquée par le président de la CSIRMT. Cette convocation est de droit à la demande du Directeur du GHU, ou de la moitié au moins des membres de la CSIRMT.

##### **Article 29 - Séances exceptionnelles**

En fonction des situations, des séances non inscrites sur le calendrier annuel peuvent être organisées à la demande du président de la CSIRMT ou du Directeur du GHU ou de la moitié au moins des membres de la commission.

#### 4.5.4 Ordre du jour

##### **Article 30 - Elaboration**

L'ordre du jour est fixé par le président après réunion des membres du bureau, en fonction :

- des demandes du Directeur du GHU,
- des points inscrits à l'ordre du jour des instances du GHU et qui relèvent des missions de la CSIRMT,
- des demandes des membres de la CSIRMT,
- des missions de la direction des soins.

L'ordre du jour est adressé au Directeur du GHU.

##### **Article 31 - Points inscrits à la demande des membres de la CSIRMT**

Les points de l'ordre du jour proposés par les membres de la CSIRMT doivent être, soit proposés en fin de séance pour la séance suivante, soit parvenir par écrit au président de la CSIRMT trois semaines avant la date prévue de la séance de la CSIRMT. A défaut, elles seront portées à l'ordre du jour de la séance suivante, sauf si elles revêtent un caractère d'urgence. La notion d'urgence est alors appréciée par le président de la CSIRMT.

##### **Article 32 - Questions diverses**

La CSIRMT, en accord avec le président, peut procéder à l'examen des questions diverses ne figurant pas explicitement à l'ordre du jour à la condition que le président en ait été averti au moins quarante-huit heures à l'avance et qu'elles ne donnent pas lieu à un vote.

##### **Article 33 - Envoi de l'ordre du jour et des documents de séance**

L'ordre du jour, le procès-verbal de la séance précédente et les rapports d'accompagnement sont transmis aux membres de la CSIRMT par le président, 10 jours avant la date de la séance sous format dématérialisé. Des dossiers « papier » seront envoyés pour certains membres à titre exceptionnel.

#### **Article 34 - Dossiers accompagnant l'ordre du jour**

Chaque point de l'ordre du jour fait l'objet d'un dossier de présentation.

#### 4.5.5 Séance plénière

#### **Article 35 - Vérification du quorum**

La séance est ouverte par le président après vérification que le quorum est atteint, soit au moins 15 membres.

L'avis de la CSIRMT est valablement émis lorsque la moitié au moins des membres sont présents. Lorsque ce quorum n'est pas atteint après une convocation régulière, une deuxième convocation est faite dans les huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de présents.

#### **Article 36 - Approbation du procès-verbal**

Le président demande en début de chaque séance l'approbation du procès-verbal de la séance précédente.

#### **Article 37 - Présentation des points de l'ordre du jour**

Chaque point est présenté, après introduction du président, par le rapporteur ad hoc.

#### **Article 38 - Prise de parole**

Chaque membre élu ou désigné ou siégeant avec voix consultative peut demander à prendre la parole.

Le président donne la parole aux différents membres dans l'ordre des demandes.

#### **Article 39 - Vote**

Si l'avis de la CSIRMT est requis sur un point, le vote a lieu immédiatement après les débats qui suivent la présentation du point.

Le vote à main levée est le mode de vote ordinaire. En cas de doute ou de contestation, le vote est renouvelé.

Le vote à bulletin secret est utilisé à la demande d'un seul des membres.

Le dépouillement a lieu en séance et le résultat du vote est annoncé à la CSIRMT.

#### **Article 40 - Avis de la CSIRMT**

En fin de séance, les avis émis par la CSIRMT sont transmis au Directeur du GHU.

#### **Article 41 - Secrétariat**

Le secrétariat est assuré par le secrétariat de la Direction des soins du GHU.

#### **4.6 Procès-verbal de la CSIRMT**

#### **Article 42**

Le procès-verbal de la séance est rédigé par le président de la CSIRMT. Dès sa validation par la CSIRMT il est adressé au Directeur du GHU.

### **4.7 Rapport d'activité de la CSIRMT**

#### **Article 43**

Le président rend compte de l'activité de la CSIRMT et transmet au Directeur du GHU un rapport d'activité.

### **4.8 Participation aux séances de la CSIRMT**

#### **4.8.1 Présentéisme**

#### **Article 44 - Participation aux séances plénières**

Chaque membre s'engage à honorer son mandat en participant régulièrement aux séances et à signaler le cas échéant son absence dans les meilleurs délais, si possible 15 jours avant la séance, au président de la CSIRMT.

#### **Article 45 - Activités de la CSIRMT et temps de travail**

Les activités des membres de la CSIRMT (séances plénières, bureau, travaux) sont réalisées sur le temps de travail.

#### **Article 46 - Information des supérieurs hiérarchiques**

Chaque membre se doit d'informer personnellement son supérieur hiérarchique des dates et heures des séances plénières de la CSIRMT dès qu'il en a connaissance (calendrier, réunions exceptionnelles, ...).

### **4.9 Obligation de discrétion et de réserve**

#### **Article 47**

Les membres de la CSIRMT sont soumis à l'obligation de discrétion, de réserve et du secret des délibérations.

Les rapports et documents adressés aux membres, préalablement ou durant les séances sont confidentiels.

Les débats ainsi que les comptes rendus qui en rapportent les termes sont également confidentiels.

Cette obligation de confidentialité s'étend à toute personne susceptible d'assister aux réunions des instances du GHU.

#### **Article 48**

Tous les articles précédents ne sont évidemment pas opposables aux textes législatifs réglementaires.

- **ANNEXE 3 REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES USAGERS** [Document validé par l'instance concernée]

### **Objet et domaine d'application**

La création du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences impose la mise en place d'une nouvelle Commission des Usagers. Outre le respect des dispositions réglementaires, le règlement intérieur veut tenir compte de la taille du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences et met en place des dispositifs permettant à l'instance de ne pas s'éloigner du terrain des services où sont pris en charge les malades.

<b>Personnel concerné</b>	<b>Lieux de diffusion</b>
Membres de la Commission des Usagers	Direction des Affaires Juridiques et des Usagers,
Directeur	Direction des soins
Chargé des relations avec les usagers	Pôles/services
Responsable des affaires juridiques	
Direction de la Qualité	

### **Documents de référence**

Article L. 1112-3 du Code de la Santé Publique,

Articles R. 1112-79 à R. 1112-94 du Code de la Santé Publique sur le fonctionnement, la composition et les missions de la CDU

### **Responsabilités**

Les responsables de service veillent à la mise en œuvre effective des dispositions du présent document, et si besoin à leur actualisation. L'ensemble du personnel concerné doit s'y conformer.

### **Missions**

#### **Missions générales**

La CDU a pour mission de :

contribuer par ses avis et propositions à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des usagers et de leurs proches,

veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches pour exprimer leurs griefs,

veiller à ce que le plaignant soit informé sur les voies de recours et de conciliation dont il dispose.

La CDU a la possibilité de proposer un projet des usagers, après consultation des usagers de l'établissement et élabore un rapport annuel.

Pour assurer ses missions, la CDU est tenue informée :

du programme qualité et gestion des risques,

des réclamations et plaintes adressées par les usagers et leurs proches,

des résultats des évaluations de satisfaction des usagers,  
des demandes de consultation des dossiers médicaux,  
des Evènements Indésirables Graves (EIG) associés aux soins,  
de la nature et issue des recours formulés par les usagers.

**Examen des plaintes et réclamations.**

L'ensemble des plaintes et des réclamations adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées sont tracées et analysées dans le cadre de la démarche qualité. Elles sont tenues à la disposition des membres de la Commission et recensées dans le rapport annuel d'activité de la Commission. Ces documents sont conservés à la Direction des usagers.

Chaque plainte ou réclamation reçoit systématiquement une réponse. Le recours à la médiation est systématiquement recommandé.

**Composition et organisation**

**Composition**

<b>CATEGORIE</b>	<b>PROVENANCE</b>	<b>MODE DE DESIGNATION</b>
<i>Membres :</i> Président	Représentant légal ou son représentant, médiateurs ou représentants des usagers	Election par les membres pour trois ans et renouvelable deux fois
Vice-Président	Représentant légal ou son représentant, médiateurs ou représentant des usagers	Election par les membres pour trois ans et renouvelable deux fois  Le Vice-Président est issu de l'une des deux autres catégories
2 médiateurs et 2 suppléants	Médiateurs médicaux  Médiateurs non médicaux	Directeur après avis de la CME  Directeur parmi les non médecins
2 représentants des Usagers et 2 suppléants	Parmi les personnes proposées par les associations d'usagers	Par le Directeur Général de l'ARS sauf s'ils sont en tant que membres du Conseil de Surveillance

Président de CME ou son représentant	Membres de la CME	Désignation par le Président de la CME
1 représentant de la CSIRMT et son suppléant	Membres de la CSIRMT	Désignation par le Président de la CSIRMT
1 représentant du CTE et son suppléant	Membres du CTE	Choisis par le CTE
1 représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant	Représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées siégeant au Conseil de Surveillance	Choisi par et parmi des représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

### **Organisation**

Deux représentants des usagers délégués sont chargés, l'un pour le Nord et l'autre pour le Sud de Paris, d'examiner et traiter les plaintes et réclamations qui relèvent d'un site particulier.

Ils rendent compte de leur mission aux représentants des usagers et à la CDU.

Les représentants des usagers délégués peuvent suppléer les représentants des usagers empêchés pour participer à une médiation avec l'accord du patient.

Le nombre maximum de représentants des usagers délégués est fixé à quatre personnes. Pour garder une approche locale de certaines réclamations, il est prévu trois médiateurs médicaux en suppléance : un pour NeuroSainte-Anne, un pour le Nord et un pour le Sud.

De même, est organisée une suppléance pour les médiateurs non médicaux, en incluant un travailleur social. Ces nominations feront l'objet d'un arrêté particulier.

Toutes ces personnes sont invitées permanentes à la CDU, sans droit de vote ou de suite.

### **Fonctionnement.**

La Commission se réunit sur convocation de la Présidente au moins une fois par trimestre.

La Commission peut se réunir aussi souvent que nécessaire à la demande de la moitié des membres ayant voix délibérative ou à la demande de sa présidente.

L'ordre du jour arrêté par la président(e) est communiqué aux membres de la Commission au moins huit jours avant la réunion.

La Commission peut entendre toute personne compétente sur les questions de l'ordre du jour.

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

Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte est remplacé par son suppléant à sa demande.

**Information aux usagers – publicité.**

Le livret d'accueil remis aux patients informe de l'existence de la Commission, sa composition et précise les modalités de saisine.

Un affichage sur la composition de la CDU est prévu dans l'établissement, au niveau des services de soins intra et extra hospitaliers ainsi que dans les services administratifs.

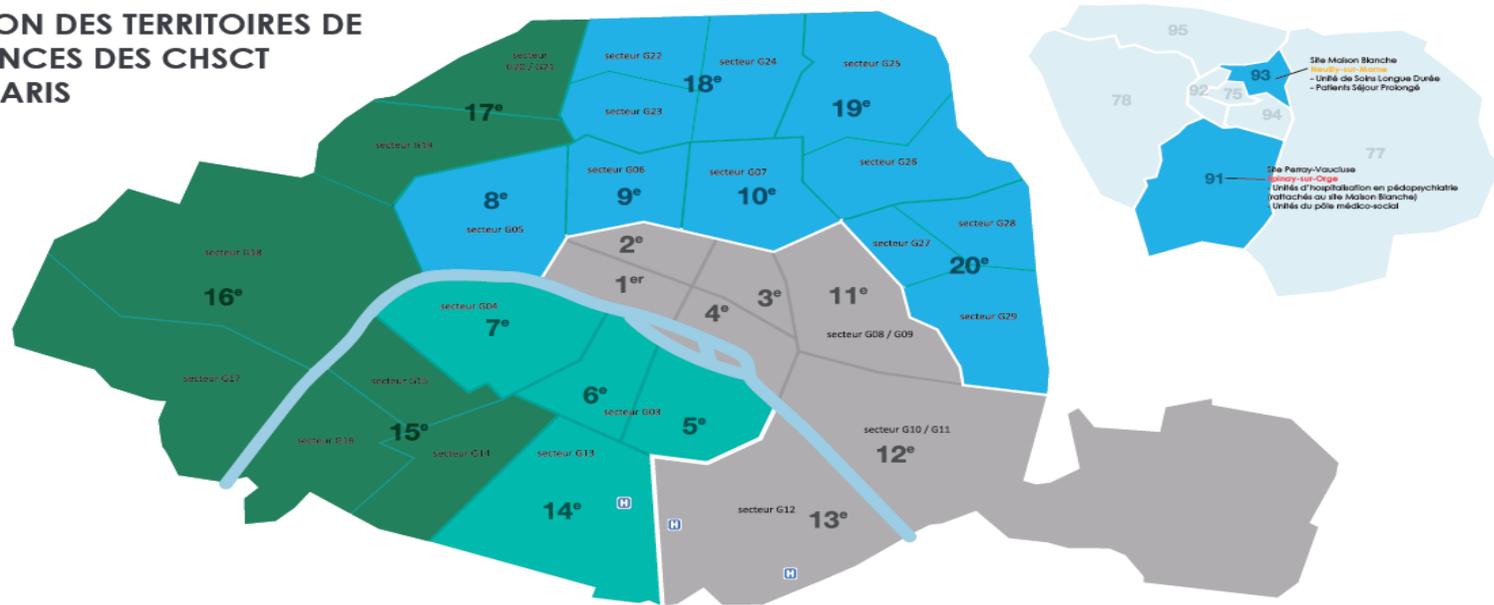
Pour faciliter la prise de contact des usagers avec leurs représentants, les coordonnées des représentants des usagers sont diffusées par affichage et dans le livret d'accueil.

**Enregistrements / Archivage**

La présente procédure est conservée à la Direction qualité. Elle est également disponible sur Intranet : Espace qualité : Management de l'établissement et des secteurs d'activités (MEA) > Instances.

## ANNEXE 4 : ORGANISATION DES COMITES D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

### RÉPARTITION DES TERRITOIRES DE COMPÉTENCES DES CHSCT DU GHU PARIS



#### CHSCT 1 Cf secteurs colorisés 1903 personnes physiques

Contacts :  
Président du CHSCT : Laurence Sombrun  
Secrétaire du CHSCT : XXXXX

- + les activités médico-sociales
- + Pôle psychiatrie, dépendance et réhabilitation
- + Le pôle précarité
- + Pharmacie centrale MB
- + cf secteurs sectorisés

#### CHSCT 2 Cf secteurs colorisés 1705 personnes physiques

Contacts :  
Président du CHSCT : Christian Mauppin  
Secrétaire du CHSCT : XXXXX

- + inter-secteur infanto juvéniles du 1<sup>6</sup><sup>ème</sup> (I08)
- + inter-secteur infanto juvéniles du 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> (I03)
- + inter-secteur infanto juvéniles du 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup> (I09)
- + cf secteurs sectorisés
- + Direction des achats et de la logistique (DAL)
- + Direction de l'Ingénierie, des Travaux, de la Maintenance et du Patrimoine (DITMP)
- + Direction des Finances, de la facturation, du contrôle de gestion et des plateaux techniques
- + Département de L'information Médicale

#### CHSCT 3 Cf secteurs colorisés 1951 personnes physiques

Contacts :  
Président du CHSCT : Jacques Pontis  
Secrétaire du CHSCT : XXXXX

- + inter-secteur infanto juvéniles du 14<sup>ème</sup> (I06)
- + cf secteurs sectorisés
- + Pôle Neuro Sainte-Anne
- + Pôle médico technique
- + CPOA
- + Les services administratifs et techniques hors DAL, DAF et DITMP
- + Institut Paris Brune
- + CMME

#### CHSCT DE COORDINATION

Président du CHSCT : Elsa Boubert  
Secrétaire du CHSCT : XXXXX

## ANNEXE 5 : CHARTE EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE



### CHARTRE EN FAVEUR DE LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

#### **Le GHU Paris psychiatrie & neurosciences s'engage en faveur de la promotion de la bientraitance**

\* \* \* \* \*

La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et collectives au sein d'un établissement et de chacun de ses services. Elle vise à promouvoir le bien être de l'utilisateur, tout en gardant à l'esprit le risque de maltraitance.

Ces risques de maltraitance ne sont pas nécessairement des gestes intentionnels mais peuvent être générés par la prise en charge, aussi rigoureux soit elle.

L'établissement s'engage donc dans le respect de la charte du patient hospitalité et des textes législatifs et réglementaires, à mesurer, maîtriser et corriger les risques en mettant en œuvre une culture commune de la bientraitance. Une démarche pérenne sera ainsi structurée pour garantir les droits du patient et le respect de leur dignité et de leur intimité. Elle émanera des professionnels et sera partagée avec les représentants des usagers.

Cette démarche sera guidée par les écrits du Contrôleur général des lieux privatifs de liberté figurant dans le dossier presse du rapport annuel 2016, et notamment :

Seule la considération des soins à prodiguer aux patients ou des mesures de sécurité qu'imposent le comportement individuel, peuvent justifier des restrictions de liberté qui ne sauraient résulter ni de mesures d'organisation, ni de contraintes pratiques, ni de mesures de sécurité générales, systématiques et impersonnelles.

Une démarche de réflexion doit être suscitée au sein de chaque établissement sur les moyens d'élargir la liberté d'aller et de venir des patients et d'alléger les contraintes qui leur sont imposées dans leur vie quotidienne (usage du téléphone portable, liens familiaux, sorties, accès à internet...) afin de maintenir que les restrictions justifiées par des nécessités de soins ou de sécurité liées à l'état de santé d'un patient.

*(Rédigé par le groupe de travail de l'inter-commission des usagers « politique de limitation des mesures restrictives de liberté et de renforcement du respect de la dignité des personnes prises en charge » à destination des patients hospitalisés par voie d'affichage dans les services)*

GHU Paris psychiatrie & neurosciences, 1 rue Cabanis, 75014 [www.ghu-paris.fr](http://www.ghu-paris.fr)