

# Règlement Intérieur

Mise à jour : DECEMBRE 2024

Adresse postale :  
Centre Hospitalier Départemental de la Candélie  
47916 Agen cedex 9

## **PREAMBULE**

Le Centre Hospitalier départemental de la Candélie est un établissement public de santé mentale soumis aux dispositions du code de la santé publique.

Il est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Lot-et-Garonne, structure constituée par convention entre les établissements publics de santé du territoire de Lot-et-Garonne afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités dans l'objectif d'optimiser la réponse aux besoins de santé de la population du département.

Le présent règlement intérieur a été élaboré afin de répondre aux dispositions de l'article 1112-2 du code de la santé publique. Il constitue un document d'information et de référence. Ses dispositions s'imposent à tous, il peut être consulté par toute personne intéressée et est applicable dans toutes les structures gérées par l'établissement.

### **Validation par les instances de l'établissement :**

- **En Conseil de Surveillance, le 17 octobre 2024**
- **En Commission des Usagers (CDU), le 22 octobre 2024**
- **En Directoire, le 12 décembre 2024**

## SOMMAIRE

<b>CHAPITRE 1 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE LA CANDELIE .....</b>	<b>5</b>
<b>SECTION 1 : INSTANCES DECISIONNELLES .....</b>	<b>6</b>
ARTICLE 1 : CONSEIL DE SURVEILLANCE.....	6
ARTICLE 2 : DIRECTEUR.....	6
ARTICLE 3 : DIRECTOIRE.....	6
<b>SECTION 2 : INSTANCES CONSULTATIVES.....</b>	<b>6</b>
ARTICLE 4 : COMMISSION MEDICALE D'ÉTABLISSEMENT.....	6
ARTICLE 5 : COMITE SOCIAL D'ÉTABLISSEMENT .....	7
ARTICLE 6 : COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES .....	7
ARTICLE 7 : COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES .....	7
<b>SECTION 3 : RELATIONS AVEC LES USAGERS .....</b>	<b>8</b>
ARTICLE 8 : COMMISSION DES USAGERS.....	8
ARTICLE 9 : RECOURS AUX MEDIATEURS.....	9
ARTICLE 10 : REPRESENTANTS DES USAGERS.....	9
ARTICLE 11 : LIVRET D'ACCUEIL .....	9
<b>SECTION 4 : ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES .....</b>	<b>9</b>
ARTICLE 12 : POLES D'ACTIVITE .....	9
 <b>CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A LA SECURITE, QUALITE &amp; GESTION DES RISQUES .....</b>	 <b>10</b>
<b>SECTION 1 : REGLES DE SECURITE ET HYGIENE.....</b>	<b>11</b>
ARTICLE 13 : NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE .....	11
ARTICLE 14 : ACCES ET HORAIRES DE VISITES.....	11
ARTICLE 15 : VISITES ET RECOMMANDATIONS.....	12
ARTICLE 16 : ARMES OU OBJETS DANGEREUX POUR LA SECURITE.....	12
ARTICLE 17 : CONDUITES A RISQUES.....	13
ARTICLE 18 : CALME ET TRANQUILLITE AU SEIN DE L'HOPITAL .....	13
ARTICLE 19 : PREVENTION ET SECURITE .....	13
ARTICLE 20 : MATERIELS DE SECURITE ET VIDEO SURVEILLANCE.....	13
ARTICLE 21 : REGLES DE RESPONSABILITE .....	13
ARTICLE 22 : RAPPORTS AVEC LES FORCES DE L'ORDRE .....	14
ARTICLE 23 : CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES.....	14
ARTICLE 24 : PROTECTION DES PERSONNES .....	14
ARTICLE 25 : SECURITE ANTI-INCENDIE .....	14
ARTICLE 26 : EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE .....	14
<b>SECTION 2 : LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE.....</b>	<b>15</b>
ARTICLE 27 : VOIRIE HOSPITALIERE.....	15
ARTICLE 28 : REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT.....	15
<b>SECTION 3 : LE SYSTEME D'INFORMATION .....</b>	<b>15</b>

ARTICLE 29 : REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES .....	15
ARTICLE 30 : CHARTE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION .....	16
<b>SECTION 4 : LA DEMARCHE QUALITE.....</b>	<b>16</b>
ARTICLE 31 : DEMARCHE QUALITE ET LA CERTIFICATION.....	16
<b>SECTION 5 : NEUTRALITE ET LAICITE.....</b>	<b>16</b>
ARTICLE 32 : LA NEUTRALITE ET LA LAÏCITE .....	16
<b>CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS.....</b>	<b>17</b>
<b>SECTION 1 : ADMISSION.....</b>	<b>18</b>
ARTICLE 33 : LES SOINS PSYCHIATRIQUES LIBRES.....	18
ARTICLE 34 : LES SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PERIL IMMINENT .....	18
ARTICLE 35 : SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION D'UN REPRESENTANT DE L'ÉTAT .....	19
ARTICLE 36 : CONTROLE MEDICAL DES SOINS SANS CONSENTEMENT .....	19
ARTICLE 37 : CONTROLE JUDICIAIRE DES SOINS SANS CONSENTEMENT .....	20
ARTICLE 38 : MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION .....	21
ARTICLE 39 : DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT .....	21
ARTICLE 40 : ADMISSION DES PATIENTS MINEURS.....	22
<b>SECTION 2 : CONDITIONS DE SEJOUR.....</b>	<b>22</b>
ARTICLE 41 : REGLES GENERALES .....	22
ARTICLE 42 : PRINCIPES DU PAIEMENT .....	22
ARTICLE 43 : TARIFS DES PRESTATIONS .....	23
ARTICLE 44 : FORFAIT JOURNALIER.....	23
ARTICLE 45 : CHAMBRE INDIVIDUELLE .....	23
ARTICLE 46 : PRESTATIONS FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS .....	23
ARTICLE 47 : PRESTATAIRES DE SERVICES ET EFFETS PERSONNELS .....	23
ARTICLE 48 : OPERATIONS POSTALES.....	23
ARTICLE 49 : TELEPHONE .....	23
ARTICLE 50 : INVENTAIRE ET DEPOT .....	24
<b>SECTION 3 : DROITS DES PERSONNES HOSPITALISEES .....</b>	<b>24</b>
ARTICLE 51 : RESPECT DE LA VOLONTE DE LA PERSONNE .....	24
ARTICLE 52 : REFUS DE SOINS .....	24
ARTICLE 53 : CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION ET ANONYMAT .....	25
ARTICLE 54 : SOULAGEMENT DE LA DOULEUR .....	25
ARTICLE 55 : DOSSIER PATIENT.....	25
ARTICLE 56 : INFORMATION DU PATIENT SUR SON ETAT DE SANTE .....	25
ARTICLE 57 : SAUVEGARDE DE LA SANTE D'UN MINEUR/DISPENSE DE CONSENTEMENT .....	26
ARTICLE 58 : RESPECT DE LA PERSONNE ET DE SON INTIMITE .....	26
ARTICLE 59 : DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE .....	26
ARTICLE 60 : PLAINTES, RECLAMATIONS, ELOGES, OBSERVATIONS OU PROPOSITIONS.....	26
ARTICLE 61 : COMMUNICATION DES INFORMATIONS DE SANTE.....	26
ARTICLE 62 : LIBERTE DE CULTE ET MANIFESTATION DE CONVICTIONS RELIGIEUSES .....	27
ARTICLE 63 : LIBERTE D'ALLER ET VENIR .....	27
ARTICLE 64 : DROITS CIVIQUES.....	27
<b>SECTION 4 : AUTORISATIONS D'ABSENCE ET SORTIES DES PERSONNES HOSPITALISEES.....</b>	<b>27</b>
ARTICLE 65 : AUTORISATIONS DE SORTIES TEMPORAIRES .....	27

ARTICLE 66 : MODALITES DE SORTIE.....	27
ARTICLE 67 : MODALITES DE SORTIE D'UN MINEUR.....	28
ARTICLE 68 : SORTIES « A L'INSU » DE L'ETABLISSEMENT.....	28
ARTICLE 69 : PROGRAMME DE SOINS SANS CONSENTEMENT.....	28
ARTICLE 71 : QUESTIONNAIRE DE SORTIE.....	29

## CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS .....30

<b>SECTION 1 : ORGANISATION DE LA CONTINUITE .....</b>	<b>31</b>
ARTICLE 72 : PERMANENCES DES SOINS MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES .....	31
ARTICLE 73 : ASTREINTES NON MEDICALES .....	33
ARTICLE 74 : PRESENCE MEDICALE QUOTIDIENNE .....	33
<b>SECTION 2 : PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE.....</b>	<b>33</b>
ARTICLE 76 : SECRET PROFESSIONNEL ET DISCRETION PROFESSIONNELLE .....	33
ARTICLE 77 : PRESENCE A L'HOPITAL .....	34
ARTICLE 78 : CONSERVATION EN BON ETAT DES LOCAUX, MATERIELS ET EFFETS, COMPORTEMENT ECO-RESPONSABLE .....	34
ARTICLE 79 : IDENTIFICATION DU PERSONNEL .....	34
ARTICLE 80 : TENUE VESTIMENTAIRE DE TRAVAIL.....	34
ARTICLE 81 : SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL.....	34
ARTICLE 82 : LUTTE CONTRE LE BRUIT.....	35
ARTICLE 83 : INTERDICTION DES REUNIONS PUBLIQUES DANS L'ETABLISSEMENT.....	35
ARTICLE 84 : EFFETS ET BIENS PERSONNELS / RESPONSABILITE .....	35
ARTICLE 85 : SOMME D'ARGENT, VALEURS ET OBJETS.....	35
<b>SECTION 3 : EXPRESSION DES PERSONNELS.....</b>	<b>35</b>
ARTICLE 86 : DROIT SYNDICAL.....	35
ARTICLE 87 : DROIT DE GREVE.....	35

## ANNEXE RELATIVE AU REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT .....36

## GUIDE DE LA LAICITE .....46

**CHAPITRE 1 : ORGANISATION**  
**ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU**  
**CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL**  
**DE LA CANDELIE**

## **SECTION 1 : INSTANCES DECISIONNELLES**

### **Article 1 : Conseil de Surveillance**

Le Centre Hospitalier de "La Candélie" est un établissement départemental. Le Conseil de Surveillance élit son Président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées pour une durée de 5 ans.

La composition nominative du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier Départemental "La Candélie" est définie par un arrêté de composition nominative du Directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Ses attributions et ses modalités de fonctionnement sont déterminées par le Code de la Santé Publique articles R 6143-1 à R 6143-16.

### **Article 2 : Directeur**

Le Directeur du centre hospitalier départemental de la Candélie est nommé par arrêté du Centre National de Gestion.

Ses attributions sont déterminées par le Code de la Santé Publique articles D 6143-33 à D 6143-35.

### **Article 3 : Directoire**

La composition du Directoire est arrêtée par une décision du Directeur du centre hospitalier départemental de la Candélie.

Ses attributions sont définies dans le Code de la Santé Publique articles D 6143-35-1 à D 6143-35-1.

Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

## **SECTION 2 : INSTANCES CONSULTATIVES**

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

La CME, Commission Médicale d'Établissement, est une instance consultative qui représente les personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques de l'établissement public hospitalier.

Sa composition est arrêtée par une décision du directeur du centre hospitalier départemental de la Candélie

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences, conformément aux articles L 6144-2, R 6144-3, R 6144-3-2 et R 6144-6 du Code de la Santé Publique.

La composition de la commission médicale d'établissement est définie comme suit :

- collège n°1 : l'ensemble des Chefs de Pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement
- collège n°2 : 9 représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement (soit 7 PH psychiatres + 2 PH non psychiatres)
- collège n°3 : 4 représentants élus des praticiens hospitaliers contractuels, assistants, et praticiens attachés exerçant au moins 3 vacations dans la semaine
- collège n°4 : des représentants des internes comprenant 1 représentant des internes en psychiatrie et 1 représentant des internes en médecine générale

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix. Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence de membre suppléant dans la catégorie ou la discipline concernée, une élection partielle est organisée pour pourvoir le siège vacant.

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. Toutefois, cette disposition peut faire exception, si l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Participent aux séances de la CME avec voix consultative :

- le Président du Directoire ou son représentant

*Conformément à la réglementation en vigueur, le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix*

- le Président de la CSIRMT

- le praticien référent de l'information médicale

- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement

- un représentant du comité technique d'établissement élu en son sein

- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

### **Article 5 : Comité Social d'Établissement**

Issu de la loi de transformation de la fonction publique et du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021, le Comité Social d'Établissement (CSE) est la nouvelle instance de représentation du personnel dans la fonction publique hospitalière. Il fusionne en une seule instance le Comité Technique d'Établissement (CTE) et le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail).

La formation spécialisée en matière de santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT) instituée au sein du CSE a pour mission de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, la sécurité des agents au travail, la protection de la santé physique et la protection de la santé mentale.

Le règlement intérieur du CSE (dont la F3SCT) figure en annexe.

### **Article 6 : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

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.

Ses attributions sont définies par le Code de la Santé Publique articles R6146-10 à R 6146-16

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les représentants élus constituent trois collèges :

1° Collège des cadres de santé ;

2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

3° Collège des aides-soignants.

La durée du mandat des membres est de 4 ans.

### **Article 7 : Commissions Administratives Paritaires Locales**

7 commissions administratives paritaires locales sont compétentes à l'égard des fonctionnaires appartenant au corps des 3 catégories (A, B et C) selon le découpage suivant :

#### **Les 7 commissions**

#### **Commission administrative paritaire N° 2**

*Personnels de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux*

#### **Commission administrative paritaire N° 4**

*Personnels de catégorie B des services techniques*

#### **Commission administrative paritaire N° 5**

*Personnels de catégorie B des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux*

#### **Commission administrative paritaire N° 6**

*Personnels de catégorie B administratifs et assistants médico-administratifs*



**Commission administrative paritaire N° 7**

*Personnels de la filière ouvrière et technique de catégorie C,*

**Commission administrative paritaire N° 8**

*Personnels de catégorie C des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux*

**Commission administrative paritaire N° 9**

*Personnels administratifs de catégorie C*

La composition

Les commissions administratives paritaires locales comprennent en nombre égal, d'une part, des représentants de l'administration désignés par le conseil de surveillance, d'autre part, des représentants du personnel élus.

Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Les listes des candidats représentant les personnels sont présentées par les organisations syndicales représentatives dans l'établissement. Pour chaque commission administrative paritaire, le nombre des représentants du personnel est déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent.

Les représentants de l'administration sont désignés, pour la moitié des sièges à pourvoir, parmi les membres du conseil de surveillance dont le président, membre de droit et, pour le reste des sièges à pourvoir, parmi les agents titulaires de catégorie A de l'établissement.

Le rôle

Les commissions administratives paritaires locales sont compétentes sur toutes les questions concernant la carrière des fonctionnaires.

Le fonctionnement

Les membres des commissions administratives paritaires locales sont désignés pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé.

Les commissions administratives paritaires locales sont présidées par le président du conseil de surveillance ou en cas d'empêchement par un des représentants de l'administration.

Le secrétariat des commissions administratives paritaires est assuré par le directeur des ressources humaines. Un secrétaire adjoint choisi parmi les représentants du personnel ayant voix délibérative est désigné, lors de chaque séance et pour la seule durée de la séance, par les représentants du personnel de chaque commission.

Le secrétaire établit un procès-verbal de chaque séance, signé par le président, le secrétaire et le secrétaire adjoint et transmis dans un délai d'un mois aux membres de la commission.

Les commissions administratives paritaires se réunissent sur convocation de leur président :

- Soit à son initiative ;
- Soit à la demande du directeur de l'établissement ;
- Soit à la demande écrite du tiers de leurs membres titulaires ;
- Soit à la demande écrite du tiers des membres de l'assemblée délibérante.

Les commissions administratives paritaires se réunissent au moins 2 fois par an.

L'ordre du jour est fixé par le président au vu des propositions du directeur de l'établissement.

Les commissions paritaires émettent leur avis à la majorité des suffrages exprimés. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Les séances des commissions administratives paritaires ne sont pas publiques.

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

## **SECTION 3 : RELATIONS AVEC LES USAGERS**

### **Article 8 : Commission des usagers**

Une Commission des usagers (CDU) est installée dans l'établissement pour représenter les patients et leur famille.

La CDU dispose des compétences suivantes :

- Participer à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers
- Être associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME)
- Se saisir de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informée des suites données
- Être informée des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier
- Recueillir les observations des associations de bénévoles dans l'établissement
- Proposer un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles

La CDU est également informée de l'ensemble des réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données.

### **Article 9 : Recours aux médiateurs**

Les patients peuvent saisir un médiateur : médical et non médical.

Le médiateur non médical et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement. Il est compétent pour examiner les réclamations qui ne portent ni sur l'organisation des soins, ni sur les aspects médicaux.

Le médiateur médical est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. Le médecin médiateur est désigné pour recevoir les malades et leurs familles et examiner avec eux les difficultés d'ordre médical qu'ils rencontrent.

### **Article 10 : Représentants des usagers**

Certaines structures, associations et réseaux de santé peuvent apporter une aide spécifique aux usagers et à leurs familles notamment l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques).

Les informations les concernant sont diffusées par le livret d'accueil, la Maison des Usagers et le site Internet de l'établissement.

### **Article 11 : Livret d'accueil**

Dès son arrivée dans l'établissement ou, dès que son état le permet, chaque personne reçoit un livret d'accueil. Ce livret contient toutes les informations qui lui seront utiles sur les conditions de sa prise en charge, ses droits ainsi que sur l'organisation de l'établissement.

## **SECTION 4 : ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES**

### **Article 12 : Pôles d'activité**

L'établissement est organisé en pôles d'activité clinique créés sur décision du Directeur après concertation avec le Directoire, sur avis du Président de CME.

Sur décision du Directeur, les pôles d'activité peuvent comporter des services correspondant à des structures internes, elles-mêmes composées d'unité(s) fonctionnelle(s).

Les chefs de pôle sont nommés par le Directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le Président de CME, pour une période de 4 ans renouvelables. Ils pilotent le pôle.

Les responsables de service sont nommés par le Directeur après concertation entre le Président de CME et le chef de pôle pour une période de 4 ans renouvelables. Ils coordonnent le fonctionnement médical et soignant du service dont ils sont responsables.

**CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS**  
**GENERALES RELATIVES A LA SECURITE,**  
**QUALITE & GESTION DES RISQUES**

## **SECTION 1 : REGLES DE SECURITE ET HYGIENE**

### **Article 13 : Nature et opposabilité des règles de sécurité**

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité de fonctionnement) visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques accidentels ou intentionnels. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur édicte ces règles par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

En tant que responsable du bon fonctionnement de l'hôpital, il veille au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter les accidents et à pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, humaines ou à des facteurs naturels.

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 des personnes habilitées.

### **Article 14 : Accès et horaires de visites**

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.

Au CHD La Candélie, les visites auprès des patients de l'établissement peuvent s'effectuer **entre 14 heures 30 et 19 heures 00 tous les jours, après avoir décliné son identité et déclaré le nom du patient à rencontrer.**

En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être accordées, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres de santé) avec l'accord du **médecin responsable**.

Le droit de visite peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état de santé des personnes hospitalisées ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police ;
- pour les détenus.

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

Les visiteurs d'un patient sont invités à signaler aux professionnels de l'établissement la remise de denrées ou objets à la personne visitée.

Le cadre ou l'infirmier est appelé à procéder à un contrôle des produits introduits par les visiteurs dans l'unité. A cet effet, il est habilité à demander au visiteur de déclarer tout objet destiné à la personne visitée ainsi qu'à solliciter l'ouverture des sacs et autres objets similaires pour une vérification visuelle.

En cas de constat d'objets ou produits illicites, le visiteur doit remettre son sac ou les objets au personnel avant d'aller à la rencontre du patient, ils seront restitués à la fin de la visite.

Pour des raisons de sécurité, du bon ordre, de la tranquillité et de la salubrité de l'établissement, et afin de garantir la sécurité des personnes hospitalisées, des personnels et des visiteurs, l'établissement pourra signaler aux autorités compétentes, toute intrusion d'objet dangereux (Cf. article concernant les armes ou objets dangereux pour la sécurité).

L'accès à l'hôpital de toute autre personne est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que toutes les personnes dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée soient signalées, invitées à quitter les lieux et, au besoin, reconduites à la sortie de l'hôpital.

La direction peut faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne sur la base des motifs suivants :

- Une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement ;
- Une menace ou un risque pour la santé des patients, pour celle des autres patients ou pour celle des personnes qui y travaillent ; cette menace est appréciée par le médecin responsable de la prise en charge et les professionnels de santé.

Cette interdiction est motivée et limitée dans le temps. Elle est notifiée par écrit au visiteur et le cas échéant au patient qui devait être visité.

### **Article 15 : Visites et recommandations**

La personne hospitalisée peut recevoir des visites dans l'unité sous réserve de respecter l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées.

L'autorisation d'accès à la chambre du patient (parents, amis, ministre des cultes, visiteurs, bénévoles ou autres) est subordonnée à l'accord du médecin dans le cadre du projet de soins individualisé.

Dans ce cas, le visiteur doit être accompagné par un membre de l'équipe soignante.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des personnes hospitalisées ni gêner le fonctionnement des services et sont assujettis à l'ensemble des articles de ce règlement intérieur, notamment celui concernant l'accès et les horaires de visite.

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

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients pendant l'exécution des soins.

Ils ne doivent, notamment, pas introduire dans l'établissement :

- Les boissons alcoolisées,
- Les médicaments (sauf accord du médecin),
- Les denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit,
- Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles,
- Tout objet non compatible avec l'état de santé de la personne visitée (lame de rasoir, ceinture, arme, ...)
- Les substances psychoactives, tout genre de stupéfiants, ...

Dans l'intérêt du patient, ne sont pas admises les denrées ou les boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire. Par mesure d'hygiène alimentaire, les denrées périssables nécessitant des conditions de conservation spécifiques (par exemple réfrigérées) ne sont pas autorisées.

Une liste des objets personnels, des denrées et de tous autres objets prohibés au sein des unités fait l'objet d'un affichage.

Les patients qui le souhaitent peuvent recevoir les visiteurs bénévoles autorisés par la direction ; le cas échéant, le médecin responsable peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

### **Article 16 : Armes ou objets dangereux pour la sécurité**

Il est interdit d'introduire dans l'établissement des produits et objets dangereux ou prohibés par la loi (tels que armes, explosifs, produits incendiaires).

Lorsqu'un patient se trouve en possession d'une arme quelle que soit sa catégorie, susceptible d'être jugée dangereuse pour la sécurité publique, le Directeur, dans le cadre de ses pouvoirs de Police dans l'établissement, confisque l'arme par tout moyen.

En cas de suspicion avérée, le directeur peut faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation et vestiaires du personnel.

### **Article 17 : Conduites à risques**

Tabac : il est demandé aux patients et à leurs proches de respecter la législation relative au tabac et au vapotage, applicable aux lieux publics et notamment de ne pas fumer dans les unités de soins, et d'une manière générale dans l'hôpital (lieux de travail fermés et couverts à usage collectif). Cette interdiction est également applicable aux chambres des personnes hospitalisées. Des aménagements spécifiques en extérieur sont proposés.

L'introduction et la consommation de produits alcooliques (quel que soit le degré d'alcool) ne sont pas autorisées au sein de l'établissement.

Tous les autres psychotropes (substances chimiques agissant sur le psychisme) licites et illicites (notamment Cannabis, CBD, Cannabidiol, ...) non prescrits sont interdits dans l'établissement.

Lors de la découverte ou la remise spontanée par le patient, de produits illicites, ceux-ci lui sont retirés pour une remise aux autorités compétentes sans révélation de l'identité du patient qui est informé de cette démarche.

Néanmoins, le Directeur signale, selon son appréciation, au Procureur de la République les situations pour lesquelles le patient est considéré responsable de ses actes et cause une atteinte manifeste à l'ordre intérieur de l'établissement. Il en sera de même des troubles causés par tout visiteur portant atteinte à la sécurité, la salubrité et la tranquillité intérieures.

### **Article 18 : Calme et tranquillité au sein de l'hôpital**

Les professionnels de l'établissement mettront un terme à tout trouble au sein de l'établissement provoqué par un accompagnant ou un visiteur. Un appel à l'équipe de sécurité pourra être envisagé le cas échéant. Il peut également lui être enjoint de quitter l'établissement et si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital.

En cas d'évènements graves, l'appel aux Forces de l'Ordre sera décidé.

### **Article 19 : Prévention et sécurité**

Une équipe de sécurité concourt à assurer la sécurité générale dans l'hôpital. Elle exerce ses fonctions sous l'autorité du directeur.

### **Article 20 : Matériels de sécurité et vidéo surveillance**

L'établissement dispose d'un dispositif de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéosurveillance respectent les dispositions de la loi du 21 janvier 1995 et celles des décrets pris pour son application.

### **Article 21 : Règles de responsabilité**

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des évènements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

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.

La gestion des situations de crimes et délits est décrite dans la gestion documentaire Norméa.

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 22 : Rapports avec les forces de l'ordre**

Seul le directeur de l'hôpital ou son représentant a la responsabilité d'organiser les relations avec les forces de l'ordre.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander une intervention des forces de l'ordre au sein de l'hôpital, ces dernières appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête judiciaire, le directeur de l'hôpital ou son représentant doit être systématiquement informé des situations dans lesquelles cette enquête intervient.

Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirés de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte de la personne hospitalisée et d'une manière générale, des droits du citoyen.

### **Article 23 : Circonstances exceptionnelles**

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour les questions relevant de sa compétence.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement des plans d'urgence, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

### **Article 24 : Protection des personnes**

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des personnes hospitalisées et des personnes fréquentant l'hôpital.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des secteurs d'activité et instances concernés.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers et les tiers de celles qu'ils ont à connaître dans leur intérêt.

### **Article 25 : Sécurité anti-incendie**

L'hôpital est assujéti aux règles de sécurité anti-incendie applicables à tous les établissements ouverts au public et dispose d'une équipe de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nd</sup> intervention.

Les consignes de sécurité incendie sont affichées dans chaque unité.

Il est strictement interdit de fumer ou de « vapoter » dans l'ensemble des locaux clos et couverts ainsi que dans les véhicules de l'établissement.

Une signalisation apparente accompagnée d'un message de prévention rappelle cette interdiction totale de fumer. Le non-respect de cette interdiction expose son auteur aux sanctions prévues à l'article R. 3512-1 du code de la santé publique.

### **Article 26 : Equipe Opérationnelle d'Hygiène**



L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène est chargée de la mise en œuvre du programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales.

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène assiste la commission médicale d'établissement dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales et dans l'élaboration des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces mesures.

Les membres de cette équipe reçoivent une formation adaptée à l'exercice de leur mission. Ils ont accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, qui leur sont nécessaires.

Un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales est établi par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

## **SECTION 2 : LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE**

### **Article 27 : Voirie hospitalière**

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public du centre hospitalier départemental de La Candélie.

A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel, des usagers du service public hospitalier, des visiteurs et des personnes autorisées.

Les facilités de circulation et de stationnement consenties aux automobilistes, ne constituent pas un droit. Sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient engager la responsabilité de celui-ci, notamment en cas de vol ou dommages.

Tout contrevenant s'expose à se voir retirer l'autorisation d'accès.

### **Article 28 : Règles de circulation et de stationnement**

En application du code de la route, le directeur règlemente 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 de tous les patients et l'accès aux services, sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire et réserver des lieux de stationnement.

Pour les agents disposant d'un accès motorisé dans l'enceinte de l'hôpital, celui-ci est autorisé sous conditions définies par la direction. Les personnels doivent utiliser le portillon d'accès principal qui constitue l'unique voie autorisée pour pénétrer dans l'établissement (texte déplacé au sein de l'article 28).

Afin d'assurer la tranquillité et la sécurité des publics fragiles et vulnérables accueillis et pris en charge, la vitesse de circulation dans l'établissement est limitée à 20 km/heure.

## **SECTION 3 : LE SYSTEME D'INFORMATION**

### **Article 29 : Règlement général sur la protection des données**

La Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) désigne le texte de référence européen qui impose des règles pour le traitement et la conservation des données à caractère personnel des individus.

Un délégué à la protection des données (DPO) est désigné par la direction ; il est associé à toutes les questions relatives à la protection des données à caractère personnel. Ses principales missions sont les suivantes :

- Informer et conseiller le responsable du traitement ainsi que les salariés qui procèdent au traitement sur leurs obligations en matière de traitement des données.
- Contrôler le respect du RGPD et de la loi informatique et libertés en matière de protection des données à caractère personnel ;



- Dispenser des conseils, sur demande, en ce qui concerne l'analyse d'impact relative à la protection des données et vérifie l'exécution de celle-ci ;
- Coopérer avec la CNIL ;
- Faire office de point de contact pour la CNIL sur les questions relatives au traitement, etc.

Les personnes peuvent saisir le DPO pour toute question relative au traitement de leurs données et à l'exercice de leurs droits à l'adresse électronique dédiée : dpo@ch-candelie.fr

### **Article 30 : Charte d'accès et d'usage du système d'information**

Le fonctionnement du système d'information doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la commission nationale de l'informatique et des libertés.

L'ensemble des personnels et intervenants de l'établissement est soumis à l'application de la charte d'accès et d'usage du système d'information.

## **SECTION 4 : LA DEMARCHE QUALITE**

### **Article 31 : Démarche qualité et la certification**

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité. Elle s'inscrit dans un double courant qui prône d'une part : une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs (experts visiteurs) et, d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

C'est une procédure d'évaluation menée par la Haute Autorité de Santé (HAS) instance consultative à caractère scientifique et indépendante. Elle concerne tous les établissements de santé, publics et privés. Son objectif principal est d'évaluer leur démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Un plan d'actions qualité (PAQ) qui alimente le compte qualité est suivi et mis en œuvre.

## **SECTION 5 : NEUTRALITE ET LAICITE**

### **Article 32 : La neutralité et la laïcité**

Toute personne est tenue au sein du CHD La Candélie au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Le principe de liberté de conscience, ainsi que celui de la laïcité et de neutralité des services publics s'appliquent au CHD La Candélie.

Les usagers accueillis ont droit au respect de leurs croyances et peuvent se livrer à l'exercice de leurs cultes, sous réserve de contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et de sa neutralité. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du CHD La Candélie, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par des patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

Un guide accessible sur le site du CHD La Candélie se propose d'apporter des points de repères, il rappelle les règles applicables, contribue à élaborer des bonnes pratiques ainsi qu'à sensibiliser l'ensemble des professionnels et des usagers aux questions les plus fréquentes relatives à la laïcité et à la neutralité à l'hôpital proposant ainsi un éclairage juridique et des conseils pratiques.

**CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS**  
**RELATIVES AUX PATIENTS**

## SECTION 1 : ADMISSION

L'admission en soins psychiatrique se décline selon :

- une hospitalisation librement consentie : il s'agit du mode de prise en charge principal ;
- une hospitalisation sans consentement :
  - soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou cas de péril imminent ;
  - soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

### Article 33 : Les soins psychiatriques libres

Dans le cadre des soins psychiatriques libres le patient est consentant aux soins, ce qui reste le mode principal de prise en charge.

### Article 34 : Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Articles L 3212-1 à 3212-9 Code de la Santé Publique et R. 3212-1 Code de la Santé Publique

Une personne peut être admise en soins psychiatriques sous cette forme seulement si ses troubles rendent impossibles son consentement et que son état rend indispensable des soins immédiats assortis d'une surveillance en hospitalisation complète ou sous la forme d'un programme de soins.

#### ➤ Admission sur demande d'un tiers (SDT) ou sur demande d'un tiers en cas d'urgence (SDTU)

La demande d'admission doit être présentée par un membre de la famille ou par toute personne en mesure de justifier l'existence de relations antérieures à la demande, lui donnant légitimité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels exerçant au sein du CHD La Candélie.

La demande d'un tiers (SDT) doit être manuscrite, datée et signée par la personne qui la formule et qui mentionne son lien relationnel ou de parenté avec le patient. Elle doit comporter les nom, prénom, date et lieu de naissance et domicile tant de la personne qui demande les soins que celle du futur patient.

Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par un curateur ou un tuteur, ce dernier devra fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous curatelle ou sous tutelle.

Cette demande d'admission doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours et rédigés par deux médecins différents inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins (non obligatoirement psychiatres).

Le 1<sup>er</sup> certificat médical est établi par un médecin n'exerçant pas au CHD La Candélie qui constatera l'état mental de la personne nécessitant des soins, indiquera les particularités de sa maladie et la nécessité de l'admission en soins psychiatriques sans son consentement.

Le 2<sup>nd</sup> certificat peut être établi par un médecin qui est rattaché au CHD La Candélie.

Les deux médecins ne peuvent toutefois pas être parents ou alliés, au 4<sup>ème</sup> degré inclus, ni entre eux, ni du directeur, ni du patient.

L'admission psychiatrique en cas d'urgence sur demande d'un tiers (SDTU) se pratique lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade. Le Directeur ou son représentant peut alors prononcer exceptionnellement, à la demande du tiers, une admission en soins psychiatriques au vu d'un seul certificat émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les deux certificats médicaux des 24 et 72 h sont établis par deux psychiatres distincts.

Pour toute hospitalisation sur demande d'un tiers, le Directeur ou son représentant informe le tiers, le tuteur ou curateur, à l'origine de la demande de toute modification de prise en charge, ou de fugue si tel venait à se présenter.

Le Directeur ou son représentant informe le patient de son statut, de ses droits, et voies de recours.

#### ➤ Admission dans le cadre d'un péril imminent (SPI)

La demande de soins en cas de péril imminent (SPI) ne requiert pas de demande de tiers. Le péril imminent fait référence à la notion d'immédiateté du danger pour la santé de la personne ou pour sa vie en cas de refus de soins.

Dans ce cadre, l'admission est prononcée par le Directeur ou son représentant au regard d'un seul certificat médical établi par un médecin extérieur au CHD La Candélie. La famille du patient sera informée dans les 24 heures, sauf impossibilité liée à des recherches infructueuses.

Dans ce cas, les certificats médicaux des 24 h et des 72 h seront établis par deux psychiatres différents.

### **Article 35 : Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat**

Articles L.3213-1 à L.3213-11 et R.3213-1 à R.3213-3 du Code de la Santé Publique

Cette modalité d'admission permet, sur arrêté provisoire du Maire ou du Préfet, qu'une personne, malgré son opposition, soit admise en soins psychiatriques si ses troubles mentaux nécessitent des soins **ET** compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Sur arrêté, le Préfet prononce l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat au vu d'un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas au CHD La Candélie.

En cas de danger imminent ou d'urgence, le Maire, au vu d'un certificat médical établi par un médecin extérieur au CHD La Candélie, peut prendre les mesures provisoires nécessaires, à charge pour lui d'en informer dans les 24 heures le Préfet.

Ce dernier signe, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques.

Faute de décision préfectorale sous 48 heures après la mesure provisoire du Maire, la mesure devient caduque.

Après accueil du patient, le Directeur transmet les certificats médicaux et toutes pièces relatives au suivi au représentant de l'Etat dans le département, et/ou à l'ARS.

#### **➤ SITUATION DES DETENUS**

Articles L 3214-1 à L.3214-5 Code de Santé Publique

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins psychiatriques immédiats assortis d'une surveillance constante en hospitalisation psychiatrique, en raison de troubles mentaux constituant un danger pour lui-même ou pour autrui, le Préfet prend la décision d'une hospitalisation psychiatrique sur la base d'un certificat médical circonstancié émanant d'un médecin extérieur au CHD La Candélie.

Le CHD La Candélie est en capacité d'accueillir des détenus issus de la Maison d'Arrêt d'Agen et de la Centrale d'Eysses (Villeneuve-sur-Lot) ou de tout détenu issu de la même circonscription judiciaire sous réserve de la réception d'un arrêté du Préfet de Lot-et-Garonne décidant d'une hospitalisation psychiatrique.

### **Article 36 : Contrôle médical des soins sans consentement**

Toute personne en soins psychiatriques sans consentement est évaluée à deux reprises dans les 72 heures qui suivent son admission en hospitalisation complète.

Ainsi, dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique et psychiatrique du patient et établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation complète sans consentement, au regard des conditions d'admission définies aux articles L.3212-1 ou L.3213-1.

Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux selon lesquels l'admission a été prononcée.

Si le médecin atteste d'un état mental permettant la levée de la mesure, le patient est informé de la levée de cette mesure (pour les SDRE, dès la réception de l'arrêté préfectoral mettant fin à la mesure) et peut décider de quitter l'établissement, ou d'y rester hospitalisé en mode libre.

Si le certificat médical confirme la nécessité de maintenir l'hospitalisation complète sans consentement, un nouveau certificat médical devra aussi être établi les 72 heures suivant l'admission, dans les mêmes conditions que celles prévues pour le certificat de 24 heures.

Si les conclusions de ce nouveau certificat des 72 heures venaient solliciter la levée de la mesure, le patient en sera informé (pour les SDRE, information dès réception de l'arrêté de levée de la mesure). Il pourra alors décider de quitter l'établissement ou d'y rester hospitalisé en mode libre.

Si les deux certificats médicaux (24 h et 72 h) venaient à confirmer la nécessité de prolonger les soins sans consentement le Directeur prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois sous la forme de prise en charge proposée par le psychiatre (et confirmée par la Préfecture pour les mesures SDRE).

Lorsque la mesure de soins sans consentement est maintenue, elle fait donc l'objet de la rédaction de certificats médicaux réguliers : à 24 heures, à 72 heures, puis tous les mois. Pour les personnes relevant d'une mesure d'hospitalisation complète SDRE, un arrêté préfectoral est pris tous les mois, puis à 3 mois, puis à 6 mois.

Le psychiatre peut demander levée d'une mesure à tout moment.

Le 6<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, le psychiatre établit un avis motivé se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète afin d'éclairer le Juge des Libertés et de la Détention.

### **Article 37 : Contrôle judiciaire des soins sans consentement**

Articles L3211-12-1 à 3211-12-5/ R. 3211-7 à R.3211-26 Code de Santé Publique

Une hospitalisation sans consentement ne peut se poursuivre au-delà de 12 jours sans une intervention de droit du Juge des libertés et de la Détention.

Ce contrôle est renouvelé tous les 6 mois à compter de la décision, si l'hospitalisation se poursuit.

Une salle d'audience est ainsi aménagée au sein du CHD La Candélie.

Un avis médical psychiatrique est à transmettre en amont de l'audience.

A l'audience, le patient est entendu et peut être assisté de l'avocat de son choix, ou d'un avocat commis d'office. Si des motifs médicaux font obstacle à sa présence lors de l'audience, son avocat peut le représenter.

Pour les patients hospitalisés sur demande d'un tiers, le tiers peut demander à être entendu.

Le juge des Libertés et de la Détention s'assure du respect de la procédure.

Sa décision est fondée sur l'avis motivé d'un psychiatre ou le cas échéant d'un avis collégial (associant psychiatre traitant, psychiatre de l'établissement et un membre de l'équipe pluridisciplinaire) lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves.

Il peut également solliciter une ou plusieurs expertise(s) médicale(s) complémentaire(s), communicable(s) au Juge des Libertés et de la Détention dans un délai de 14 jours à compter de l'ordonnance de désignation du ou des experts.

Le Juge des libertés et de la détention décide du maintien de la mesure sans consentement en hospitalisation complète, ou en ordonne la levée ou ordonne un programme de soins.

Toutefois, lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves, le Juge ne peut décider de la mainlevée de la mesure sans avoir recueilli deux expertises psychiatriques.

L'ordonnance du Juge des Libertés et de la détention peut faire l'objet d'un recours devant le Premier président de la Cour d'Appel ou son délégué. Si le Juge ne statue pas dans les délais requis, la mainlevée sera acquise sauf circonstances exceptionnelles. L'appel n'est toutefois pas suspensif.

#### **Levée automatique de la mesure :**

La mesure de soins psychiatriques sans consentement prend automatiquement fin dans les cas suivants :

- A défaut de production d'un des certificats obligatoires requis par la Loi
- En cas de saisine tardive du Juge des libertés et de la détention, à moins que des circonstances exceptionnelles ne soient justifiées de l'origine de la saisine tardive
- En l'absence de décision du juge des libertés et de la détention ou du 1<sup>er</sup> président de la Cour d'Appel dans des délais fixés par la Loi

## Article 38 : Mesures d'isolement et de contention

### **Le contexte, la durée et la surveillance des mesures d'isolement**

L'isolement est indiqué uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. Il a pour but de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour la personne elle-même ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après l'évaluation de l'état de santé.

L'isolement ne peut concerner que des personnes en hospitalisation complète et en soins sans consentement. Il est mis en œuvre en dernier recours et pour une durée limitée ; il fait l'objet d'une prescription médicale et d'une surveillance confiée par l'établissement à des professionnels de santé qui en font mention dans votre dossier médical.

### **Le recours très exceptionnel à la contention**

**La contention** fait l'objet d'une réflexion « bénéfices-risques » menée au regard des risques inhérents à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave. Elle est **pratiquée de manière très exceptionnelle au CHD « La Candélie »** dans le cadre d'une mesure d'isolement, en respectant les mêmes conditions requises de mise en œuvre, de prescription et de surveillance pour une durée strictement nécessaire.

### **Le contrôle des mesures par le JLD**

En cas de renouvellement d'une mesure au-delà des durées totales cumulées de 48 heures d'isolement ou bien 24 heures de contention, le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) est informé, il est ensuite saisi à compter de 72 heures cumulées pour l'isolement et de 48 heures cumulées pour la contention.

La personne et son entourage peuvent saisir le JLD aux fins d'une demande de levée de votre mesure d'isolement et/ou de contention.

## Article 39 : Droits des patients hospitalisés sans consentement

Articles L.3211-3, L3211-12/R.3211-8 à R.3211-26 Code de Santé Publique

Le patient a le droit d'exercer un recours auprès du Juge des libertés et de la détention aux fins d'obtenir une mainlevée de la sa mesure de soins sans consentement.

Le Directeur ou son représentant doit également informer le patient de son statut, de ses droits, et voies de recours. Le patient doit aussi être informé de chacun des projets de décision visant le maintien de ses soins sans consentement afin qu'il puisse émettre des observations.

La décision d'admission sans consentement prononcée par le Directeur du CHD La Candélie ou par le Préfet (SDRE) est notifiée au patient dans les 24 heures suivant son admission.

Le patient dispose du droit de communiquer avec :

- le Préfet
- Le Président du tribunal de Grande Instance (TGI) d'AGEN
- Le juge des libertés et de la détention
- Le maire de sa commune ou son représentant
- Le Procureur de la République du TGI d'AGEN

Il disposera également des droits suivants, sans aucune interception de courriers ou appels téléphoniques :

- Il pourra saisir librement la Commission des Relations avec les usagers
- Il pourra saisir librement le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté pour porter à sa connaissance des faits ou situations dont il a la compétence
- Il pourra saisir un médecin ou un avocat de son choix pour un conseil
- Il pourra émettre ou recevoir des courriers
- Il peut consulter le règlement intérieur du CHD La Candélie et recevoir toute explication qui s'y rapporte
- Il peut exercer son droit de vote
- Il peut se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix

## **Article 40 : Admission des patients mineurs**

Un mineur est admis sur décision du Directeur, hors mesure sans consentement, sur avis d'un médecin de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère, ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire obligatoire), munie d'un certificat médical du médecin traitant ou d'un médecin relevant d'un service d'urgence, attestant de la nécessité d'une hospitalisation en soins psychiatriques.

L'identité du patient, de l'accompagnant et du régime d'exercice d'autorité parentale doivent être vérifiés à l'admission.

Le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents qui a l'autorité parentale, à moins qu'il ait connaissance de l'opposition de l'autre parent ayant aussi autorité parentale. La demande d'admission est par conséquent recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale.

L'autorisation des deux parents est requise dans le cas d'actes non usuels considérés comme lourds : actes dont les effets pourraient engager le devenir du patient et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires, ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels que anesthésies, ...)

Hors cas d'urgence, il ne peut être procédé à aucune admission si un refus ou une impossibilité de recueillir le consentement d'un des deux parents se présentait.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant de l'ASE, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur a été confié à une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, si la personne exerçant l'autorité parentale n'a pu être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'ASE.

Une demande d'hospitalisation et une autorisation d'opérer sont renseignées et signées par la personne habilitée selon les cas ci-dessus. Pour toute décision judiciaire, une copie de l'ordonnance du Juge est à transmettre obligatoirement au Bureau des Admissions.

## **SECTION 2 : CONDITIONS DE SEJOUR**

### **Article 41 : Règles générales**

La vie hospitalière requiert de la personne hospitalisée le respect d'une certaine discipline dans son propre intérêt et dans l'intérêt des autres patients.

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

Ils doivent également être respectueux et courtois à l'écart des professionnels de l'établissement.

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur peut prendre, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie du patient.

Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements au sein de l'hôpital.

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

### **Article 42 : Principes du paiement**

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



### **Article 43 : Tarifs des prestations**

Les tarifs des prestations représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Ils sont fixés chaque année pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre et peuvent être révisés en cours d'année.

Les différents tarifs appliqués dans l'établissement sont portés à la connaissance des personnes hospitalisées par affichage dans les unités d'hospitalisation.

### **Article 44 : Forfait journalier**

Le forfait journalier est fixé par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour.

Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations ; il est facturable en sus.

Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour.

### **Article 45 : Chambre individuelle**

Un supplément pour chambre individuelle est facturé. Le patient en est informé, par le bureau des entrées, une fois l'accord de prise en charge intégrale de sa mutuelle reçue par l'établissement.

### **Article 46 : Prestations fournies aux accompagnants**

Les frais de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les personnes hospitalisées sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année.

L'accompagnant doit se mettre en contact avec l'unité de soins. Celle-ci gèrera la demande.

### **Article 47 : Prestataires de services et effets personnels**

Les prestations de service proposées aux patients sont mentionnées dans le livret d'accueil.

Les patients doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital du linge personnel identifié à leur nom et un nécessaire de toilette (Cf. détails dans le livret d'accueil).

### **Article 48 : Opérations postales**

Chaque patient est libre de communiquer par écrit et de se faire adresser du courrier directement en cours d'hospitalisation.

Le courrier est distribué dans les services et remis personnellement aux intéressés. Pour envoyer leur courrier, les patients devront le déposer au sein de leur service.

### **Article 49 : Téléphone**

Le contrat de soins, qui figure obligatoirement dans le Dossier Patient, définit la possibilité de restreindre l'utilisation du téléphone portable pour les personnes hospitalisées au sein de l'établissement (décision à prendre de façon pluridisciplinaire et inscrite au projet individualisé du patient).

Le téléphone reste sous la responsabilité du propriétaire qui en dispose.

Tout individu dispose d'un droit exclusif sur son image et de l'utilisation qui en est faite, par conséquent, l'utilisation d'un téléphone, ou de tout type d'appareil (tablette, ordinateur portable) pour réaliser notamment des photos, des vidéos ou des enregistrements audio est rigoureusement interdit et expose le contrevenant à des sanctions.

En aucun cas, l'usage de récepteur radio ou de télévision ou tout autre appareil sonore ne doit gêner le voisinage.



### **Article 50 : Inventaire et dépôt**

Un inventaire des biens appartenant au patient est établi à l'admission et à la sortie de l'unité d'hospitalisation.

Le dépôt des biens et valeurs n'est pas obligatoire mais il est recommandé.

Seuls les éléments déposés sont placés sous la responsabilité de l'établissement. Les biens personnels y compris ceux notés sur l'inventaire restent sur la responsabilité du patient.

Il est conseillé de ne conserver que les objets de faible valeur strictement utiles à l'hospitalisation.

Lors de l'admission, le patient peut déposer ses objets précieux, espèces ou valeurs (cartes de crédits, chèquiers...).

Le dépôt feint permet de placer sous la responsabilité de l'établissement des objets ou des biens susceptibles d'être déposés mais que le patient décide de conserver auprès de lui.

## **SECTION 3 : DROITS DES PERSONNES HOSPITALISEES**

### **Article 51 : Respect de la volonté de la personne**

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Hormis pour les patients en soins sans consentement, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 du code de la santé publique ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

### **Article 52 : Refus de soins**

Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne.

Une personne hospitalisée capable a le droit de refuser des soins, y compris des soins vitaux.

Le refus de soins doit être éclairé, cela signifie qu'une information suffisante est faite au patient par le médecin sur les conséquences liées au refus et l'évolution de son état de santé.

Il appartient au médecin de s'assurer que le refus du patient est donné avec discernement.

Lorsque le représentant légal d'un patient mineur ou majeur sous tutelle s'oppose à un acte et que ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du patient vulnérable, le médecin de l'établissement fera prévaloir l'assistance à personne en danger pour délivrer les soins indispensables.

Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ou traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille, ou à défaut un de ses proches.

### **Article 53 : Confidentialité de l'hospitalisation et anonymat**

Une personne hospitalisée peut refuser toute visite et demander que son hospitalisation revête un caractère confidentiel. Cette possibilité entraînera :

- La non divulgation de toute information à des tiers (hormis les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie autorisés),
- La non communication de sa présence dans l'établissement (sauf dans le cadre d'une réquisition judiciaire)
- La non communication des coordonnées relatives à sa localisation dans une chambre de l'établissement aux personnes qui viendraient lui rendre visite sans son accord.

Toutefois, cette disposition ne fait pas obstacle à l'obligation, pour le directeur, de signaler aux autorités militaires l'admission en urgence de militaires, conformément à la réglementation.

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement de santé, afin d'y être traités, peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

### **Article 54 : Soulagement de la douleur**

Toute personne a droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) a pour mission d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur.

### **Article 55 : Dossier patient**

Un dossier personnel est constitué pour chaque patient hospitalisé conformément aux dispositions prévues à l'article R. 1112-2 du code de la santé publique.

Les dossiers sont conservés conformément à la réglementation. Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la sécurité et la confidentialité des dossiers conservés par l'hôpital.

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenu par des professionnels et établissements de santé. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication selon des modalités de consultations précisées par le livret d'accueil.

### **Article 56 : Information du patient sur son état de santé**

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention, qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peut l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique.

### **Article 57 : Sauvegarde de la santé d'un mineur/dispense de consentement**

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

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

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi N° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

### **Article 58 : Respect de la personne et de son intimité**

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient doit être préservé à tout moment de son séjour hospitalier. Les personnels et les visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans les chambres des patients et n'y pénétrer, dans la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par les intéressés.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits. Il peut être dérogé à cette règle lorsque le tutoiement s'avère opportun dans la relation de soins.

L'hôpital prend toutes les mesures qui assurent la tranquillité des personnes hospitalisées et réduisent au mieux les nuisances liées au bruit, à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

### **Article 59 : Désignation d'une personne de confiance**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Les personnes sous tutelle peuvent désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Cette décision est faite par écrit et co-signée par la personne désignée.

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

### **Article 60 : Plaintes, réclamations, éloges, observations ou propositions**

De plus, le patient a la possibilité d'exprimer une plainte, une réclamation, des observations ou propositions à formuler, en s'adressant à la direction de l'établissement selon des modalités précisées par le livret d'accueil et le site Internet.

Dans tous les cas, la Commission des Relations avec les Usagers en aura connaissance et en assurera le suivi.

### **Article 61 : Communication des informations de santé**

A la fin de chaque séjour hospitalier, la communication des informations de santé est faite via le courrier de fin d'hospitalisation rédigé par le médecin responsable du patient, transmis au médecin traitant dans les délais réglementaires.

Ce document comporte les informations utiles et essentielles du séjour pour assurer la continuité des soins au patient en dehors de l'hôpital.

### Article 62 : Liberté de culte et manifestation de convictions religieuses

La personne hospitalisée dispose de toute liberté, au sein de l'hôpital, pour participer à l'exercice du culte de son choix et dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion dans le respect du présent règlement, sans perturber l'organisation des soins (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, rites et cérémonies funéraires, liberté d'expression, ...).

Cette liberté s'exerce toutefois dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'hôpital, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel.

L'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte :

- à la qualité des soins et aux règles d'hygiène ;
- à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches ;
- au fonctionnement régulier du service.

Toutes les indications utiles sur les différents cultes et le nom de leurs représentants sont affichés dans les unités d'hospitalisation.

### Article 63 : Liberté d'aller et venir

Sauf avis médical contraire, les patients disposent de la liberté d'aller et venir au sein de l'hôpital sous réserve d'en informer le personnel soignant.

Si une restriction de liberté de circulation est envisagée dans l'intérêt du patient, celle-ci fait l'objet d'une réflexion en équipe et d'une prescription écrite réévaluée à périodicité définie dans le cadre du projet individualisé du patient, et d'une information au patient et à son entourage.

### Article 64 : Droits civiques

En application des dispositions du code électoral, l'établissement met en œuvre les mesures permettant aux patients hospitalisés (y compris les majeurs sous mesure de protection) d'exercer leur droit de vote.

## SECTION 4 : AUTORISATIONS D'ABSENCE ET SORTIES DES PERSONNES HOSPITALISEES

### Article 65 : Autorisations de sorties temporaires

Selon l'article L 3211-11-1 du Code de Santé Publique, pour des sorties thérapeutiques ou lorsque des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, le patient hospitalisé sans son consentement peut bénéficier, sous réserve de son état de santé et de l'accord du médecin responsable, d'une autorisation de sortie de courte durée n'excédant pas 12 heures. Le patient sera accompagné durant toute la durée de sa sortie par un membre du personnel, un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'il a désignée lors de son admission.

Si son état de santé le permet, sur prescription médicale, le patient en hospitalisation sans consentement pourra bénéficier de sortie non accompagnée d'une durée maximale de 48 heures.

Pour les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat, la sortie ne pourra avoir lieu que si le Préfet n'a pas fourni d'opposition dans les 12 heures qui précèdent la date de sortie. L'ARS ou la Préfecture peuvent également apporter des préconisations ou exigences sur les conditions de cette sortie.

### Article 66 : Modalités de sortie

La décision de sortie dépend de l'état de santé du patient et s'établit selon des règles différentes en fonction du mode d'hospitalisation. La date de sortie est fixée par le médecin du service.

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable du patient pour les personnes en hospitalisation libre, en hospitalisation sur demande d'un tiers, ou en hospitalisation dans le cadre d'un péril imminent.

Sur demande d'un membre de la famille, du représentant légal ou d'un proche, une mesure de soins peut être levée pour les hospitalisations sur demande d'un tiers (SDT). Toutefois, le Directeur n'est pas tenu d'y donner suite si un avis médical datant de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

Aucune sortie de patients en soins sur décision du représentant de l'Etat ne peut être autorisée sans que le Préfet ne prononce la mainlevée de cette mesure ou autorise la transformation de l'hospitalisation complète en programme de soins (après avis médical, voire second avis médical sollicité par la Préfecture avant d'apporter une décision).

La fin des mesures de soins sans consentement est automatique en cas de non production des certificats médicaux légaux imposés par ces mesures.

**ATTENTION** : la levée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement n'implique pas obligatoirement la sortie du patient ; l'hospitalisation peut se poursuivre en soins psychiatriques libres si le patient s'y montre favorable.

De même, une mainlevée de mesure SDRE peut être transformée en hospitalisation sur demande d'un tiers (SDT) ou pour péril imminent (SPI) si l'état de santé du patient le justifie.

#### **Article 67 : Modalités de sortie d'un mineur**

La sortie d'un enfant mineur doit être annoncée en préalable à la personne ayant l'autorité parentale si l'enfant ne fait pas l'objet d'une mesure de placement. Si l'enfant fait l'objet d'une mesure de placement, l'accueillant est informée de la prochaine sortie pour permettre son organisation. Sa sortie ne sera actée que sur présentation et en possession d'une ordonnance de placement.

La sortie d'un mineur hospitalisé librement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de placement peut être effectuée par ses parents ou toute personne investie de l'autorité parentale ou, sur présentation de pièces justificatives (pièce d'identité, autorisation des parents), autorisée par ces derniers. La photocopie de ces documents sera conservée dans le dossier de l'enfant.

#### **Article 68 : Sorties « à l'insu » de l'établissement**

Lorsque le patient quitte l'établissement sans prévenir et qu'il se trouve en hospitalisation libre, il est alors sortant d'office et les modalités de sortie sont consignées dans son dossier médical. Toutefois, si le médecin en charge du patient juge cette sortie de soins comme possiblement dangereuse pour le patient, il peut alors décider de solliciter une mesure de soins sans consentement.

Si un patient en hospitalisation psychiatrique sans consentement quitte l'établissement sans autorisation, l'ARS est informée quel que soit le mode d'hospitalisation. Pour les patients en mesure de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), la préfecture en est également informée

#### **Article 69 : Programme de soins sans consentement**

A l'issue de l'hospitalisation complète sans consentement, les patients peuvent être suivis en programme de soins ambulatoire, ce qui est formalisé par un document écrit définissant toutes les prises en charge hors hospitalisation complète. Celui-ci est établi et modifié par le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne en soins sans consentement et il est soumis à approbation préfectorale lorsque les soins relèvent d'une Demande du Représentant de l'Etat.

Il précise les modalités de séjours en établissement de santé, la fréquence des consultations, des visites ambulatoires ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée des soins. Il mentionne tous les lieux de ces prises en charge.

Le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé, notamment en cas d'inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de l'état de santé nécessitant une réintégration en hospitalisation complète.

Les patients en programme de soins peuvent être entendus par le Juge des libertés et de la Détention à leur demande.

#### **Article 70 : Transport du patient à la sortie**

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport.

#### **Article 71 : Questionnaire de sortie**

Le patient reçoit à sa sortie un questionnaire de sortie destiné à recueillir ses observations sur les conditions et la qualité de son séjour. Ce questionnaire pourra être laissé, sous pli confidentiel si le patient le désire, à l'équipe soignante du service ou être remis au Bureau des Entrées.

**CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS**  
**RELATIVES AUX PERSONNELS**

**SECTION 1 : ORGANISATION DE LA CONTINUITE****Article 72 : Permanences des soins médicales et pharmaceutiques**

L'organisation des activités médicales et pharmaceutiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile.

Par dérogation à l'article 1 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, la CME a adopté en séance le 27 mai 2016 sur proposition de la COPS, le découpage ci-dessous des deux périodes, sur 24 heures, correspondant au jour et à la nuit :

→ Pour les activités médicales	→ Pour l'activité pharmaceutique
- Période de jour : 9h - 18h	- Période de jour : 8h - 18h
- Période de nuit : 18h- 9h	- Période de nuit : 18h- 8h

Les activités médicales et pharmaceutiques sont organisées en demi-journées.

Le service quotidien de jour comprend :

- Les services médicaux, pharmaceutiques ou odontologiques quotidiens du matin et de l'après-midi du lundi au samedi matin inclus auprès des malades hospitalisés et des consultants externes ;
- Et, le cas échéant, l'ensemble des activités internes et externes prévues par le code de la santé publique et les décrets statutaires susvisés.

La permanence des soins sur place ou en astreinte à domicile a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié. Elle est organisée pour l'ensemble de l'établissement.

L'astreinte à domicile peut prendre la forme :

- d'une astreinte opérationnelle de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jour férié dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels ;
- d'une astreinte de sécurité de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jour férié dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

Pour la continuité pharmaceutique, une coopération avec le Centre Hospitalier Agen-Nérac prévoit une organisation commune durant les périodes d'astreinte opérationnelles. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	<b>Astreintes opérationnelles communes</b>	<b>Service de jour et coopération</b>	
		<b>CHD La Candélie</b>	<b>CH Agen Nérac</b>
Du lundi au vendredi (hors fériés)	18 H 00 à 8 H 00 le lendemain	8 H 00 à 18 H 00	
Samedi (hors fériés)	8 H 00 à 9 H 30 & 12 H 30 à 8 H 00 le lendemain	En l'absence de service de jour ⇒ mise en place d'une coopération avec la PUI du CHAN	9 H 30 à 12 H 30
Dimanche et fériés	8 H 00 à 8 H 00 le lendemain	<del> </del>	

Le pharmacien en astreinte opérationnelle peut intervenir indistinctement sur le Centre Hospitalier Agen-Nérac et le Centre Hospitalier La Candélie.



Le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des chefs de pôle.

Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

Le chef de pôle organise le temps médical nécessaire pour remplir les missions quotidiennes attendues dans les unités de soins et garantir une continuité de prise en charge dans les services extra hospitaliers.

Sur proposition du chef de pôle, le directeur arrête avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, les tableaux de service nominatif mensuels qui doivent ainsi avoir été transmis par chaque service avant cette date, conformément à la réglementation en vigueur.

Ces tableaux prévisionnels garantissent ainsi l'organisation mise en place pour assurer une continuité et une couverture médicales internes au pôle en extra et en intra.

Ces tableaux répartissent les sujétions résultant de la participation à la permanence des soins par roulement entre les praticiens et comporte l'indication détaillée, pour chacun d'entre eux, des activités durant les périodes de temps de travail de jour et de nuit :

<u>Présences</u>		<u>Absences</u>	
<b>CHD</b>	Présence en intra	<b>CA</b>	Congé annuel
<b>CS</b>	Continuité des soins (jour)	<b>CET</b>	Compte Epargne Temps
<b>FMC</b>	Formation Médicale Continue	<b>JF</b>	Jour Férié
<b>P</b>	Permanence sur place (nuit)	<b>RA</b>	Récupération Astreinte (non payée)
<b>EXT</b>	Présence en extra	<b>Rec</b>	Récupération temps de travail
<b>AIG</b>	Activité d'intérêt général	<b>RH</b>	Repos Hebdomadaire
		<b>RP</b>	Récupération permanence sur place (non payée)
		<b>RQ</b>	Repos Quotidien (après P)
		<b>RTP</b>	Récupération Temps Partiel
		<b>RTT</b>	Réduction du Temps de Travail

Remarque : La colonne « EXT » fait l'objet d'un code couleur permettant d'identifier les services ou structures extra hospitaliers au sein de chaque pôle.

Ces tableaux sont notifiés aux chefs de pôle et affichés dans les services ou les structures concernées.

Le directeur de l'établissement communique à chaque praticien l'extrait du tableau le concernant.

A l'issue du mois écoulé, le chef de pôle transmet au directeur le tableau de service nominatif réalisé.

Un récapitulatif individuel sur quatre mois est établi et également communiqué au praticien. Il fait apparaître les périodes de temps de travail (activités réalisées, permanence sur place, AIG, congés ...), les permanences sur place et les astreintes.

En cas de nécessité, un praticien peut se faire remplacer dans une de ses participations à la permanence sur place ou par astreinte à domicile par un autre praticien avec l'accord écrit de son remplaçant. Il transmet cet accord au directeur responsable dans les meilleurs délais avant le commencement de la permanence modifiée.

### **Article 73 : Astreintes non médicales**

Pour répondre aux nécessités de continuité de fonctionnement en tant que de besoin, la direction organise, après avis du Comité Technique d'Etablissement, un dispositif d'astreinte à domicile de certaines catégories de personnel non médical. Ce dispositif comporte :

- Une garde administrative avec les directeurs-adjoints et certains de ses collaborateurs choisis en raison de leurs fonctions.
- Une astreinte de cadres de santé
- Une astreinte d'ambulanciers
- Une astreinte informatique

Les modalités d'organisation de ces différentes astreintes sont régies par notes de service.

### **Article 74 : Présence médicale quotidienne**

Chaque pôle d'activité clinique organise et garantit la présence quotidienne d'au moins un médecin au sein des unités intra-hospitalières qu'il comporte.

Une visite médicale a lieu régulièrement dans les services ou unités d'hospitalisation.

Elle est assurée par le praticien responsable de la structure ou un de ses collaborateurs.

Les tableaux de service nominatifs mensuels prévisionnels sont affichés dans les services ou structures.

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

### **Article 75 : Obligations envers les usagers**

Les personnels doivent, sans distinction de grade ou de fonctions, assurer au mieux le confort physique et moral des usagers dont ils ont la charge et veillent au respect des droits des patients.

Un langage respectueux est exigé de l'ensemble du personnel.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les usagers sont proscrits. Il peut toutefois être dérogé à cette règle en accord avec le patient conformément aux dispositions décrites à l'article 41 du présent règlement.

Chaque agent est tenu de s'informer et d'appliquer l'ensemble des procédures et protocoles et de signaler tout incident à l'autorité compétente selon les modalités associées.

Tout agent du CHD La Candélie a le devoir de satisfaire aux demandes d'information générales du public et des usagers, dans des conditions compatibles avec les attributions qui lui sont confiées dans le respect des obligations de secret et de discrétion professionnelles ainsi que dans celui du droit de réserve.

### **Article 76 : Secret professionnel et discrétion professionnelle**

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal et aux articles 26 et 27 de la Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983, l'ensemble du personnel hospitalier est astreint au secret professionnel et à l'obligation de discrétion professionnelle.

Ainsi, les professionnels sont tenus au secret professionnel dont la violation peut entraîner des sanctions pénales, civiles (sous forme de dommages et intérêts) et disciplinaires.

Cependant, les agents sont déliés de cette obligation lorsqu'ils sont auditionnés dans le cadre d'une enquête de justice.

Par ailleurs, en l'absence d'opposition des patients, les indications d'ordre médical ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le Code de déontologie médicale.

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents ont une obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions quels que soient Les modes d'expressions et les médias : journaux, blogs, réseaux sociaux...

### **Article 77 : Présence à l'hôpital**

En cas de nécessité absolue ou de continuité de service et sur demande expresse de l'administrateur de garde, il peut être demandé au fonctionnaire, quel que soit son statut, de conserver son poste jusqu'à levée de cette disposition par l'administrateur de garde.

Dans l'hypothèse où un professionnel est dans l'incapacité ou l'impossibilité de prendre ses fonctions, il doit prévenir au plus vite son service ou la Direction des ressources humaines et transmettre le cas échéant son arrêt de travail dans les 48 heures.

Toute absence (congé annuel, autorisation d'absence, récupération) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès du supérieur hiérarchique.

### **Article 78 : Conservation en bon état des locaux, matériels et effets, comportement éco-responsable**

Tout professionnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par l'établissement.

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

Dans l'exercice de ses activités, chaque agent doit adopter, chaque fois que possible, un comportement éco-responsable, en conformité avec les principes de développement durable promus par l'établissement.

### **Article 79 : Identification du personnel**

Afin de se faire connaître auprès des usagers, les personnels de l'hôpital sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom et leur qualité.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles autorisées à intervenir auprès des personnes hospitalisées.

### **Article 80 : Tenue vestimentaire de travail**

Pour des motifs d'hygiène et/ou de sécurité, le directeur détermine les services ou unités dans lesquelles les personnels doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement.

La tenue vestimentaire réglementaire doit donc être portée pendant toute la durée du service.

Le port des vêtements de travail est interdit dans le restaurant du personnel et à l'extérieur du centre hospitalier lorsque le personnel n'est pas en service.

### **Article 81 : Santé et sécurité au travail**

Conformément aux instructions qui lui sont données par la direction de l'établissement, il incombe à chaque membre du personnel de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail.

En particulier, l'utilisation des équipements de sécurité mis à sa disposition est obligatoire.

Conformément à la réglementation, la médecine du travail assure la prévention, la surveillance de la santé au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail (droit de retrait) dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé.

Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur ou à son représentant qui informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Il peut aussi en informer un membre du CHSCT.

Il est interdit à tout personnel en état d'ivresse d'entrer ou de séjourner dans l'établissement.

En cas de suspicion d'une ivresse d'origine alcoolique, un alcootest peut être pratiqué, notamment à tout personnel affecté à l'exécution de certains travaux dangereux, à la manipulation de matières et produits dangereux, à la conduite de véhicules et à la prise en charge directe du patient.

Cet alcootest est réalisé sur décision du Directeur ou de son représentant.

Le salarié concerné sera informé de la possibilité qu'une tierce personne soit présente lors du contrôle d'alcoolémie.

En cas de résultat positif, l'agent aura la faculté de faire réaliser une contre-expertise dont il lui appartiendra de transmettre les résultats à la direction de l'établissement.

### **Article 82 : 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.

### **Article 83 : Interdiction des réunions publiques dans l'établissement**

Les réunions publiques sont interdites au centre hospitalier, sauf autorisation expresse du directeur ou de son représentant.

### **Article 84 : Effets et biens personnels / responsabilité**

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol (voire toute dégradation), toute perte d'argent, de valeurs ou d'objets divers ne pourront être imputés à l'établissement.

### **Article 85 : Somme d'argent, valeurs et objets**

Il est interdit aux personnels de l'hôpital 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.

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des personnes malades ou de leur famille

Tout objet, valeur ou argent trouvé par un professionnel au sein de l'établissement, doit être déposé auprès de l'administration.

## **SECTION 3 : EXPRESSION DES PERSONNELS**

### **Article 86 : Droit syndical**

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.

Il applique le protocole local de l'exercice de droit syndical et en assure la diffusion.

### **Article 87 : Droit de grève**

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le règlementent.

Le directeur assigne au service les agents indispensables à son fonctionnement en application d'une grille de service minimum arrêtée après avis du Comité Technique d'Etablissement.

**ANNEXE RELATIVE  
AU REGLEMENT  
INTERIEUR DU  
COMITE SOCIAL  
D'ETABLISSEMENT**

**Règlement intérieur Comité Social d'Établissement (CSE) du Centre Hospitalier  
Départemental La Candélie**

**Article 1 : Objet**

Un CSE est institué au sein du CHD LA CANDELIE, conformément aux dispositions des articles L251-11 à L251-13 du code général de la fonction publique et du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Le présent règlement a pour objet d'en préciser le fonctionnement pour assurer un caractère constructif des débats.

**Article 2 : Composition du CSE**

Au sein du Comité, est instituée une formation spécialisée en matière d'hygiène, ~~et~~ de sécurité et des conditions de travail, au regard du nombre d'agents appartenant à la collectivité.

Elle sera dénommée ci-après « formation spécialisée, santé, sécurité et conditions de travail » (F3SCT)

A. Les élus siégeant au CSE

Le comité comprend :

- Le Président, le directeur adjoint chargé des ressources humaines ainsi que des membres de l'administration désignés à titre d'expert
- 12 représentants du personnel, le nombre de suppléants est équivalent au nombre de titulaires.
- 1 représentant de la CME ayant voix consultative

Une décision précise la composition nominative du CSE et de la F3SCT, en annexe au règlement. La mise à jour de ces annexes est effectuée par son Président, à chaque modification de sa composition.

B. Les membres siégeant à la formation spécialisée du comité

La F3SCT comprend :

- Le président, le directeur adjoint chargé des ressources humaines ainsi que les médecins du travail (voix consultatives), les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés et le représentant du service compétent en matière d'hygiène
- 12 représentants du personnel, le nombre de suppléants est équivalent au nombre de titulaires.
- 1 représentant de la CME ayant voix consultative

Une décision précise la composition nominative de chacun de ces collèges/annexe au règlement. La mise à jour de ces annexes est effectuée par son Président, à chaque modification de sa composition.

**Article 3 : Attributions du CSE**

Le CSE se réunit au moins une fois par trimestre.

A. Le Comité est obligatoirement consulté sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;

1



- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- Le plan global de financement pluriannuel ;
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- Les projets de réorganisation de service ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation établi après que deux comités de formation se soient réunis ;
- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

B. Le comité est obligatoirement informé chaque année des matières suivantes :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- Le budget prévisionnel à l'article L. 6145-1 du même code ;
- L'état de mise en œuvre du plan d'égalité femmes/hommes ;
- Le bilan de mise en œuvre des Lignes Directrices de Gestion (LDG) ;
- Les dispositifs de forfaitisation des heures supplémentaires sur majorées et le rapport de mise en œuvre annuelle de ce dispositif ;
- Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du CSP.

C. Le comité débat obligatoirement chaque année, sur :

- La programmation des travaux de l'instance ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et celles inscrivant l'établissement dans l'offre de soins au sein de son territoire ;
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus ;
- L'organisation interne de l'établissement ;
- Les orientations stratégiques sur les politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique ;
- Les enjeux et les politiques d'égalité professionnelle et lutte contre les discriminations. Le CSE est consulté sur le plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes mentionné à L.132-1 du code général de la fonction publique et informé annuellement de l'état de sa mise en œuvre.
- Les LDG en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels. Leur mise en œuvre fait l'objet d'un bilan, sur la base des décisions individuelles, devant le CSE.
- La protection de la santé physique et mentale, l'hygiène, la sécurité des agents dans leur travail, l'organisation du travail, du télétravail, des enjeux liés à la déconnexion et dispositif de régulation de l'utilisation des outils numériques, l'amélioration des conditions de travail et prescriptions légales y afférentes ;
- Les autres questions relevant des domaines mentionnés à L.112-1 du code général de la fonction publique à l'exception de l'élaboration des règles statutaires régissant les fonctionnaires et de l'examen des décisions individuelles

DP

#### **Article 4 : Articulation des compétences du CSE et de la F3SCT**

La F3SCT se réunit au moins une fois par trimestre.

Seule l'assemblée plénière est consultée sur une question ou un projet relevant de ses attributions et qui aurait pu également relever de la formation spécialisée.

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

Dans ces hypothèses, l'avis du comité se substitue alors à celui de la formation spécialisée.

#### **Article 5 : Attributions de la F3SCT**

##### **A. Compétences générales**

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

*La F3SCT est consultée obligatoirement pour :*

L'élaboration de tout document se rattachant à sa mission SSCT ;

- Les questions liées à la santé physique et mentale, le télétravail, la déconnexion, le numérique, le document unique d'évaluation des risques (DUER) ;
- Toute modification de l'organisation et du temps de travail à l'exception des projets s'intégrant dans une réorganisation de service (examinés directement par l'assemblée plénière du CSE).
- Les projets d'aménagements modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail ;
- Les projets d'introduction de nouvelles technologies ;
- Les projets favorisant le travail des personnes en situation de handicap.

*La F3SCT rend des avis sur :*

Le rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans l'établissement et des actions menées ;

- Le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le Rapport Social Unique (RSU).

*La F3SCT examine également :*

- Les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisations des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.
- Le rapport annuel établi par le médecin du travail et l'accès aux informations relatives à la SSCT contenues dans le rapport social unique.

La F3SCT est associée au suivi et à la mise à jour du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP). La F3SCT peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires



au programme annuel de prévention. Lorsque certaines mesures prévues au programme de prévention n'ont pas été prises, les motifs en sont donnés en annexe au rapport annuel

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

Les membres de la formation spécialisée procèdent à intervalles réguliers à la visite des services relevant de leur champ de compétence. Par délibération adoptée en séance, la formation spécialisée mandate une délégation pour procéder à chaque visite et en fixe l'objectif, le secteur géographique et la composition.

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

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

Les missions accomplies dans ce cadre donnent lieu à un procès-verbal rédigé par le secrétaire du CSE assisté par le secrétaire désigné par l'administration.

**B. Enquête en raison d'un accident ou d'une maladie ayant ou ayant pu entraîner des conséquences graves**

La formation spécialisée est réunie, dans les plus brefs délais, à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves :

- Ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées
- Présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

Les enquêtes sont réalisées par une délégation comprenant le président et au moins un représentant du personnel de la formation spécialisée.

Le cas échéant, le médecin du travail, l'assistant ou le conseiller de prévention ou encore l'agent de contrôle de l'inspection du travail peuvent participer à cette délégation.

La formation spécialisée est informée des conclusions de chaque enquête et des suites qui leur sont données.

Par ailleurs, la F3SCT sera informée régulièrement des accidents de travail survenus dans l'établissement.

**C. Enquête en raison d'un danger grave avéré**

La formation spécialisée peut faire appel à un expert certifié dans les cas suivants :

- En cas de risque grave avéré, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
- En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail lorsqu'il ne s'intègre pas dans un projet de réorganisation de service.

Le délai pour mener une expertise ne peut excéder quarante-cinq jours à compter du choix de l'expert certifié.

4

Le président de la formation spécialisée motive substantiellement sa décision de refus de faire appel à un expert en cas de vote majoritaire favorable des membres de la formation.

En cas de désaccord sérieux et persistant entre les représentants du personnel et le président de la formation spécialisée sur le recours à l'expert certifié, l'agent de contrôle de l'inspection du travail est obligatoirement saisi et donne lieu à un rapport adressé conjointement au directeur d'établissement et à la formation spécialisée.

#### D. Enquête en raison d'une cause de danger grave et imminent

Le représentant du personnel de la formation spécialisée qui constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, notamment par l'intermédiaire d'un agent, en alerte immédiatement le directeur d'établissement, l'administrateur du groupement ou son représentant et consigne cet avis sur le registre spécial.

Le directeur d'établissement procède immédiatement à une enquête avec le représentant de la formation spécialisée qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

En cas de divergence sur la réalité du danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents ou la façon de le faire cesser, la formation spécialisée compétente est réunie d'urgence, dans un délai n'excédant pas vingt-quatre heures.

L'agent de contrôle de l'inspection du travail est informé de cette réunion et peut y assister.

Après avoir pris connaissance de l'avis émis par la formation spécialisée, le directeur de l'établissement arrête les mesures à prendre.

A défaut d'accord entre le directeur de l'établissement et la formation spécialisée sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'agent de contrôle de l'inspection du travail est saisi.

Cette intervention donne lieu à un rapport adressé conjointement au directeur d'établissement et à la formation spécialisée. Ce rapport indique, s'il y a lieu, les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et les mesures proposées pour remédier à la situation.

#### **Article 6 : Convocation et information**

Les réunions du Comité et de la formation spécialisée ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou, dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite adressée à la DRH de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Les convocations sont accompagnées de l'ordre du jour.

Elles sont envoyées aux membres titulaires ainsi qu'aux membres suppléants via messagerie électronique, 15 jours avant la date de réunion, sauf urgence. Dans ce dernier cas, les convocations peuvent être transmises 8 jours avant.

Les pièces se rapportant aux points inscrits à l'ordre du jour sont communiquées au moins 8 jours avant la tenue de la réunion.

En cas d'empêchement d'un représentant titulaire, ce dernier en informera la Direction dans les meilleurs délais afin qu'un représentant suppléant, désigné par les organisations syndicales, soit convoqué à sa place (en cas d'empêchement le représentant titulaire se charge de transmettre les documents relatifs à la séance au suppléant désigné par son organisation)

L'ordre du jour et les documents s'y rapportant sont adressés à chaque organisation syndicale siégeant au CSE en format numérique.

DP

5



L'ensemble des membres titulaires sont convoqués à la séance.

Les membres suppléants sont informés, par courriel, de la date et de l'ordre du jour du Comité social et pourront assister aux réunions du CSE sous réserve des nécessités de service, dans la limite exposée à l'article 14.

#### **Article 7 : Ordre du jour**

Le calendrier du CSE ou de la formation spécialisée est fixé pour l'année et arrêté lors de la dernière séance de l'année N-1.

Dès que la date de la réunion du CSE ou de la formation spécialisée est établie, le Directeur ou son représentant, consulte le secrétaire du CSE ou de la formation spécialisée, préalablement à la définition de l'ordre du jour.

Ce dernier peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour.

Un point à l'ordre du jour peut être demandé par au moins la moitié des membres titulaires du CSE ou de la F3SCT. Il convient dans ce cas, d'adresser au moins 15 jours avant la tenue du CSE les points de l'ordre du jour demandés et signés par la moitié des membres titulaires du CSE.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont arrêtées au moment de l'envoi des convocations.

#### **Article 8 : Réunions préparatoires et autorisations d'absence**

Les membres du CSE et de la formation spécialisée, titulaires ou suppléants, bénéficient d'une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans les instances.

La durée de l'autorisation spéciale d'absence comprend, outre les délais de route et la durée prévisible de la réunion, un temps égal au double de la durée prévisible de la réunion pour en assurer la préparation et le compte rendu, soit trois fois le temps prévisible de la réunion indiqué dans la convocation.

Les membres titulaires seront libérés de droit sur simple présentation de la convocation pour la préparation, la réunion et le compte rendu de la réunion.

Les membres suppléants participant à l'instance, lorsqu'ils ne remplacent pas un titulaire, devront être libérés de droit sur simple présentation de la convocation pour la préparation, la réunion et le compte rendu de la réunion.

#### **Article 9 : Quorum**

Le Comité (et la formation spécialisée) ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture.

Un membre titulaire absent peut être remplacé par un des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu ; dans cette hypothèse, le suppléant a voix délibérative.

En début de séance, le Président établit la liste des personnes présentes et des personnes qui ont voix délibérative.

Le Président s'assure du quorum.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours.

DP

Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

**Article 10 : Désignation du représentant du CSE à la CME.**

Le Comité élit en son sein un personnel qui siège en Commission Médicale d'Établissement.

**Article 11 : Secrétaire**

Les Membres du CSE élisent en leur sein un secrétaire et un secrétaire suppléant parmi les représentants titulaires du personnel, pour une durée de 4 ans.

Pour l'exécution des tâches matérielles, le secrétaire est aidé par un secrétaire administratif désigné par le Directeur qui assiste aux séances (prises de notes pour procès-verbal) sans prendre part aux débats ni aux votes.

Un enregistrement est effectué, mais sa conservation est néanmoins interdite par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). L'enregistrement doit être détruit dès validation du PV.

**Article 12 : Procès-verbal**

Le procès-verbal est signé par le Président et le secrétaire.

Le procès-verbal comprend un compte-rendu des débats (qui n'est pas une retranscription des débats).

Le procès-verbal comprend le détail des votes (par organisation et selon le même contenu pour chaque réunion).

Le procès-verbal est signé par le Président et par le secrétaire.

Le procès-verbal est transmis dans le délai d'un mois à ses membres.

Le procès-verbal est soumis à l'approbation des membres du comité social ou de la formation spécialisée lors de la séance suivante.

En cas d'absence du secrétaire et du secrétaire suppléant à une réunion du Comité ou de la formation spécialisée, il est procédé à un vote afin d'élire un secrétaire de séance dans le but de contresigner le procès-verbal de la séance. Cette élection n'est valable que pour la séance en cours.

Les avis ou vœux émis par le comité seront diffusés sur l'intranet de l'établissement.

**Article 13 : Déroulement de la séance**

Le Président et le Secrétaire veillent au bon déroulement de la séance.

Les séances du Comité et de la formation spécialisée ne sont pas publiques.

Toutes les personnes assistant à la séance sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de leurs travaux.

Des suspensions de séance peuvent être sollicitées à titre exceptionnel à l'initiative d'une organisation syndicale ou du Président.

7

Le CSE suivi de la F3SCT sont programmés sur une journée découpée en deux séquences 9h/13 heures et 14 heures /16 heures. Tout point non examiné sera automatiquement renvoyé à la toute prochaine séance.

**Article 14 : Suppléance**

Les suppléants siégeant en cette qualité peuvent assister aux séances de l'instance, dans la limite d'un représentant par organisation syndicale au sein de laquelle ils exercent leur suppléance.

Les suppléants peuvent prendre part aux débats mais ne peuvent voter.

**Article 15 : Audition de personnalités qualifiées**

Le président, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du président au plus tard quarante-huit heures avant l'instance.

Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatifs aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

**Article 16 : Vote**

Seuls les représentants titulaires peuvent participer aux votes.

Les suppléants n'ont voix délibérative qu'en l'absence des titulaires qu'ils remplacent.

Le président, les représentants de l'administration, les personnes qualifiées, le médecin du travail et l'agent de contrôle de l'inspection du travail ne participent pas au vote.

Les instances émettent leur avis à la majorité des présents votant.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. (Dans ce dernier cas, les avis émis par le comité ou par la formation spécialisée ne peuvent être détaillés dans le compte-rendu).

Les abstentions sont admises.

L'avis est favorable ou défavorable lorsque la majorité des membres présents votant s'est prononcée en ce sens. A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des membres du comité social d'établissement, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours.

Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de représentants du personnel présents.

DP 8



### **Article 17 : Moyens du Comité**

L'employeur met à la disposition des membres du Comité et de la formation spécialisée, un local situé dans l'établissement, un photocopieur, un ordinateur relié à Internet, un télécopieur, un téléphone.

Pour leurs communications, chaque organisation syndicale dispose d'un accès direct à l'Intranet au titre du CSE et d'une boîte mail dédiée.

### **Article 18 : Facilités et formations**

Toutes facilités doivent être données aux membres du Comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs travaux au plus tard 8 jours avant la date de la séance.

Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants du comité bénéficient d'une formation portant sur les compétences du comité d'une durée minimale de cinq jours au cours de leur mandat.

Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants des formations spécialisées, bénéficient d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée minimale de cinq jours au cours de leur mandat.

Les représentants du personnel membres du comité qui ne siègent pas en formation spécialisée bénéficient d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail pour une durée de trois jours au cours de leur mandat.

Ces durées de formation peuvent être cumulées.

Pour deux des cinq jours de formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, les représentants du personnel membres des formations spécialisées ou, lorsque celles-ci n'ont pas été créées, membres du comité social d'établissement bénéficient du congé pour formation en matière d'hygiène et de sécurité au travail prévu au 7° bis de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986.

### **Article 19 : Droits d'accès aux locaux**

Les membres de la délégation du CSE ou de la F3SCT, qui organisent des visites de services bénéficient de toutes facilités et notamment d'un droit d'accès aux locaux dans le cadre des missions qui leur sont confiées par ledit comité ou ladite formation.

En début de mandat, la direction informe l'ensemble des mandatés des conditions particulières d'accès à certains services réservés par la réglementation et informe de toutes modifications de procédure.

\* \* \*

Adopté par le Comité Social d'Etablissement lors de la séance du 7 avril 2023 à 15 h 00 après avis de la formation spécialisée en séance du 7 avril 2023 à 14 h 00.

Le Secrétaire du CSE



Le Directeur



# GUIDE DE LA LAICITE





## GUIDE

### Laïcité et gestion du fait religieux au sein du CHD La Candélie

La laïcité repose sur quatre piliers : la liberté de conscience et la liberté de culte, la séparation des institutions publiques et des organisations religieuses et l'égalité de toutes les personnes devant la loi quelle que soit leurs croyances ou leurs convictions.

#### **Partie I : Les personnels de l'hôpital et la laïcité**

Le respect du principe de laïcité s'impose à tout agent public. Ce principe, déjà consacré par la jurisprudence, a été intégré au statut général des fonctionnaires par la loi.

La charte de la laïcité dans les services publics l'a précisé en énonçant que :

- Tout agent public a un devoir de stricte neutralité. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.
- Le fait pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.
- Il appartient aux responsables des services de faire respecter l'application du principe de laïcité dans l'enceinte de ses services.
- La liberté de conscience est garantie à tous les agents publics. Ces derniers bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

#### **I - Le principe de neutralité des agents publics**

##### **1- Les obligations des agents publics**

La loi prévoit que les agents publics sont tenus à une stricte obligation de neutralité et doivent exercer leurs fonctions dans le respect du principe de laïcité (art L121-2 du code général de la fonction public).

Il en résulte qu'est strictement interdit à l'ensemble des agents de manifester dans l'exercice de leurs fonctions leurs opinions ou préférences en matière religieuse, par leur comportement, leur propos, ou leurs tenues vestimentaires, afin de respecter l'obligation de neutralité et son corollaire qu'est le principe de laïcité.

*Cas particulier des étudiants : l'ensemble des étudiants, paramédicaux et médicaux en stage dans l'établissement sont assimilés à des agents publics. Ils sont de ce fait soumis au devoir de neutralité (conseil d'Etat, 28 juillet 2017, n°390740).*

*En revanche, dans le cadre de leur formation théorique au sein des établissements d'enseignements, les étudiants sont des usagers du service public de l'enseignement supérieur, ils sont à ce titre libres de manifester leurs croyances religieuses.*

##### **2- Les droits des agents**

Ils bénéficient de la liberté de conscience. Il résulte de cette liberté de conscience l'interdiction de toute discrimination dans l'accès aux fonctions comme dans le déroulement de la carrière qui serait fondée sur la religion (conseil d'Etat, 3 mai 2000, Melle Marteaux).

Ainsi, aucune mention de l'appartenance religieuse ne doit être portée dans le dossier administratif d'un agent.

#### **II- La mise en œuvre du principe à l'hôpital**

##### **1- Le port de signes religieux**

a- Le port de signes religieux ostensibles :

L'obligation de neutralité religieuse fait interdiction à un agent de manifester sa conviction religieuse par le port d'un signe ou d'un vêtement religieux.

Le fait de refuser de manière continue de se conformer aux injonctions de ses supérieurs hiérarchiques de retirer un signe ou un vêtement présentant un caractère ostensible constitue une faute disciplinaire pour manquement à l'obligation de neutralité (cour administrative d'appel de Lyon, 270 novembre 2003).

b- Le détournement de tenue professionnelle : charlotte, gants, masques :

La jurisprudence administrative est venue rappeler à plusieurs reprises que tout signe peut devenir religieux par la volonté de celui qui le porte et ainsi être considéré comme « un signe religieux par destination » (tribunal administratif Montreuil, 25 janvier 2019, n°1800133). Ainsi le port d'une charlotte de bloc opératoire, en dehors des situations dans lesquelles elle est requise pour les besoins du service, constitue l'expression d'une appartenance religieuse et, ainsi, un comportement professionnel fautif (tribunal administratif de Cergy-Pontoise, 12 décembre 2008, n° 05004).

Saisie de la question de l'interdiction du port du voile, la cour Européenne des Droits de l'Homme a jugé dans un arrêt du 26 novembre 2015 que la neutralité exigée par les agents du service public hospitalier était proportionnée au but recherché et qu'ainsi elle n'était pas contraire à l'article 9 de la Convention Européenne des droits de l'homme.

## 2- Les propos à caractère religieux

a- Propos et comportements à caractère religieux :

Les agents sont tenus de respecter le principe de neutralité et ce, qu'ils soient ou non en contact direct ou indirect avec les patients. Ils ne peuvent en aucun moment tenir des propos ou avoir un comportement à caractère religieux qui seraient notamment de nature à faire douter les usagers de la neutralité du service et leur faire craindre un traitement inégalitaire de la part des services de l'hôpital.

b- La tenue de propos ou les comportements prosélytes :

Le prosélytisme consiste à chercher à convertir d'autres personnes à leur foi et se traduire de différentes manières.

Le fait de régulièrement mettre en avant une religion auprès de ses collègues en les invitant à en parler et à chercher à les convaincre de rejoindre cette religion constitue un acte de prosélytisme. Les agents publics ne peuvent tenir des propos ou avoir des comportements de nature prosélyte.

Les propos et comportements reconnus comme étant du prosélytisme constituent une faute et l'agent s'expose là également à des sanctions disciplinaires.

## 3- La pratique religieuse des agents publics

a- Accès au lieu de recueillement dédié aux patients et temps de pause :

La loi du 9 décembre 1905 autorise la mise en place au sein des établissements de santé d'un service d'aumônerie destiné aux usagers et à leurs proches afin de leur permettre de pratiquer leur culte.

Cette autorisation doit cependant être conciliée tant avec les exigences du service hospitalier qu'avec les possibilités de l'établissement.

L'obligation de neutralité implique l'interdiction pour tout professionnel de se rendre dans un lieu de culte de l'hôpital pendant son service y compris sur ses temps de pause. Cette interdiction ne les empêche évidemment pas d'accompagner des patients qui ne peuvent se déplacer seuls lors de services religieux.

b- Comportements discriminatoires et motif religieux :

Le service public hospitalier a vocation à assurer l'égal accès aux soins de tous les usagers sans distinction, ni discrimination, ce principe trouvant son fondement dans l'article 1<sup>er</sup> de la constitution.

Il a pu advenir qu'un agent adopte un comportement qui relève à la fois d'un non-respect de l'obligation de neutralité et d'une violation de discrimination.

Ainsi en est-il des situations dans lesquelles un agent a traité de façon discriminatoire un collègue ou un patient pour un motif religieux.

Les discriminations sont des infractions pénales. En outre ce type de comportement est contraire au principe de dignité auquel est également soumis tout agent public.

c- La clause de conscience :

La clause de conscience (article R.4127-47 du code de la santé publique) est pour le médecin le droit de rompre sa relation de soin avec un patient sous la triple condition préalable que :

- Il ne doit pas ou plus y avoir d'urgence ;
- Il doit informer sans délai le patient de son refus ou de son impossibilité à continuer à le prendre en charge ;

- Il doit prendre toutes dispositions pour que soit assurée la continuité des soins, avec notamment transmission de toutes les informations nécessaires à un autre médecin désigné par le patient.

Ainsi, cette décision ne doit pas entrer en contradiction avec d'autres dispositions du code de la santé publique qui prévoit que le médecin doit examiner et soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient notamment leur origine, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée.

## **Partie II – Les usagers de l'hôpital et la laïcité**

On entend par « usager de l'hôpital » toute personne, hors personnel, qui fréquente l'établissement, notamment les patients, les visiteurs, les prestataires de service, les formateurs, ...

L'hôpital étant un lieu fermé, qui accueille et soigne des personnes particulièrement vulnérables, il est amené, pour assurer sa mission, à tenir compte de ce qui relève de la sphère privée des patients.

Les usagers des services publics ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

### **I- L'expression religieuse des patients vis-à-vis des tiers**

#### **1- Le port de signes religieux**

L'hôpital est un établissement public de santé dans l'enceinte duquel le principe de neutralité trouve à s'appliquer.

Les patients et leurs proches ne doivent pas par leurs propos, leurs agissements ou leurs comportements tenter d'influencer d'autres patients et proches ou les professionnels de l'hôpital. Toute forme de prosélytisme est strictement interdite.

En effet, les usagers peuvent en application du principe de la liberté de conscience, porter des signes marquant leur appartenance religieuse. Ce principe trouve cependant ses limites dans les impératifs relatifs d'une part à l'ordre public, d'autre part aux règles d'hygiène, de santé et de sécurité nécessaires au bon fonctionnement du service.

Le port de vêtements religieux pendant les soins médicaux ne doit pas entraver la qualité des soins. Toutefois si le patient persiste dans son désir de conserver ses vêtements, il convient de l'informer des difficultés ou de l'impossibilité que peut occasionner ce souhait au regard du déroulement de l'examen (clinique, radiologique...).

#### **2- Pratique religieuse en chambre double**

Un patient peut pratiquer son culte dans sa chambre, considérée comme un lieu privé, au même titre que son domicile (cour d'appel de Paris 17 mars 1986, Chantal Nobel), dans la limite du respect des règles d'hygiène, de sécurité et des consignes relatives aux soins qu'il reçoit. Lorsqu'il est hospitalisé dans une chambre occupée par plusieurs patients, il se doit de respecter la tranquillité des autres patients.

### **II- La pratique religieuse dans le cadre de soins**

#### **1- Choix du médecin ou du soignant**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelle que le patient bénéficie d'un droit fondamental de choisir librement son médecin et l'établissement dans lequel il est hospitalisé.

Une personne peut donc exprimer le choix d'être prise en charge par un médecin du même sexe. Elle n'a pas à justifier son choix qui peut être dicté par des motivations religieuses, philosophiques ou plus simplement par des choix motivés par la pudeur.

Le choix exprimé par le patient ou son entourage ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, ni créer de désordres. Dans ce dernier cas, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef du service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires (article R.1112-49 du code de la santé publique) si l'état de santé du patient le permet.

#### **2- Refus de soin**

Le patient décide des actes de soins concernant sa santé. Il peut refuser des soins ou de ne pas recevoir un traitement. Il n'a pas à justifier son refus de soins et peut invoquer tout motif, y compris religieux.

Ainsi, le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Son refus de soins est mentionné dans son dossier médical.

Pour autant, si le pronostic vital d'un patient est engagé, le juge admet que « les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale (le consentement) une atteinte grave manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état... » (conseil d'Etat, 16 août 2002, n° 249552).

*Le cas particulier des mineurs et les majeurs sous tutelle :*

*Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Mais l'autorisation des parents ou du tuteur est également requise.*

*Les convictions religieuses des parents ne peuvent venir justifier une abstention de soins de leurs enfants. Ne pas porter secours, par les soins appropriés, à un enfant en danger est punissable au titre de la non-assistance à personne en danger.*

### **3- Récusation d'un agent pour motif religieux**

La législation permet à un usager d'exprimer le choix d'un médecin ou d'un soignant au sein du personnel hospitalier, dès lors que ce choix peut être pris en compte au regard des effectifs disponibles, qu'il est compatible avec le bon fonctionnement du service : les souhaits et les préférences du patient seront prises en compte dans la mesure du possible. Mais l'usager ne peut pas en revanche récuser un médecin ou un soignant pour motif d'ordre religieux.

Une telle récusation en raison de l'appartenance ou de non-appartenance d'un agent à une religion ou en raison de son sexe caractériserait une attitude discriminatoire non recevable dans un service public.

### **4- Alimentation**

Le repas fait partie intégrante de la prise en charge et des soins. Par conséquent, et en accord avec les diététiciens, les équipes soignantes et médicales doivent être attentives au régime alimentaire que le patient doit suivre durant son hospitalisation.

La réglementation n'impose pas à l'hôpital de proposer des repas confessionnels (conseil d'Etat, 10 février 2016, n°385929).

## **III- Aumôniers et lieux de recueillement**

### **1- Les aumôniers et ministres du culte**

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ils peuvent demander à recevoir la visite dans leur chambre d'un ministre du culte de leur choix.

L'hôpital lorsqu'il a installé un service d'aumônerie, peut mettre à leur disposition des aumôniers qu'il salarie ou qu'il a autorisé à intervenir en son sein.

Les ministres de culte ne se rendent auprès des patients ou auprès des familles que sur demande. Ils sont tenus de ne pas tenir de propos, ni d'avoir des agissements ou de comportements à caractère prosélyte.

### **2- Lieux de recueillement**

La possibilité pour les établissements de santé de mettre en place un service d'aumônerie induit le fait de prévoir la mise à disposition d'un local accessible, suffisamment grand et adapté au recueillement et à la prière des patients et de leurs proches.

### **3- La pratique religieuse au moment du décès**

#### **a- Présentation du corps du patient décédé en chambre d'hospitalisation :**

Le corps du patient défunt peut être présenté aux proches dans la chambre d'hospitalisation dans la limite des règles de sécurité et d'hygiène d'une part, et des obligations qui s'imposent en matière de réglementation relative au transfert des corps vers la chambre mortuaire d'autre part.

Les familles peuvent rester auprès de leur proche décédé avant que le corps ne soit transféré en chambre mortuaire.

#### **b- Présentation du corps du patient décédé en chambre mortuaire :**

Les familles peuvent accéder à la chambre mortuaire pour se recueillir auprès du patient défunt et pratiquer les rites et rituels relatifs à leur culte.

Une toilette mortuaire est réalisée au sein du service par les soignants en tant que dernier soin apporté au patient décédé.

Une seconde toilette mortuaire, pour les cultes qui la pratiquent, peut en sus être réalisée par un ministre du culte ou par des personnes qui sont désignées par la famille au sein de la chambre mortuaire.