



CHMD

REGLEMENT INTERIEUR GENERAL DU CENTRE HOPITALIER MAURICE DESPINOY



POLE RESSOURCES - DIRECTION GENERALE
BP 631 - 97 261 FORT DE FRANCE CEDEX
Tél. 05 96 48 89 98 www.ch-despinoy.fr

2018

Table des matières

PREAMBULE	7
LA PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER	8
CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES	10
SECTION 1 – CONSEIL DE SURVEILLANCE - DIRECTOIRE - DIRECTEUR.....	10
Article 1 : Conseil de surveillance (Article L6143-1 du Code de la Santé publique).....	10
Article 2 : Directoire.....	11
Article 3 : Directeur.....	11
Article 3 bis : Les gardes administratives (<i>Décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010</i>)	12
SECTION 2 – INSTANCES REPRESENTATIVES DES PERSONNELS.....	13
Article 4 : Commission Médicale d'Etablissement	13
Article 5 : Comité Technique d'Etablissement (CTE)	15
Article 6 : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	16
Article 7 : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	17
Article 8 : Commissions Administratives Paritaires locales (CAP)	18
Article 9 : L'Equipe Opérationnelle d'hygiène (EOH).....	21
SECTION 3 – ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO- TECHNIQUES	22
Article 10 : Organisation en Pôles	22
Article 11 : Les chefs de pôle	23
Article 12 : Les responsables des structures internes (<i>Conforme au décret 2016-291 du 11 mars 2016</i>)	23
SECTION 4 – RELATIONS AVEC LES USAGERS	24
Article 13 : Livret d'accueil	24
Article 14 : Satisfaction des usagers	24
Article 15 : Commission des Usagers (CDU) (<i>Annexe - RI de la CDU</i>)	24
Article 16 : Recours aux médiateurs	25
SECTION 5 – CERTIFICATION ET PUBLICATION DES INDICATEURS QUALITE...25	
Article 17 : Certification et publication des indicateurs qualité	25
Article 18 : Démarche qualité	26

CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES A L’ADMISSION.....	27
SECTION 1 – LES ADMISSIONS	27
Article 19 : Admission en soins psychiatriques	27
Articles 20 : Les soins psychiatriques sans consentement.....	27
Article 21 : L’admission en soins psychiatriques « libres » (<i>Articles L. 3211-2 du Code de la santé publique</i>).....	27
Article 22 : L’admission en soins psychiatriques à la demande d’un tiers (SDT).....	28
Article 23 : L’admission en soins psychiatriques à la demande d’un tiers en urgences (SDTU)	28
Article 24 : L’admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI)	29
Article 25 : L’admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l’Etat (SDRE)	29
Article 26 : Les soins psychiatriques faisant suite à une décision de déclaration d’irresponsabilité pénale (<i>ART 122-1</i>).....	30
Article 27 : Les soins Psychiatriques des personnes détenus atteintes de troubles mentaux (<i>L3214-1 à L3214-5</i>).....	30
Article 28 : Les formalités de l’admission	31
SECTION 2 -Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) <i>L3211-12-1 à 3211-12-5 / R3211-7 à R3211-26 du code de la santé publique</i>	32
Article 29 : Le déroulement des audiences	32
Article 30 : Les Cas Particuliers	33
SECTION 3 – SITUATIONS PARTICULIERES	34
Article 31 : L’Admission des patients mineurs a l’UHPSA (<i>Cf. règlement de fonctionnement de l’UHPSA</i>)	34
Principes.....	34
Article 32 : Majeurs juridiquement protégés	34
Article 33 : Etrangers	35
SECTION 6 - L'admission des résidents / usagers dans les structures.....	35
Article 34 : Présentation sommaire des Structures	35
Article 35 : L’organigramme du Médico-Social (Annexe).....	36
Article 36 : Les règles d’admission	36
Article 37 : La Commission d’Admission	36

CHAPITRE 3 – ORGANISATION DES SOINS	38
SECTION 1 – LE SEJOUR	38
Article 38 : Hospitalisation librement consentie.....	38
Article 39 : Accueil des familles.....	38
Article 40 : Visites au sein des unités	38
Article 41 : Hospitalisation sans consentement	38
Article 42 : Droits et libertés.....	38
Article 43 : Isolement et contention.....	38
Article 44 : Le Registre des isolements	39
Article 45 : Consentement aux soins.....	39
Article 46 : Prise en charge de la douleur	39
Article 47 : Prise en charge nutritionnelle	39
Article 48 : Information du malade et de ses proches.....	40
Article 49 : Refus de soins (Cf. procédure de sortie sans avis médical).....	40
Article 50 : Discretion demandée par le malade	40
Article 51 : Désignation de la personne de confiance : <i>L1111-6 du code de la santé publique</i>	41
Article 52 : Droit au respect et à l'intimité	41
SECTION 2 – DROITS ET DEVOIRS DES PATIENTS : VIE PRATIQUE	42
Article 53 : Les Droits des Patients.....	42
SECTION 3 – LE DOSSIER PATIENT	46
Article 55 : Information relative au dossier médical	46
Article 56 : Accès aux informations nominatives informatisées	46
SECTION 4 – LA SORTIE	47
Article 57 : Hospitalisation libre.....	47
Article 58 : Hospitalisation sans consentement.....	47
Article 59 : Décès (Cf. procédure décès dans le logiciel YES)	48
SECTION 5 - L'UNITE DE SOINS INTENSIFS PSYCHIATRIQUES (USIP)	49
SECTION 6 - ORGANISATION DES SOINS EN STRUCTURES MEDICO-SOCIALES	49
SECTION 7 - ORGANISATION DES SOINS A L'UHPSA (Cf. RI de l'UHPSA consultable l'UHPSA)	49

CHAPITRE 4 – HYGIENE ET SECURITE	51
SECTION 1– REGLES DE SECURITE GENERALE	51
Article 60 : Contrôle d'accès et Opposabilité des règles de sécurité	51
Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement. En cas de problèmes de sécurité, tous les personnels qui interviennent exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect du statut de la fonction publique hospitalière et des textes pris pour son application.	
SECTION 2 – LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE	51
Article 61 : Accès à la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin	51
Article 61-1 : Circulation dans l'enceinte du CHMD	52
Article 62 : Circonstances exceptionnelles – Plans d'urgence	52
Article 63 : Rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police ou de gendarmerie-vidéo protection	53
Article 64 : La sécurité incendie, risques techniques et système d'information.....	53
Article 65 : Risques techniques.....	53
SECTION 3 - SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION.....	54
SECTION 4 – INTERDICTIONS et RESTRICTIONS	55
CHAPITRE 5 – DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL DU CHMD	57
SECTION 1 : LE PERSONNEL MEDICAL	57
Article 66 : praticiens hospitaliers temps plein.....	57
Article 67 : praticiens hospitaliers à temps partiel.....	57
Article 68 : praticiens contractuels	58
SECTION 2 : CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE	58
SECTION 3 : LE PERSONNEL NON MEDICAL	59
Article 69 : dispositions générales	59
Article 70 : respect des conditions réglementaires de travail	59
Article 71 : recrutement	59
SECTION 4 : LES DROITS ET LES DEVOIRS DU PERSONNEL	60
Article 72 : Les principaux droits sont :.....	60
Article 73 : Les obligations du personnel hospitalier	62
SECTION 5 : LES SANCTIONS.....	64
Article 74 : Sanctions disciplinaires	64
Article 75 : La Faute Disciplinaire.....	65
Article 76 : Sanctions disciplinaire des Fonctionnaires Titulaires et stagiaires.....	65
Article 77 : Les droits de l'agent poursuivi pour faute.....	66
Article 78 : Saisine de la commission de recours	67
Article 79 : Effacement de la sanction	67
Article 80 : La suspension provisoire d'un agent contractuel	68

CONCLUSION	69
Article 81 : Champ de compétence du RIG	69
Article 82 : Adoption et mise à jour du RIG.....	69
Article 83 : Publicité et consultation RIG.....	69
ANNEXES	70

PREAMBULE

Le présent **Règlement Intérieur Général (RIG)** de l'établissement s'appuie sur le code de la santé publique et autres textes qui régissent l'hôpital public.

Il a été soumis pour avis :

- A la **CME** le lundi 9 avril 2018 (*Avis favorable*)
 - Au **CTE** le jeudi 12 avril 2018 (*Avis favorable*)
 - Au **CHSCT** le mercredi 18 avril 2018 (*Avis favorable*)
 - Au **Directoire** le jeudi 19 avril 2018 (*Avis favorable*)
 - A la **CSMIRT** le lundi 30 avril 2018 (*Avis favorable*)
 - A la **CDU** le jeudi 3 mai 2018 (*Avis favorable*)
-
- Il a été approuvé par une délibération du **Conseil de surveillance du Centre Hospitalier Maurice DESPINOY (CHMD)** le **mardi 24 avril 2018**
 - Il ne reprend pas la totalité du dispositif réglementaire mais répond aux objectifs suivants : Informer les patients et leur entourage et rappeler aux personnels des grandes règles de fonctionnement du **Centre Hospitalier Maurice DESPINOY (CHMD)**.
 - Mettre en place des règles de fonctionnement courant de l'hôpital pour lesquelles le législateur a accordé une autonomie d'organisation : composition d'instances, modalités d'organisation fonctionnelle des activités cliniques et médico- techniques.
 - Véritable instrument juridique interne de l'établissement. Il définit ses règles de fonctionnement spécifiques concernant l'organisation médicale et administrative ainsi que les dispositions relatives aux usagers et aux personnels médicaux et non médicaux.
 - Etre le reflet de l'organisation générale, un document référent dans le cadre des procédures de certification, des inspections et dans le cadre de contrôle.

Le RIG résume les procédures qualité relatives à la prise en charge du patient. Le livret d'accueil du patient et les règlements intérieurs des unités de soins et structures médico-sociales viennent en complément.

Conformément à la réglementation, le RIG du CHMD est accessible à toute personne qui en fait la demande auprès de l'encadrement ou de la Direction.

Sur un plan pratique le règlement intérieur de l'établissement sera consultable sur demande, et sur le site internet de l'hôpital.

Pour les personnels, il est consultable sur intranet avec un lien pour accéder aux procédures concernées.

LA PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER

Principales activités du Centre Hospitalier Maurice DESPINOY

L'Etablissement Public de Santé Mentale de la Martinique est un établissement spécialisé où sont dispensés avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë de psychiatrie, ou des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, ou même une contrainte médico-légale.

L'EPSM Martinique exerce aujourd'hui ses missions, à partir d'une trentaine de sites d'hospitalisation complète ou partielle et extrahospitaliers qui couvrent tout le département. Il est organisé en pôles :

- **Pôle Nord Atlantique/Sud**
- **Pôle Centre/Nord Caraïbes**
- **Pôle Intersectoriel**
- **Pôle Pédopsychiatrie**
- **Pôle Médico-social**

Et deux Pôles administratifs :

- **Pôle Ressources (DG-DRH-DS)**
- **Pôles Finances (DAF-DITSEL-DCGSIO)**

L'HOSPITALISATION COMPLETE ADULTE est organisée sur deux sites :

- le site de MANGOT VULCIN : **130 lits (115 lits de court séjour et 15 lits USIP) ;**
- le Site de Balata : **97 lits (72 lits long séjour, 25 lits Géro-onto-psychiatrie).**

1 Dispositif d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) vient compléter l'hospitalisation :

- 37 familles soit 80 patients environ en AFT.

L'HOSPITALISATION DE PEDOPSYCHIATRIE est organisée comme suit :

1 Unité d'hospitalisation de 10 lits (Pédopsychiatrie) à MANGOT VULCIN :

- 5 hospitalisations complètes
- 5 accueils séquentiels

1 Equipe Mobile Hospitalisation Adolescents « EMHA »

HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL :

Structures Adultes :

- HDJ Trinité, Perrinon, Lamentin

Structure Pédopsychiatrie :

HDJ Autisme

Prise en charge ambulatoires :

1 filière ambulatoire PEDOPSYCHIATRIE constituée de : 8 CMP/CATTP de proximité	1 filière ambulatoire ADULTES constituée de : 7 CMP-CATTP et 1 antenne de CMP
1.SAINT-PIERRE	1.LAMENTIN
2.ACAJOU	2. RIVIERE-SALEE
3.ROBERT	3. (ANTENNE) MARIN
4.HIBISCUS(FDF)	4. TRINITE
5.RIVIERE-SALEE	5. FRANCOIS
6.MARIGOT	6. PERRINON
7.GLACIERE	7. MONTGERALD
8.FRANCOIS	8. SAINT-PIERRE

Autres structures de prise en charge :

- Une Equipe Mobile de Rue et d'Insertion (EMRI) qui intervient auprès des errants, et des individus en grande précarité sociale.
- GIR-HAD
- Centre ressources autisme (CRA) Martinique
- Centre de soins d'accompagnement de prévention en addictologie (CSAPA)
- Centre de soins pour adolescents (CSA)

Un pôle médico-social composé de :

Deux Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) : 104places

- Surcouf à Saint-Pierre : **60 places**
- Bel Air au Morne-Vert : **44 places**

Une Maison d'Accueil Spécialisées (MAS) 75 places

Deux implantations :

- Saint-Pierre **50 places**
- Sainte-Anne **25 places**

Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

- Balata (structure provisoire) **33places**
(Un projet neuf en cours d'instruction pour 2017/2018 - 60 places)

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

SECTION 1 – CONSEIL DE SURVEILLANCE - DIRECTOIRE - DIRECTEUR

Article 1 : Conseil de surveillance (Article L6143-1 du Code de la Santé publique)

Attributions

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L6145-16 du Code de la Santé Publique, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est de cinq ans. Elle prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Composition (Article L6143-5 du Code de la Santé publique)

Le Conseil de surveillance du Centre Hospitalier Maurice DESPINOY est composé de 15 membres, à savoir :

On distingue : les membres ayant voix délibérative, des membres avec voix consultatives.

Trois catégories de membres : 5 représentants des collectivités territoriales, 5 représentants du corps médical et personnels hospitaliers, 5 personnes qualifiées et des représentants des usagers (parmi lesquels est désigné le Président sur vote du Conseil de Surveillance)

Fonctionnement (article R.6143-8 à R.6143-16 du CSP)

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

En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

Les convocations à la première réunion du conseil de surveillance sont adressées par le président du directoire. Les autres modalités de la convocation du conseil de surveillance sont fixées par son règlement intérieur.

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur. Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques.

Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

La liste des membres est consultable au secrétariat de la Direction Générale.

Article 2 : Directoire

Attributions (Article L 6143-7-5 CSP)

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Composition : (Article L6143-7-5 du CSP)

Le directoire comprend sept membres dans les centres hospitaliers, Le président de la CME, vice-président (art. L.6143-7-3 du CSP), et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique (CSIRMT) y siègent. Quatre membres issus du personnel, majoritairement médical, sont nommés par le directeur, après information du conseil de surveillance ; la liste des personnes proposées est établie par le président de la CME. Leur mandat dure quatre ans ; il s'achève à leur départ de l'établissement, lors de la nomination d'un nouveau directeur ou à la fin du mandat au titre duquel ils siégeaient (art. L.6143-7 et D.6143-35-1 du CSP).

La liste des membres est consultable au secrétariat de la Direction Générale.

Article 3 : Directeur

Attributions (Article L.6143-7 du CSP)

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement.

Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions.

Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Il est assisté d'adjoints composant l'équipe de direction.

La fonction de Direction, se décline au CH Maurice DESPINOY en 5 Directions Fonctionnelles :

1. Direction des Soins (DS)
2. Direction des Ressources Humaines, de la Qualité et du Contentieux (DRH)
3. Direction de l'Ingénierie, des Travaux, des Services Economiques et Logistiques (DITSEL)
4. Direction des Affaires Financières et de l'Hospitalisation (DAF)
5. Direction du Contrôle de gestion et des Systèmes d'Information (DSIO)

Article 3 bis : Les gardes administratives (Décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010)

Une garde administrative est organisée pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable et faire face à tout événement susceptible d'entraver le fonctionnement normal de l'établissement. Elle est assurée par un membre de l'équipe de direction selon un calendrier établi par le directeur.

Pendant sa garde, le directeur de garde est investi par délégation de la compétence et de la responsabilité du directeur. Il lui appartient d'avertir ce dernier des événements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité ou concerner l'image du centre hospitalier Maurice Despinoy.

Les fonctionnaires occupant d'une part les emplois des corps et des statuts fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et d'autre part les fonctions d'administrateur provisoire dans le cadre de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique bénéficient de concessions de logement par nécessité absolue de service. Ces concessions sont attribuées en contrepartie de la participation de ces personnels aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public qui leur sont dévolues.

Les fonctionnaires occupant les emplois ou appartenant aux corps mentionnés ci-après, astreints à des gardes de direction ou techniques, en vertu d'un tableau établi, dans chaque établissement, par le directeur ou, le cas échéant, par l'autorité compétente pour les établissements non dotés de la personnalité morale, bénéficient également de concessions de logement par nécessité absolue de service lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de journées de garde fixé par un arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique :

- Ingénieurs ;
- Cadres socio-éducatifs ;
- Cadres de santé ;
- Attachés d'administration hospitalière ;
- Responsables des centres maternels, de pouponnières et de crèches ;
- Techniciens supérieurs hospitaliers

Les fonctionnaires bénéficiant de concessions de logement par nécessité absolue de service sont logés par priorité dans le patrimoine de l'établissement.

A défaut, lorsque ce patrimoine ne permet pas d'assurer leur logement, ils bénéficient, au choix de l'établissement dont ils relèvent :

- Soit d'un logement locatif mis à leur disposition dans les conditions prévues à l'article 4, dont la localisation est compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques ;
- Soit d'une indemnité compensatrice mensuelle, dont les montants sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique pour chacune des zones relatives au classement des communes, définies par les dispositions des articles 2 duodecies, 2 terdecies A, 2 terdecies B, 2 terdecies C, 2 quindécies B et 2 quindécies C de l'annexe III du code général des impôts, sous réserve que la localisation du logement occupé soit compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques.

SECTION 2 – INSTANCES REPRESENTATIVES DES PERSONNELS

Article 4 : Commission Médicale d'Etablissement

Composition

La composition de la Commission Médicale d'Etablissement des centres hospitaliers est fixée comme suit :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral dans l'établissement ;
- 4 représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- Des représentants des internes désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le président du Directoire ou son représentant ;
- Le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du Comité Technique d'Etablissement, élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

Le président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix. La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

La commission médicale d'établissement du CH Maurice DESPINOY comprend des membres de droit dont : l'ensemble des chefs de pôle d'activité clinique et médico-technique, et des membres élus répartis comme suit : *(Annexe Règlement intérieur de la CME)*

La liste des membres est consultable au secrétariat de la Direction Générale.

Attributions (Article R.6144-1 et 2 du CSP)

Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de Commission des Usagers (CDU)

La commission médicale d'établissement est notamment consultée sur le projet médical et le projet d'établissement, les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux, et est essentiellement informée sur les finances, la politique de recrutement des emplois médicaux et l'organisation interne de l'établissement.

La commission médicale d'établissement élit son président, vice-président du directoire
La Commission Médicale d'Etablissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des métiers et compétences. (GPMC)

Fonctionnement (Article R.6144-6 du CSP)

La commission médicale d'établissement du CHMD est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. Elle élit son président.

Sa composition et ses règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions qui suivent.

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

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la commission médicale d'établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Article 5 : Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Code de la santé publique : L 6143-1 - R 6144-40

Attributions (Article R6144-40 à R6144-41)

Le Comité Technique d'Etablissement du CHMD est consulté sur des matières sur lesquelles la Commission Médicale d'Etablissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ; (PGFP)
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC).

Le Comité Technique d'Etablissement est également consulté sur les matières suivantes :

- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Il est régulièrement tenu informé :

- De la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement
- Du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

Composition (Articles R.6144-42 R6144-66 du CSP)

Le Comité Technique d'Etablissement du CHMD comprend 12 membres représentant le personnel non médical. Ils sont élus au scrutin de liste.

Le CTE est présidé par le Directeur assisté par le Directeur des Ressources Humaines

Il est composé de représentants du personnel non médical élus pour une durée de 4 ans sur une base syndicale selon la répartition suivante

- Personnels de catégorie A : 2 titulaires et 2 suppléants
- Personnels de catégorie B : 6 titulaires et 6 suppléants
- Personnels de catégorie C : 8 titulaires et 8 suppléants

Il comprend également des membres consultatifs : un représentant de la CME ; le médecin du travail (lorsqu'il est concerné par l'ordre du jour) ; des experts.

La liste des membres est consultable au secrétariat de la Direction Générale

Fonctionnement (Articles R6144-68 à D6144-81)

Les membres siègent avec un mandat de quatre ans.

Le Comité Technique d'Etablissement ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Le Comité Technique d'Etablissement doit se réunir au moins une fois par trimestre à l'initiative de son président ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Le Comité Technique d'Etablissement du CHMD, se réunit au moins cinq fois par an et l'organisation est assurée par la direction des ressources humaines et de la formation. Il établit son règlement intérieur.

L'un des représentants du personnel est secrétaire du Comité Technique d'Etablissement. Les séances ne sont pas publiques. A l'issue de chaque séance, un compte-rendu détaillé est élaboré pour approbation à la réunion suivante.

Le Comité Technique d'Etablissement est présidé par le directeur ou son représentant.

Article 6 : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)**Mission** (Article L4612-1 du CSP)

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

1. De contribuer à la prévention et à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ;
2. De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;
3. De contribuer à l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail afin de faciliter l'accès des personnes handicapées à tous les emplois et de favoriser leur maintien dans l'emploi au cours de leur vie professionnelle ;
4. De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Droit d'alerte

En cas de constat d'un danger grave et imminent par l'un de ses membres, le CHSCT en avise immédiatement le chef d'établissement. L'avis d'alerte est écrit et l'employeur procède à une enquête dans les mêmes conditions que le droit d'alerte. En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, notamment par arrêt du travail, de la machine ou de l'installation, le CHSCT est réuni d'urgence dans un délai n'excédant pas 24 heures.

Droit de retrait

Le droit de retrait est exercé de telle manière que la situation ne puisse créer pour autrui à nouveau un danger grave et imminent.

Composition du Comité d'hygiène et de Sécurité et des conditions de travail du CHMD : (Novembre 2017)

Le CHSCT est présidé par le chef d'établissement (art. L.4614-1).

Une délégation du personnel qui comprend des représentants des personnels médicaux et non médicaux, dont le nombre est fixé en fonction de la tranche d'effectifs dans laquelle se trouve l'établissement (art. R.4615-9). Des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes sont désignés par la commission médicale d'établissement en son sein.

Des représentants des personnels non médicaux désignés par les organisations syndicales existant dans l'établissement ; les sièges sont répartis proportionnellement au nombre de voix qu'elles ont obtenues lors des élections au comité technique d'établissement (art. R.4615-11).

Assistent également, avec voix consultative, le médecin du travail, l'infirmière hygiéniste, la psychologue du travail, le préventeur des risques professionnels.

Il est chargé d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liées exclusivement aux problèmes d'hygiène et de sécurité. A cet effet, il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés du Centre Hospitalier et à l'amélioration de leurs conditions de travail, y compris ceux mis à la disposition de l'établissement par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires.

Il doit veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en matière d'hygiène et de sécurité et notamment à la procédure d'alerte en cas de constat d'un danger grave et imminent. Il peut procéder à des études et à des inspections.

La liste des membres du CHSCT est consultable au secrétariat de la Direction Générale.

Article 7 : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Code de la santé publique : R 6146-10 à 16

Attributions (Article R6146-10 à R6146-16)

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

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

Elle est informée sur :

1. Le règlement intérieur de l'établissement ;
2. La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;
3. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Fonctionnement :

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

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.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Le règlement intérieur de l'établissement fixe les modalités du scrutin, notamment les conditions du vote par correspondance.

La **Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico technique** (CSIRMT) est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Elle est présidée par le Coordonnateur Général des Soins.

- Les membres sont élus pour 4 ans renouvelables.

Article 8 : Commissions Administratives Paritaires locales (CAP)

Titre 4 du statut de la fonction publique hospitalière de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, chapitre 2, section 2 (Article 17 à 22)

Elles sont instituées par l'assemblée délibérante et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de dix commissions administratives paritaires distinctes :

4 commissions pour les corps de catégorie A

3 commissions pour les corps de catégorie B

3 commissions pour les corps de catégorie C

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même constitué de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents.

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 du personnel.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes sur toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire.

Un membre de la Commission administrative paritaire ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales se réunissent au moins deux fois par an. La présidence en est assurée par le Président du Conseil de Surveillance ou son représentant, le secrétariat par un agent de l'établissement désigné par le directeur. Les séances ne sont pas publiques. Le fonctionnement des Commissions Administratives Paritaires fait l'objet d'un règlement intérieur.

Les Commissions Administratives Paritaires du Centre Hospitalier Maurice Despinoy sont régies par les textes législatifs et réglementaires suivants :

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 17 à 22) :

Loi du 9 janvier 1986

Les titularisations	article 21
Avancement d'échelon	l'article 67
Avancement de grade	articles 68 et 69
Inscription sur liste d'aptitude	l'article 35
Notation, connaissance des notes et des appréciations...	l'article 65
Licenciement en cours de stage	l'article 37
Détachement	articles 51 à 59
Insuffisance professionnelle	article 88
Refus de congé formation syndicale	Article 97
Sanctions disciplinaires	articles 81 à 84

- Décret n ° 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 89-822 du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière
- Décret n ° 2014-819 du 18 juillet 2014 modifiant le décret n ° 2003-655 du 18 juillet 2003, relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la Fonction Publique Hospitalière relatif à la création de la CAP n ° 10

INSTRUCTION N ° DGOS/RH4/DGCS/4B/2016/237 du 21 juillet 2016 relative à la mise en œuvre de la réforme « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » au bénéfice des personnels de la fonction publique hospitalière

- Loi n ° 1986-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et notamment son article 67
- Loi n ° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016, et notamment son article 148 ;

21 décrets et arrêtés concernant la fonction publique hospitalière sont parus au Journal officiel du 21 mai 2016. D'ici à 2020, les grilles de rémunération de toutes les catégories seront révisées, tandis que le déroulement des carrières des fonctionnaires sera allongé.

Textes réorganisant les carrières des agents des catégories B et C :

- Décret n ° 2016-637 du 19 mai 2016 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2016-645 du 19 mai 2016 relatif au classement indiciaire applicable à certains corps de la catégorie B de la fonction publique hospitalière
- Arrêté du 19 mai 2016 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps régis par le décret n ° 2011-661 du 14 juin 2011 modifié portant dispositions statutaires communes à divers corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière
- Décret n ° 2016-636 du 19 mai 2016 relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière
- Décret n ° 2016-644 du 19 mai 2016 instituant différentes échelles de rémunération applicables aux fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière
- Arrêté du 19 mai 2016 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière

Textes spécifiques aux filières soignantes, de rééducation, médico-technique set socio-éducatives : Personnels infirmiers :

- Décret n°2016-640 du 19 mai 2016 modifiant le décret n o 88-1077 du 30 novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière
- Décret n o 2016-648 du 19 mai 2016 relatif au classement indiciaire applicable aux fonctionnaires régis par le décret n o 88-1077 du 30 novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière
- Arrêté du 19 mai 2016 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps régis par le décret n o 88-1077 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière
- Corps paramédicaux de la catégorie A
- Décret n°2016-639 du 19 mai 2016 modifiant les décrets relatifs à l'organisation des carrières de certains corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière
- Décret n°2016-647 du 19 mai 2016 relatif au classement indiciaire applicable aux corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière
- Arrêté du 19 mai 2016 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière
- Corps des personnels de rééducation et des corps médicot techniques de la catégorie B
- Décret n o 2016-638 du 19 mai 2016 modifiant les décrets n o 2011-746 et n°2011-748 du 27 juin 2011 portant statuts particuliers des corps des personnels de rééducation et des corps médicot techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière
- Arrêté du 19 mai 2016 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable au corps des personnels de rééducation et au corps des personnels médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière
- Décret n°2016-646 du 19 mai 2016 relatif au classement indiciaire applicable aux corps des personnels de rééducation et des personnels médico-techniques de catégorie B de la fonction publique hospitalière

Au Centre Hospitalier Maurice Despinoy, les Commissions Administratives Paritaires Locales se réunissent et est assurée par la direction des ressources humaines et de la formation.

Des commissions administratives paritaires départementales sont instituées par le Centre Hospitalier Universitaire Martiniquaise.

Présentation des CAPL du CHMD :

Les attributions de la CAP, notamment définies à l'article 56 du décret, sont de la compétence soit de la formation plénière, soit de la formation restreinte.

Toutes les affaires individuelles qui ne relèvent pas de la formation restreinte, sont traitées en formation plénière. En formation restreinte ne siègent que les représentants des groupes de grades égaux ou supérieurs à celui de l'agent dont on examine la situation (Cf. Le tableau récapitulatif des attributions de la CAP)

En formation plénière siègent tous les groupes de toutes les CAP.

	Loi du 9 janvier 1986	Autre(s) texte(s)
Cumul d'activités et compatibilités des fonctions exercées après cessation d'activité provisoire ou définitive.		Article 87 de la Loi 93- 122 du 29 janvier 1993. Article 25 de la Loi du 13 juillet 1983
Litiges relatifs à l'exercice des temps partiel	Article 46	
Refus de la démission du fonctionnaire	Article 87	
Mise à disposition	Article 48 et 49	Articles 38-2 du décret 88976 du 13 octobre 1988
Mises hors-cadres	Article 60	Articles 38-25 du décret 88976 du 13 octobre 1988
Disponibilité	Article 62	Articles 38-31,32, 33 du décret 88-976 du 13 octobre1988.
Reclassement pour raison de santé	Articles 72 à 76	
Perte d'emploi à la suite d'une suppression de poste	Article 93	

La formation plénière peut être saisie :

- À la demande de la CAP prise à la majorité des membres et transmise par le président à la demande du fonctionnaire lorsque la CAP a proposé 2 fois en vain son inscription au tableau annuel d'avancement, lorsque le directeur a inscrit au tableau d'avancement un agent malgré l'avis défavorable de la CAP directement par l'agent :
- Si celui-ci a fait l'objet d'une sanction du 2^o, 3^o et 4^o groupe plus forte que celle proposée par le conseil de discipline. ,
- Si celui-ci a fait l'objet d'un licenciement pour insuffisance professionnelle quand bien même la CAP n'avait pas formulé d'avis favorable.
- Les recours auprès de la commission des recours ne sont pas suspensifs de la décision du directeur, Cependant les délais de recours contentieux sont suspendus jusqu' à l'avis de la commission.

Cf. le guide de gestion, à consulter à la Direction générale

Article 9 : L'Equipe Opérationnelle d'hygiène (EOH)

Composition

Au Centre Hospitalier Maurice Despinoy, il comporte 4 membres dont :

- Une Pharmacienne hygiéniste
- Un Cadre hygiéniste
- Deux infirmières hygiéniste

Elle a pour missions :

- La prévention des infections nosocomiales notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
- La surveillance des infections nosocomiales
- La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales
- L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.

Au CHMD la CME est l'instance qui valide les travaux de l'EOH.

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

Les commissions dépendantes de la CME :

- Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) (Circulaire DHOS/E1/n°2002/186 du 29 mars 2002-Arrêté du 29 mars 2002)
- Sous-commission évaluation des pratiques professionnelles
- Commission de lutte contre la douleur (CLUD)
- Comité de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Commission de l'organisation de la permanence médicale et pharmaceutique

Autres commissions :

- Commission des usagers (CDU) (Cf. règlement intérieur)
- Commission de formation DPC
- Commission éthique

A notamment été installé au CHMD :

Un comité de pilotage qualité-risques-évaluation, trouvez ci-dessous l'organigramme fonctionnel : Voir présentation de l'organigramme.

SECTION 3 – ORGANISATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES

Article 10 : Organisation en Pôles

Organisation des activités clinique et médico-technique

Présentation Pôles d'activités :

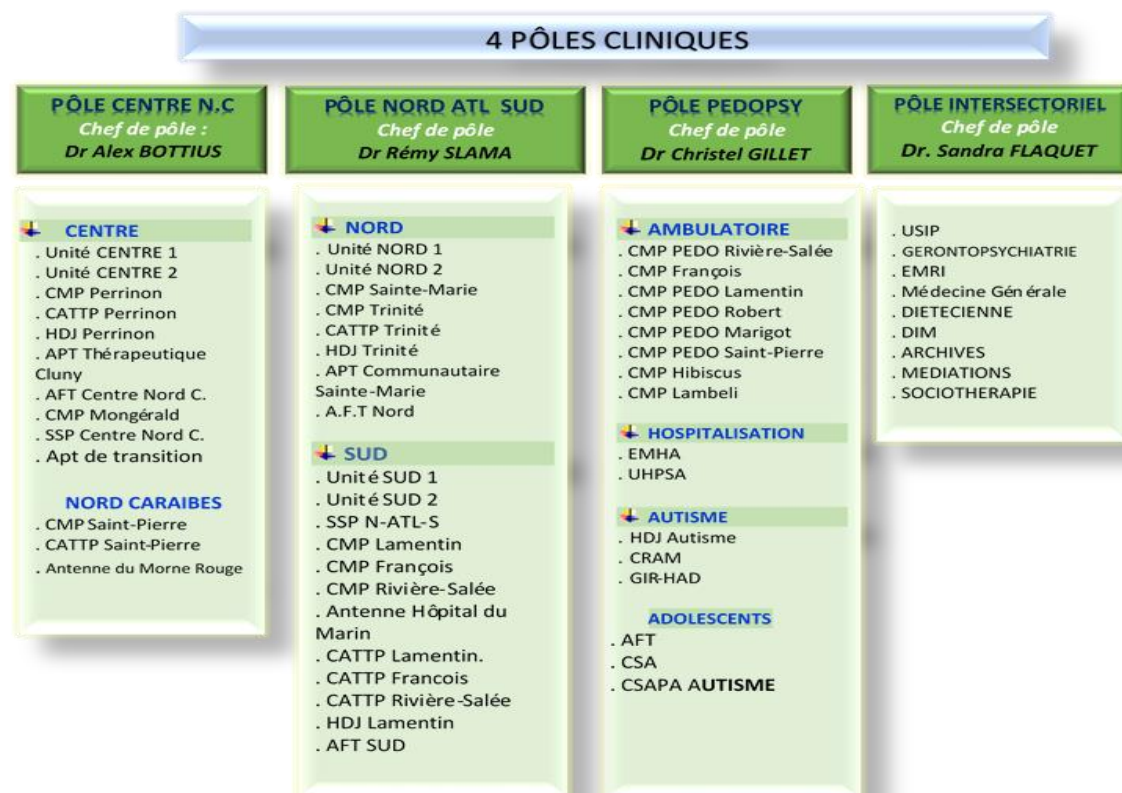
Le Centre hospitalier Maurice Despinoy est découpé en quatre pôles d'activité cliniques et médico-techniques dirigés par des chefs de pôle nommés par le directeur sur proposition établie par le président de la commission médicale d'établissement.

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

Conformément à la réglementation, le Centre Hospitalier Maurice Despinoy est organisé en quatre pôles d'activité :

L'EPDSM Martinique exerce aujourd'hui ses missions, à partir d'une trentaine de sites d'hospitalisation complète, partielle et extrahospitaliers qui couvrent tout le département.

- **Pôle Nord Atlantique/Sud**
- **Pôle Centre/Nord Caraïbes**
- **Pôle Intersectoriel**
- **Pôle Pédiopsychiatrie**
- **Pôle Médico-social**



Article 11 : Les chefs de pôle

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur sur proposition du PCME pour une période de quatre ans renouvelable. Ils choisissent le Cadre Administratif de pôle et le cadre supérieur de pôle.

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

Il met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle.

Ils assurent comme les responsables de structures internes, la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Article 12 : Les responsables des structures internes (Conforme au décret 2016-291 du 11 mars 2016)

Ils sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, pour une durée de quatre ans.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

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

Ils assurent comme les responsables de pôle, la mise en œuvre des missions assignées à l'unité fonctionnelle dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

L'assemblée générale du pôle est consultée, sur les projets du pôle, leurs déroulements et leurs évaluations.

SECTION 4 – RELATIONS AVEC LES USAGERS

Article 13 : Livret d'accueil

Dès son arrivée dans l'établissement ou, dès que son état le permet, chaque personne hospitalisée et consultante 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. La charte du patient hospitalier est affichée dans les unités de soins.

Article 14 : Satisfaction des usagers

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; ce questionnaire rempli est rendu à la direction de la qualité. Ces questionnaires sont traités chaque semestre de manière anonyme par la CDU et les services de soins. Des actions d'amélioration sont engagées au regard des résultats.

Parallèlement, une enquête ponctuelle sur une semaine est réalisée une fois par an auprès des patients.

Article 15 : Commission des Usagers (CDU) (*Annexe - RI de la CDU*)

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

Décret no 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé)

Composition

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet
- Un médiateur médecin et son suppléant
- Un médiateur non médecin et son suppléant
- Deux représentants des usagers et ses suppléants

Le responsable de la politique qualité participe aux réunions de la CDU mais ne dispose pas d'une voix délibérative. La **présidence** ou la **vice-présidence** de la commission peut être assurée par un représentant des usagers.

D'autres **membres facultatifs** peuvent composer la commission, selon le statut de l'établissement :

- Le président de la Commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission
- Le représentant de la Commission du service des soins infirmiers et son suppléant
- Un représentant du personnel et son suppléant
- Un représentant du Conseil d'administration ou de surveillance et son suppléant

D'autres membres désignés par le DG

- La coordinatrice de la CDU et La gestionnaire des plaintes

Le règlement intérieur du CHMD a complété la composition de la commission dans les conditions prévues aux II à VI de l'article R1112-81 modifié par Décret no 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé avec ces membres facultatifs

Attribution

La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle s'assure que les plaintes et réclamations non contentieuses sont examinées et font l'objet de réponses.

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

Fonctionnement

Le directeur arrête la liste nominative des membres et la fait afficher dans les unités de soins. La durée du mandat est de trois ans. Elle se réunit au moins trois fois par an.

Composition de la Commission de Usagers du CHMD :

La liste des membres est consultable au secrétariat de la Direction Générale.

Article 16 : Recours aux médiateurs

Les patients peuvent saisir un médiateur :

- **Médiateur 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.
- **Médiateur médical** : 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.

SECTION 5 – CERTIFICATION ET PUBLICATION DES INDICATEURS QUALITE

Article 17 : Certification et publication des indicateurs qualité

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé font l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification et donnant lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cette procédure constitue un temps fort de la dynamique continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité qui conduit à analyser l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient.

La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité (soins, techniques, logistiques, administratifs). Pour cela, l'établissement déploie une politique qualité participative et transversale permettant la mise en place d'actions d'amélioration sur des thématiques prioritaires et leur évaluation pour assurer le respect des droits des Patients.

Celle-ci se traduit dans l'organisation, la mise en œuvre des projets de pôles et leur évaluation. Pour renforcer cette volonté d'évaluation des actions mises en œuvre et du service médical rendu, la Haute Autorité de Santé demande aux établissements de santé de réaliser un suivi d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS). Le CHMD s'est engagé dans des évaluations annuelles de dossiers patients dans l'ensemble de ses secteurs d'activité autour du recueil de quatre indicateurs :

- La tenue du dossier patient,
- Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation,
- Le dépistage des troubles nutritionnels,
- La traçabilité de l'évaluation de la douleur.

Ces indicateurs sont communiqués en interne aux instances et aux services concernés, pour mise en place d'actions d'amélioration. Ils sont également publiés en externe sur le site Platines du Ministère de la santé et sur le site Internet de l'établissement.

Concernant le pôle médico-social, la mise en place de l'évaluation interne et externe d'amélioration de la Qualité de la prise en charge des personnes constitue une des priorités de ses actions.

L'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles précise en effet que les établissements et services médico-sociaux procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, élaborées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée.

Article 18 : Démarche qualité

Le Centre Hospitalier Maurice Despinoy a mis en place une politique visant à l'amélioration continue de la qualité des soins et des prestations qu'il réalise, des pratiques professionnelles, et de son organisation.

La politique qualité obéit à cinq orientations prioritaires :

- La recherche constante de la sécurité des soins par la maîtrise des risques,
- La conformité aux textes législatifs et réglementaires,
- L'évaluation en continu du système de management de la qualité et de la gestion des risques,
- La réponse optimale aux attentes et aux besoins des usagers, compte tenu des moyens affectés,
- L'atteinte du niveau de maturité attendu vis-à-vis des évaluations externes de la qualité et de la sécurité des soins : Certification des Etablissement de Santé de la Haute Autorité de Santé pour les secteurs d'activité Santé Mentale et Soins de Longue Durée et Evaluation externe des établissements médico-sociaux pour les sites EHPAD.

Il s'est donné pour objectifs de :

- Déployer la culture qualité et gestion des risques,
- Mettre en œuvre des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins opérationnelles, efficaces et coordonnées,
- Dynamiser l'évaluation des pratiques professionnelles,
- Renforcer l'implication des usagers dans les démarches qualité et gestion des risques,
- Développer les techniques d'analyse des risques a priori et posteriori,
- Encourager les signalements d'événements indésirables et de situations à risques,
- Faire évoluer l'accès aux informations nécessaires à l'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et des vigilances,
- Promouvoir la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS dans la prise en charge quotidienne et les organisations mises en place,
- Renforcer la qualité et la gestion des risques au sein de la gouvernance des pôles,
- Accompagner les projets de reconnaissance externe de la qualité,
- Développer la communication autour des projets en lien avec la qualité et la gestion des risques.

Le pilotage et la mise en œuvre de la démarche qualité sont assurés par des structures spécifiques en lien étroit avec la CME et son président. Ces structures ont pour mission d'organiser la transversalité, la cohérence et la coordination de la démarche qualité.

L'organigramme du service qualité peut être consulté à la Direction Qualité

CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADMISSION

SECTION 1 – LES ADMISSIONS

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi 2013-869 du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge définit les conditions d'admission et de séjour des personnes admises en soins sous contrainte.

Article 19 : Admission en soins psychiatriques

L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement. Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques. Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur Psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. (Article L. 3211-1)

L'admission en soins psychiatriques se décline sous 3 modalités :

- Les soins psychiatriques libres ;
- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

➤ Les soins psychiatriques libres

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux patients soignés pour une autre cause. (Soins Généraux)

Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. (Article L. 3211-2)

Articles 20 : Les soins psychiatriques sans consentement

Une personne adulte ne peut être hospitalisée sans son consentement que dans les deux cas prévus par la loi :

- Soins sur décisions du Directeur de l'établissement : il appartient au Directeur de prendre les décisions prononçant l'admission ou le maintien de la mesure de soins sous contrainte
 1. A la demande d'un tiers (SDTU, SDT)
 2. En cas de péril imminent (SPI)
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État : Les soins psychiatriques sur décision du maire ou du Préfet font l'objet respectivement d'un arrêté municipal ou préfectoral.

Article 21 : L'admission en soins psychiatriques « libres » (Articles L. 3211-2 du Code de la santé publique)

Règle générale :

Un patient admis pour troubles mentaux soit en hospitalisation complète, soit sous une autre forme que celle-ci dispose a priori des mêmes droits que ceux reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause médicale.

- Il a le droit de **circuler** librement au sein de l'hôpital (du moins dans les lieux ouverts à la circulation générale),
- Dans les unités fermées le CHMD organise la libre circulation des patients en soins libres,
- Il a le droit de choisir l'hôpital où il sera soigné (principe du libre choix), y compris

à l'extérieur de son secteur psychiatrique de référence.

En cas d'urgence, le malade peut être isolé, pour des raisons de sécurité, mais uniquement sur décision médicale. Cet isolement doit être strictement limité dans le temps et proportionné aux nécessités de l'urgence.

Article 22 : L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)

(Articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du Code de la santé publique)

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur demande d'un tiers que :

- Si ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;
Et
- Son état mental impose des soins immédiats assortis, soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète (art. L.3212-1, CSP.).

Ce mode d'admission nécessite donc l'intervention d'un tiers.

La demande d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) doit comporter les mentions manuscrites suivantes :

- La formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ;
- Des renseignements concernant le demandeur de l'admission et la personne faisant l'objet de la demande (nom, prénoms, date de naissance et domicile, et le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins) ;
- La date ;
- La signature.
- Si le demandeur ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'hôpital (ou l'administrateur de garde), qui en donne acte.

La demande de soins psychiatriques à la demande d'un tiers doit être accompagnée de deux certificats médicaux :

- Circonstanciés et datés de moins de quinze jours ;
- Établis par deux médecins (non parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs d'établissements habilités, ni du demandeur de l'admission, ni de la personne concernée). Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'hôpital d'accueil, tandis que pour le second certificat médical, le médecin peut exercer au sein du CHMD ;

Article 23 : L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgences (SDTU)

A titre exceptionnel, en cas d'urgence et lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, une procédure d'urgence peut être mise en œuvre (SDTU).

Dans ce cas particulier, le directeur de l'hôpital d'accueil (ou l'administrateur de garde), c'est-à-dire d'un hôpital habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte :

- Doit vérifier avant de prononcer l'admission que la demande a été établie conformément aux règles et s'assurer de l'identité du patient et de la personne qui a demandé l'admission
- Peut prononcer l'admission du malade au vu d'un seul certificat médical. Ce certificat peut, le cas échéant, émaner d'un médecin de l'hôpital d'accueil. Dans ce cas, les certificats médicaux qui doivent être établis dans les 24 heures et dans les 72 heures suivant l'admission doivent être établis par deux psychiatres distincts.

Qualité du tiers demandeur :

La demande d'admission doit être nécessairement présentée par un tiers. Celui-ci peut être :

- Un membre de la famille du malade,
- Ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieur à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.

Toutefois, la loi ne permet pas la prise en compte d'une demande du personnel soignant exerçant dans l'hôpital d'accueil (*art. L. 3212-1 II 1°, CSP.*).

Lorsqu'un majeur fait l'objet d'une protection juridique, son tuteur ou son curateur peut faire une demande de soins pour celui-ci, dans la mesure où il remplit les conditions précitées.

Article 24 : L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI)

Innovation majeure de la loi du 5 juillet 2011, la possibilité de recourir, sous certaines conditions strictes, à une mesure de contrainte sans tiers jugée médicalement nécessaire.

Ce dispositif a été créé afin de pallier aux insuffisances du dispositif précédent auxquelles les établissements de santé étaient de façon quotidienne confrontés en raison de l'absence de tiers demandeur de soins psychiatriques (dans le cas de personnes désocialisées, isolées, sans famille, en cas de crainte de représailles ou de refus manifeste de l'entourage).

Le directeur de l'hôpital d'accueil prononce la décision d'admission sous certaines conditions strictes et cumulatives :

- Les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement ;
- L'état mental de la personne malade impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ;
- Lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de soins par un tiers ;
- Et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne à la date d'admission.

Cette décision d'admission est accompagnée d'un certificat circonstancié établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et datant de moins de 15 jours, attestant que les conditions citées ci-dessus sont réunies. Ce certificat constate l'état mental de la personne atteinte de troubles mentaux, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins.

Article 25 : L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

(Articles L. 3213-1 à L. 3213-11 du code de la santé publique)

La décision d'admettre la personne sur décision du représentant de l'Etat est prise sur la base d'un arrêté motivé du Préfet de département, au vu d'un certificat médical circonstancié.

L'arrêté est motivé et doit énoncer précisément les circonstances rendant l'admission nécessaire. Une motivation insuffisante peut entraîner la main levée de la mesure.

Le certificat ne doit pas émaner d'un psychiatre exerçant dans l'hôpital d'accueil. Il peut en revanche être établi soit par un psychiatre extérieur à l'hôpital d'accueil, soit par un médecin extérieur à l'hôpital d'accueil, soit par médecin de l'hôpital d'accueil du moment qu'il ne dispose pas de la qualité de psychiatre (*Cour de Cassation. civ. 1ère, 15 juin 2017, n° 17-50.006*).

Le directeur du CHMD (ou l'administrateur de garde) est tenu de transmettre sans délai au préfet le certificat médical établi dans les 24 heures suivant l'admission par un psychiatre de l'hôpital d'accueil, ainsi que celui réalisé dans les 72 heures suivant l'admission et de l'avis conjoint lorsque ces deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques.

Le préfet doit informer, dans les 24 heures :

- Le procureur de la République informe le tribunal de grande instance (TGI) dans le ressort duquel est situé l'hôpital d'accueil et le procureur de la République près le TGI dans le ressort duquel la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour, le maire et la famille de la personne admise en soins psychiatriques sous contrainte
- Le maire de la commune du lieu d'implantation de l'hôpital et celui où la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de résidence
- La CDSP
- La famille de la personne malade
- Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique du patient.

Le préfet doit informer également sans délai les autorités et personnes citées ci-dessus de toute décision de prise en charge du patient sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

Contrairement au directeur, s'agissant des décisions relatives aux soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) et à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et en cas de péril imminent (PI), le préfet n'est pas lié par les certificats et avis médicaux établis (SDRE simple ou avec dispositif d'urgence) à condition que les deux psychiatres sont d'accord sur l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète (voir l'art. L. 3213-9-1 CSP qui règle les désaccords entre le préfet et les psychiatres)

La possibilité de transformation de la mesure de soins : Un patient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent peut faire l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du Préfet lorsque les troubles, dont il souffre, compromettent la sûreté des personnes (patients, personnels, visiteurs...). La procédure est alors celle régissant l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet.

De la même façon, si les conditions ayant justifié une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ne sont plus réunies, le patient peut voir cette mesure levée au bénéfice de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, voire, de soins psychiatriques libres.

Article 26 : Les soins psychiatriques faisant suite à une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale (ART 122-1)

Une personne ayant commis des faits d'une particulière gravité peut être admise en soins psychiatriques sur décision du préfet si les autorités judiciaires estiment que son état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public. L'admission en soins psychiatriques peut aussi être prononcée sur décision de l'autorité judiciaire (art. 706-135 code de procédure pénale)

Article 27 : Les soins Psychiatriques des personnes détenus atteintes de troubles mentaux (L3214-1 à L3214-5)

L'établissement accueille les détenus du Centre Pénitentiaire de DUCOS.

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation au sein de l'établissement.

Le certificat médical est établi par un médecin extérieur au centre hospitalier Maurice DESPINOY. L'admission en soins psychiatriques des personnes détenues ne peut se faire que sous la forme d'une hospitalisation complète.

Les modalités de suivi sont identiques à celles applicables aux patients admis en soins psychiatriques sur décision du préfet.

Le directeur de l'établissement pénitentiaire informe le service hospitalier du statut du détenu et informe la famille ou les proches de l'hospitalisation au CHMD. Les effets personnels amenés par la famille ou des proches à la demande du personnel sont remis au service de soins. Il appartient à la famille et aux proches de s'adresser à la direction de l'établissement pénitentiaire pour les visites et les communications téléphoniques.

La correspondance des détenus réceptionnée par l'hôpital est adressée au centre pénitentiaire pour traitement, seuls les courriers destinés aux Instances (JLD, CDSP, CDU...) sont directement adressés par le CHMD. Les personnes détenues atteintes de troubles mentaux sont prises en charge au sein de l'Unité de soins intensifs Psychiatriques (USIP).

Article 28 : Les formalités de l'admission

Les organismes de Sécurité Sociale, la mutuelle et /ou l'aide médicale prennent en charge tout ou partie du coût du séjour, l'équipe soignante, le secrétariat médical ou le service des frais de séjour, récupèrent les documents permettant d'établir l'identité du patient et toute information relative à sa protection sociale.

- **En qualité d'assuré(e) social** : la Carte Vitale ou à défaut, l'attestation de votre carte vitale ou votre attestation de Couverture Maladie Universelle (CMU).
- **Adhésion à une mutuelle** : votre Carte d'adhérent ou l'attestation de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC).
- **Une notification de prise en charge à 100%** pour les bénéficiaires.
- S'il n'y a pas de couverture sociale ou si aucuns documents nécessaires ne peuvent être fournis, le patient peut s'adresser à l'assistante sociale du service qui l'aidera dans les démarches d'admissions.

Pour accomplir les formalités d'admission, le **Bureau de l'Hospitalisation accueille les usagers** munis des documents suivants :

- Carte d'identité ou passeport,
- Justificatif de domicile (facture EDF, ...),
- Justificatifs d'Assurance Maladie : Carte Vitale avec l'attestation papier, Carte de mutuelle ou prise en charge, Attestation CMU, Volet 2 de la déclaration d'accident du travail, Carnet de soins gratuits, Notification d'allocations spécifiques, décision d'attribution de l'aide médicale d'Etat. En cas d'absence de couverture sociale, demandez conseil au Bureau de l'Hospitalisation

Les Frais d'Hospitalisation

Ces frais peuvent être pris en charge partiellement par le régime obligatoire d'assurance maladie ou en totalité si le patient bénéficie de l'exonération du ticket modérateur. S'il réside dans un département différent de celui de l'établissement de soins, la caisse d'assurance maladie peut limiter sa participation au tarif de l'établissement approprié. Cette décision peut entraîner une majoration de la participation aux frais d'hospitalisation.

Ticket modérateur

C'est la part des frais de séjour non couverte par l'assurance maladie qui peut être facturée :

- À la mutuelle complémentaire sur présentation d'un accord de prise en charge totale,
- À un organisme complémentaire CMU ou à l'Etat au titre de l'Aide Médicale sur présentation d'une notification d'attribution,
- Au patient, en l'absence de couverture complémentaire.

Forfait journalier

Il constitue une contribution minimale légale. Il peut être pris en charge par :

- Une mutuelle,
- Un organisme complémentaire au titre de la CMU,
- L'Etat au titre de l'Aide Médicale.

Dans le cas contraire, une facture sera adressée au patient.

Dans les unités de soins, le patient, les proches ou la famille, rencontrent un assistant du Service Social, qui intervient dans le respect des droits énumérés dans la Charte de l'usager en Santé Mentale.

SECTION 2 -Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) L3211-12-1 à 3211-12-5 / R3211-7 à R3211-26 du code de la santé publique

Ce contrôle se cumule avec le recours facultatif dont bénéficie le patient au titre de l'article L3211-12 du code de la santé publique.

L'hospitalisation ne peut se poursuivre au-delà d'un délai de 12 jours sans une intervention de plein droit du juge des libertés et de la détention.

Par ailleurs, ce contrôle est renouvelé tous les 6 mois à compter de la décision judiciaire si le patient est maintenu en hospitalisation complète.

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

A cet avis pourront s'ajouter des expertises médicales complémentaires si le juge des libertés (en considération de l'avis du médecin psychiatre ou du collège de professionnels) mandate une expertise dans les délais légaux. Dans tous les cas, les expertises devront être communiquées au juge dans un délai de 12 jours (R. 3211-14 CSP) à compter de l'ordonnance de désignation des experts.

L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin conformément aux conditions de sortie spécifiques à chacune des mesures de soins sous contrainte.

Le juge des libertés peut maintenir l'hospitalisation complète ou en ordonner la mainlevée.

Dans ce dernier cas, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi.

Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prendra fin.

Toutefois, lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises psychiatriques concordantes.

L'ordonnance du Juge des libertés peut faire l'objet d'un appel 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.

Si, passé le douzième jour d'hospitalisation complète, un psychiatre atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifiées une hospitalisation sur décision du Préfet ne sont plus réunies, le Préfet peut alors demander l'avis d'un deuxième psychiatre. Ce dernier dispose d'un délai de 72h pour se prononcer.

Article 29 : Le déroulement des audiences

Les audiences sont publiques. Toutefois le juge peut décider que les débats auront lieu à huis clos s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, ou si toutes les parties le demandent, ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice.

Les audiences ont lieu au sein de l'établissement, dans une salle spécialement aménagée sur le site du CHMD. Lors de l'audience, le patient est entendu. Il est assisté d'un avocat de son choix ou, à défaut, commis d'office.

Les audiences ont lieu deux fois par semaine, généralement le mardi et le vendredi.

Si un avis médical atteste que, en raison de ses troubles, l'audition du patient est de nature à porter préjudice à son état de santé, il sera représenté par un avocat.

Article 30 : Les Cas Particuliers

Si un avis médical atteste qu'en raison de ses troubles, l'audition du patient ne peut se faire hors de l'unité de soins, le patient sera auditionné dans son unité.

Les droits des patients hospitalisés sous contrainte *(Voir chapitre 3 « Droits des patients »)*
L3211-3, L3211-12 / R3211-8 à R3211-26 code de la santé publique

Le patient dispose de la possibilité d'exercer un recours auprès du juge des libertés et de la détention aux fins d'obtenir la mainlevée de la mesure de soins sous contrainte qu'elle qu'en soit la forme de sa prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins).

En outre, il doit recevoir les informations relatives à sa situation juridique, ses droits et voies de recours qui lui sont ouvertes. *(Voir chapitre 3 « Droits des patients »)*

Par ailleurs, il doit être le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, informé de la décision d'admission et de chacun des projets de décision visant le maintien de ses soins ou définissant la forme de sa prise en charge afin qu'il puisse émettre ses observations dont il conviendra de tenir compte dans la mesure du possible.

La décision d'admission prononcée par le directeur ou l'arrêté préfectoral sont notifiés au patient dans les 24 heures suivant son admission.

En tout état de cause, le patient dispose du droit de communiquer avec les autorités ci-dessous mentionnées :

- Le Préfet
- Le président du tribunal de grande instance de Fort-de-France ;
- Le juge des libertés ;
- Le maire de la commune ou son représentant ;
- Le procureur de la République du tribunal de grande instance de Fort-de-France
- La Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)
- Le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté

SECTION 3 – SITUATIONS PARTICULIERES

Article 31 : L'Admission des patients mineurs à l'UHPSA (Cf. règlement de fonctionnement de l'UHPSA)

(L 1111-2, L 1111-5, L 2212-4, L 2212-7, L 3211-10, L3211-1, L 3213-1, L 3211-12 et L 3213-9, R 1112-34 à R 1112-36 du code de la santé publique 371, 371-1, 372, 373-2-1 et 373-5 et 390 du code civil D 132-1 à D 132-5 du code de la sécurité sociale)

Principes

- La décision d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ne se justifie pas pour un mineur, car il appartient aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur de demander l'admission du mineur en cas de nécessité, comme pour toute hospitalisation.
- L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat est possible pour un mineur, mais doit demeurer exceptionnelle.
- Le juge des enfants peut décider de placer un mineur dans un établissement de soins spécialisé. Cette décision du placement, qui est fondée sur les articles du Code civil concernant l'assistance éducative est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'hôpital, et pour une durée maximale de 15 jours. Elle peut être reconduite, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'hôpital d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

Admission en psychiatrie

Le mineur est pris en charge à l'UHPSA à partir de 12 ans.

Un mineur ne peut pas faire l'objet d'une mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Admission d'un mineur

Sauf cas d'urgence, l'admission d'un mineur est prononcée à la demande des personnes titulaires de l'autorité parentale, du conseil de famille, ou du tuteur légal avec l'autorisation du juge des tutelles.

Le juge des affaires familiales statue en cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Le magistrat peut être saisi par la famille, les soignants ou le Directeur ; selon la gravité.

L'admission d'un mineur par l'autorité judiciaire dans le cadre de l'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) est prononcée par le directeur ou son représentant, avec l'accord du médecin responsable de l'unité de soins et sous réserve de l'existence d'une place vacante, et pour une durée maximale de 15 jours (le cas échéant renouvelable).

Les mineurs sont admis le plus souvent en hospitalisation libre, l'hospitalisation sans consentement, sur décision du représentant de l'Etat devant rester une exception, ainsi que les admissions au titre de l'article D.398 du Code de Procédure pénale.

Article 32 : Majeurs juridiquement protégés

Les patients peuvent faire l'objet, si leur état de santé l'exige, d'une mesure de protection juridique (loi du 5 mars 2007) : sauvegarde de justice (avec ou sans mandat spécial), curatelle (simple ou renforcée) ou tutelle. Cette mesure peut avoir été décidée antérieurement à leur hospitalisation, ou être mise en route pendant leur hospitalisation. De nouveaux modes de protection qui ont vocation à se développer : mandat de protection future (art. 477 à 494 code civil), habilitation familiale (art. 494-1 et suivants code civil)

Le juge désigne le mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) de l'établissement quand la personne est hospitalisée depuis une longue durée ou qu'elle est hébergée dans l'une des structures de l'établissement, (F.A.M., M.A.S ou EHPAD).

Ce mandataire, membre du personnel de l'hôpital, doit être titulaire d'un certificat national de compétences et agréé par le préfet. Il exercera en toute indépendance ses missions d'assistance et de conseil (curatelle) ou de représentation (tutelle)

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

La charte des droits et libertés de la personne majeure protégée sera affichée dans le service du MJPM et un exemplaire sera remis à tout nouveau majeur protégé. Lui seront également remis une notice d'information et le « document individuel de protection des majeurs ».

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

Article 33 : Etrangers

Recours à un interprète *(Voir la procédure d'appel à un interprète est à disposition dans le logiciel « YES »).*

Les patients non-résidents et les patients étrangers non couverts par l'assurance maladie et qui ne sont pas admis en urgence sont pris en charge au CHMD. Le service du Bureau de l'hospitalisation prend l'attache des consulats, le cas échéant, au cas par cas en vue de la prise en charge financière du séjour.

SECTION 6 - L'ADMISSION DES RESIDENTS / USAGERS DANS LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES *(L 311-3 à L 311-11 code de l'action sociale et des familles-Social)*

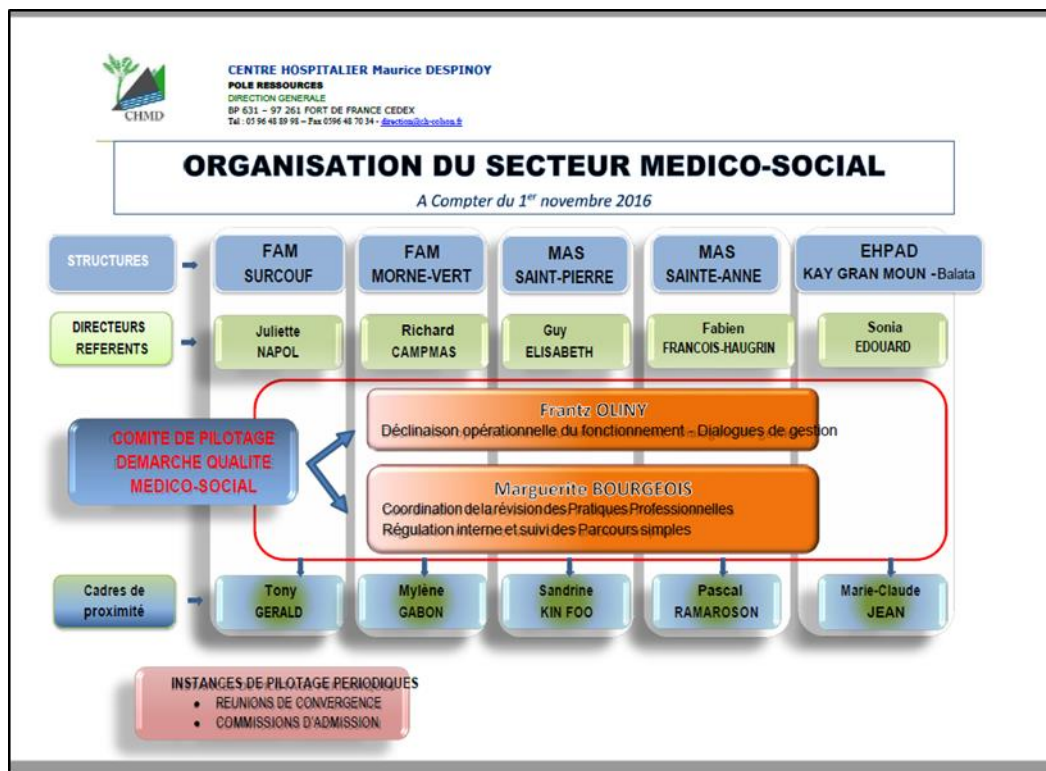
Article 34 : Présentation sommaire des Structures

Les structures médico-sociales se répartissent sur les territoires de proximité du Nord Caraïbe, du Centre et du Sud.

Ainsi, elles se positionnent comme suit :

- | | |
|-------------------|---|
| Pour les F.A.M. : | Une structure de 44 places sur la commune du Morne-Vert et une de 60 places sur celle de Saint-Pierre |
| Pour l'EHPAD : | Une structure provisoire de 33 places - 14 km route de Balata – Fort-de-France. |
| Pour la M.A.S. : | Une structure de 75 places « sur deux sites » - Saint-Pierre (50 places) et Sainte-Anne (25 places). |

Article 35 : L'organigramme du Médico-Social (Annexe)



Article 36 : Les règles d'admission

Le partage d'un langage commun et compris de tous fait partie intégrante de la démarche qualité. La clarification est d'autant plus importante, qu'elle engage le positionnement des structures médico-sociales en tant que services intégrés dans le fonctionnement d'un établissement, l'EPSM.

De plus, l'admission s'entend essentiellement dans une dimension administrative. La procédure d'admission concerne au premier plan les demandes et les décisions d'admissions qui sont des actes créateurs d'un réel engagement conditionnant l'intégration de l'utilisateur.

Ils concrétisent un engagement des deux parties, le CHMD au travers de ses structures médico-sociales et l'utilisateur qui formule une demande.

La rencontre de ces deux volontés explique la formation d'un réel contrat de séjour signé par les parties concernées.

Article 37 : La Commission d'Admission

La Commission d'Admission est une réunion pluridisciplinaire qui permet de donner un avis éclairé au directeur des structures médico-sociales, afin de prononcer les admissions en connaissance de cause.

La commission d'admission est garante du respect de la procédure ainsi que du projet d'établissement. Elle formule toute proposition concernant l'amélioration de la procédure d'admission. Au regard des places à pourvoir, la commission donne un avis concernant les candidatures. À ce titre, elle réexamine les listes d'attente, et les ordres de priorité. Elle prend en compte les conclusions de la Commission de Régulation de suivi des parcours simples des résidents.

Un entretien de préadmission mené par un médecin psychiatre référent de la structure médico-sociale concernée et le cadre de la structure, est effectué, pour la complétude du dossier. Le cadre

prévoit notamment la rencontre du candidat avec un binôme soignant et socio-éducatif, ainsi qu'un rendez-vous avec l'assistante sociale de la structure demandeur. Une fiche de liaison est prévue et est transmise à la commission.

Les réunions :

La fréquence des réunions doit permettre de traiter assez rapidement les demandes d'admissions en attente, et ce au regard des places disponibles. Une réunion est programmée suivant les besoins. Le secrétariat de direction du secteur médico-social centralisera les demandes en attente de l'ensemble des structures médico-sociales. Il sera informé des places disponibles en temps réel à la fois par les cadres et par le Bureau de l'Hospitalisation. Le secrétariat se charge du planning des réunions et des convocations de la commission qui devra se réunir au rythme des demandes.

Les critères retenus pour toutes les structures sont les suivants :

- La priorité aux patients du CH Maurice Despinoy,
- Pas de profils toxicomanes avérés ni de patients présentant des conduites addictives et délictueuses
- La garantie de la conformité du profil au regard des moyens et des missions des ESMS

Une fois la décision d'admission prononcée par le Directeur, « la date d'entrée du futur résident est immédiatement fixée, et ce, en concertation avec les cadres des structures concernées. Le secrétariat est chargé de notifier aux cadres, aux familles, et ou aux représentants légaux les décisions de la Commission d'Admission »

CHAPITRE 3 – ORGANISATION DES SOINS

SECTION 1 – LE SEJOUR

Article 38 : Hospitalisation librement consentie

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par le personnel de l'établissement. Les patients doivent être informés par des moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dès son arrivée dans l'établissement, ou en tout état de cause dès que son état le permet, le patient reçoit le livret d'accueil, dans lequel est disponible la charte du patient.

Les patients doivent recevoir les soins somatiques que leur état requiert, dans le service qui les accueille.

Pour les soins ne pouvant être réalisés au CH MAURICE DESPINOY, des consultations peuvent être organisées à l'hôpital général ou en ville.

Article 39 : Accueil des familles

L'équipe soignante reçoit les familles et se tient à leur disposition pour toute information.

Les médecins reçoivent les familles des patients qui le demandent, aux jours et heures qui sont portés à leur connaissance.

Article 40 : Visites au sein des unités

Les visites sont autorisées en semaine de 14 heures à 18 heures, le week-end et jours fériés le matin 10 H – 12H et l'après-midi 14H-18H, à l'exception de l'USIP et l'UHPSA (Cf. règlement intérieur de chaque unité)

Des dérogations peuvent être accordées hors de ces horaires en accord avec l'équipe soignante du service.

Toutefois sur décision du responsable médical concerné, les visites peuvent être limitées, voire interdites le temps nécessaire à la situation clinique du patient.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients ni gêner le fonctionnement des services, ils ne doivent apporter ni médicaments, produits laitiers et plats cuisinés. Les boissons sont autorisées mais en contenance limitée.

Article 41 : Hospitalisation sans consentement

Les articles précédents s'appliquent a priori, mais ces dispositions peuvent être adaptées selon les orientations médicales nécessitées par l'état de santé de la personne.

Article 42 : Droits et libertés

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent se limiter à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement (Prescription médicale).

En toutes circonstances, la dignité du patient doit être respectée. Il est informé dès son admission de sa situation juridique et de ses droits.

Article 43 : Isolement et contention

Les mesures de contention et d'isolement sont des mesures d'exception et des pratiques de dernier recours. Sur décision d'un psychiatre, il doit y être procédé pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui et pour une durée limitée par la prescription. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte conformément aux protocoles mis en place dans l'établissement. (Cf. protocoles de contention et de mise en chambre d'isolement)

Le médecin qui pratique la mesure est préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant

les périodes de garde, **cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées.** Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.

Ces prescriptions et surveillance de mise en chambre d'isolement, et le cas échéant sous contention, des patients hospitalisés, sont tracées dans le dossier patient.

Article 44 : Le Registre des isolements

Cette traçabilité alimente un registre des isolements et contentions de l'établissement, registre non nominatif, qui détaille :

- Le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient. Il devrait à terme permettre un meilleur recueil de données relatives à ces pratiques.

Ce registre numérique, placé sous la coordination du Département d'Information Médicale, est accessible aux médecins de garde et administrateur de garde, pour une éventuelle consultation par une autorité habilitée : commission départementale des soins psychiatriques, contrôleur général des lieux de privation de liberté, parlementaires...

Il est complété par une requête permettant de détailler à un moment donné le nombre de patients relevant de telles mesures d'exception, et de les localiser, requête ouverte aux médecins de garde, administrateur de garde, encadrement soignant.

Article 45 : Consentement aux soins

Le patient est associé par les professionnels de santé aux décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ou sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur ou du tuteur s'il s'agit d'un majeur sous tutelle. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque le patient 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 désignée (*Article R.4127-36 du code de la santé publique*) ou la famille ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. (Cf. **Procédure de la désignation de la personne de confiance**)

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

Pour être valables, ces directives doivent être récentes et ne pas dater de plus de trois ans. Elles sont révocables à tout moment.

Article 46 : Prise en charge de la douleur

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

Article 47 : Prise en charge nutritionnelle

Les repas sont servis dans la salle à manger du service, si l'état de santé du patient le requiert il est pris en chambre.

Le centre hospitalier Maurice Despinoy a mis en place un Comité de Liaison sur l'Alimentation et la Nutrition (CLAN) composé de médecins, de cadres, de personnels infirmiers, d'aides-soignants et de diététiciens.

Le recueil et la saisie informatisée des aversions sont effectués lorsque cela est possible à l'entrée du patient.

Article 48 : Information du malade et de ses proches

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille et le tuteur ou curateur des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital. Il incombe au personnel prenant en charge le patient et plus particulièrement au service social de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de son hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre hôpital ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels.

En cas de décès, l'information des familles est assurée par l'équipe médicale et soignante.

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Le patient doit être informé de manière adaptée de son mode d'hospitalisation et du projet de maintien de la mesure et doit être à même de faire valoir ses observations. *(L'article L.1111-4 du code de la santé publique)*

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.

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent en dispenser l'équipe de soins. 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.

Article 49 : Refus de soins (Cf. procédure de sortie sans avis médical)

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

La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

L'équipe soignante en informe immédiatement le directeur de l'établissement ou son représentant.

Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

Article 50 : Discretion demandée par le malade

Excepté dans les cas de dérogations expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations concernant le patient venu à la connaissance d'un professionnel de santé de l'hôpital, de tout membre du personnel de l'hôpital ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'hôpital ou les dits organismes.

Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans les cas suivants :

- Entre professionnels de santé, lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.
- Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même patient, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sur accord du patient dûment averti.

Avec les proches ou la famille :

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé. Le personnel doit informer le patient de ces dispositions.

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

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

En cas de décès : le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès.

Article 51 : Désignation de la personne de confiance : L1111-6 du code de la santé publique

Toute personne majeure admise en hospitalisation 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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance n'a pas vocation à se substituer au patient. Elle l'accompagne en ce sens qu'elle peut assister aux entretiens, poser les questions et ainsi aider le patient à prendre ses décisions. Mais, elle ne pourra imposer son choix et le professionnel de santé ne saurait s'y référer s'il n'est pas conforme à ce qu'exprime le patient.

La personne de confiance n'a pas accès, en tant que tel, au dossier médical du patient, ni de son vivant, ni après son décès. Les patients bénéficiaires d'une mesure de tutelle ne peuvent pas désigner une personne de confiance. Toutefois, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de la personne de confiance désignée antérieurement à la mise en place de la mesure, soit la révoquer.

Article 52 : Droit au respect et à l'intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention

et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image, et le droit à des soins appropriés.

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, et d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et d'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

Toute forme de familiarité avec les patients est proscrite. L'hôpital prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil

SECTION 2 – DROITS ET DEVOIRS DES PATIENTS : VIE PRATIQUE

(Cf. Les spécificités du Règlement intérieur et des règles de vie des unités de soins)

Le règlement intérieur du CH Maurice DESPINOY souhaite faire vivre les droits des patients, tels que portés par le Code de la Santé Publique, les dispositions de la loi du 4 mars 2002 et la charte de la personne hospitalisée.

Article 53 : Les Droits des Patients

1. Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques libres Consentement aux soins *(Article L3211-2 du Code de la Santé Publique)*

Hormis les cas prévus par la loi, et notamment l'hospitalisation sans consentement pour troubles mentaux, nul ne peut être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation sans son consentement ou celui de son représentant légal.

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Parmi ces droits, la liberté d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où les personnes sont hospitalisées ne peut être remise en cause pour les personnes hospitalisées librement. Toutefois, en raison d'organisation de services ne permettant pas toujours à ces personnes d'être admises au sein d'unités ouvertes, elles doivent être informées de leur droit, et les soignants doivent faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et venir.

2. Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques sans consentement *(Articles L.3211-3 et suivants du Code de la Santé Publique)*

Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par l'état de santé et la mise en œuvre du traitement. Elles s'appliquent après une réflexion bénéfice/risque menée en équipe.

En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée, dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

3. En tout état de cause, elle dispose du droit :

- De communiquer avec les autorités : représentant de l'Etat, président du Tribunal de Grande Instance, Procureur de la République
- De saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)
- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix
- D'émettre ou de recevoir des courriers
- De consulter le règlement intérieur, le livret d'accueil et de recevoir les explications qui s'y rapportent

- D'exercer son droit de vote sauf incapacités prononcés par le juge de tutelle
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix

4. Libre choix

(Article L3211-1 du Code de la Santé Publique)

Toute personne hospitalisée, ou sa famille, dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale de son choix, au sein du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. Des exceptions peuvent être envisagées au cas par cas.

Ce droit ne peut être limité que par l'organisation et les moyens des services, et les règles d'hospitalisation sans consentement.

5. Droit à l'information

Les malades et les familles ont droit aux informations sur les conditions d'hospitalisation et les modalités de soins, dans le respect des règles déontologiques des professions de santé.

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades hospitalisés en urgence soit prévenue, sauf refus connu et valablement exprimé par l'intéressé.

Dans l'hypothèse où le malade ne peut exprimer valablement sa volonté, la famille doit être prévenue, sauf contre-indication médicale.

Dans le respect des règles déontologiques applicables et des recommandations de bonnes pratiques, les médecins assurent l'information des patients, de façon appropriée, accessible et loyale.

Lorsque, postérieurement à l'exécution d'investigations traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée au cours d'un entretien individuel (sauf impossibilité de la retrouver).

Les personnels soignants participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les patients participent aux choix thérapeutiques qui les concernent, et sont informés préalablement de la nature, bénéfices, risques et conséquences des soins proposés (sauf s'ils ont manifesté leur volonté de ne pas en être informé).

L'hôpital s'engage à protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes prises en charge. Toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations la concernant (à l'exclusion des informations concernant des tiers ou transmises par des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique). Ces informations figurent dans le dossier patient informatisé du CH MAURICE DESPINOY.

L'information, dans le cas de l'hospitalisation d'un mineur est donnée aux titulaires de l'autorité parentale. Le mineur a droit de recevoir lui-même l'information et de participer à la prise de décision le concernant, de manière adaptée à son degré de maturité. Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté. Si le mineur demande qu'aucune indication ne soit donnée aux titulaires de l'autorité parentale, 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.

6. Confidentialité sur la présence des patients au CH MAURICE DESPINOY

La non-divulgence de l'identité du patient est une obligation. Toutefois cette disposition ne fait pas obstacle à la possibilité faite au Directeur d'y déroger pour les militaires, ni à l'obligation prévue à l'article L3212-11 de tenir un registre informatisé dans les établissements.

Avant de communiquer toute information à un tiers, y compris la simple révélation de la présence d'un patient dans l'établissement, le personnel hospitalier doit vérifier que le patient autorise la diffusion de cette information, et s'entourer de toutes les précautions nécessaires (Cf. procédure téléphone).

7. L'accès au dossier médical

Le patient a la possibilité de demander la communication de son dossier médical en adressant un courrier accompagné de la copie de sa pièce d'identité à la direction du CHMD.

Le médecin responsable du dossier médical peut recommander la présence d'une tierce personne ou d'un médecin désigné.

Le patient peut également consulter sur place son dossier, avec ou sans accompagnement d'un médecin, selon son choix.

Un délai minimum de 48 heures est requis pour satisfaire sa demande, mais les éléments demandés doivent être communiqués au plus tard dans les huit jours.

Dans le cas où les informations datent de plus de 5 ans, ce délai est porté à 2 mois.

La consultation du dossier sur place est gratuite. Pour obtenir copie de tout ou partie du dossier ou d'un envoi au domicile du patient, les frais sont à sa charge. Le dossier médical est conservé pendant vingt ans à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation.

Un montant de 15cts d'euros sera demandé par feuille copiée (Payable par chèque).

8. Le téléphone

L'utilisation du téléphone du service est soumise à l'avis du médecin et aux disponibilités du service.

A sa demande et sur autorisation du médecin, le patient peut utiliser son téléphone portable. Le vol ou la perte du téléphone portable n'engage pas la responsabilité de l'établissement.

Les communications téléphoniques peuvent être restreintes pendant une période limitée en fonction de l'état de santé du patient.

9. Le courrier

Le courrier reçu est acheminé dans le service par le vaguemestre et confié au personnel soignant qui le remettra au patient. Il est indispensable que le correspondant mentionne le nom, prénom et le service dans lequel le patient est hospitalisé.

Le courrier dûment affranchi est transmis pour expédition au bureau de l'hospitalisation.

10. Le culte

Pendant la durée de l'hospitalisation, le patient peut faire appel au ministre du culte de son choix. Un lieu de culte est à sa disposition, ce lieu est indiqué par le personnel soignant.

11. La liberté de circuler

Toute personne hospitalisée dispose du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement.

L'atteinte à cette liberté ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du patient et sur les indications médicales.

Le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances qui doivent être appréciées et médicalement justifiées. Il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'état de santé du patient.

12. Réclamations

Pour toutes questions ou réclamations relatives à son séjour, le patient doit s'adresser prioritairement au cadre de santé du service, il peut également adresser un courrier à la direction de l'établissement.

La Commission des usagers (CDU) veille au respect de ses droits et a pour mission de faciliter ses démarches. Elle peut être chargée par la direction de répondre aux questions et réclamations.

Les courriers sont à adresser à l'adresse suivante :

Madame la Directrice du CHMD

Bureau de l'hospitalisation

BP 631-97261 FORT DE FRANCE Cedex

13. La commission des usagers : CDU

Elle veille au respect des droits des patients et examine les propositions d'amélioration des soins. Elle s'efforce d'apporter une réponse aux réclamations en liaison avec la direction et les équipes soignantes, en formulant des recommandations en vue d'apporter une solution aux litiges signalés. La CDU informe les plaignants sur les voies de recours et de conciliation dont ils disposent. Elle assure aussi un rôle de médiation entre les patients et les professionnels de l'établissement. Les membres de la CDU sont désignés parmi les représentants des associations des usagers.

14. Le respect des règles de vie commune

L'hôpital est un lieu de soins où les patients sont en contact avec des professionnels de santé et avec d'autres patients. Le séjour dans l'établissement implique le respect d'autrui.

Une importance toute particulière est apportée :

- Au respect des personnes : l'agression tant verbale que physique n'est pas tolérée. Toute agression peut faire l'objet d'un dépôt de plainte auprès des autorités judiciaires (Cf. procédure).
- Au respect des matériels et à la propreté des locaux : tout dégât fait l'objet d'une demande d'indemnisation à l'encontre de l'auteur.
- Au respect des règles de vie de chaque service.

15. Les objets dangereux ou matières dangereuses

Les objets ou matières susceptibles d'être dangereux au cours de l'hospitalisation, sont confiés à l'équipe soignante et mentionnés dans l'inventaire.

Les armes ou produit dangereux ne sont pas autorisés, ni au sein des unités ni dans l'enceinte de l'établissement, et seront le cas échéant confisqués en vue d'une destruction, par les forces de l'ordre. Confiscation sur décision du directeur d'établissement. Les armes en attendant leur remise aux forces de l'ordre seront placées dans un coffre sans révéler l'identité du patient.

16. Visites

Les visiteurs sont invités à informer le personnel de tout bien remis à leur proche. Comme dans tous les établissements de santé, les visites des enfants sont encadrées, et peuvent le cas échéant être organisées en dehors des unités d'hospitalisation,

17. L'alcool et substances toxiques

L'introduction et la consommation d'alcool et de substances toxiques sont interdites dans l'enceinte de l'établissement.

Ces substances font l'objet d'un retrait et d'une remise aux services de police sans révéler l'identité du patient. Confiscation sur décision du directeur d'établissement et placées dans un coffre sans révéler l'identité du patient.

18. Le tabac

Conformément au décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006, il est interdit de fumer dans l'enceinte des bâtiments de l'établissement.

Des pauses tabac sont proposées dans l'enceinte des jardins ou coursives ouvertes. Il est demandé de respecter les modalités mises en place dans le service pour permettre de fumer hors des locaux. L'équipe soignante est à la disposition du patient pour lui proposer une prise en charge substitutive. Le risque incendie fait partie de nos préoccupations majeures. La prévention du risque incendie nécessite le respect des modalités mises en place dans le service.

En cas d'incendie il faut alerter l'équipe sécurité (Balata : 0596 528646/MV :777). Le numéro d'appel général en cas d'incendie est le 18.

SECTION 3 – LE DOSSIER PATIENT

Article 55 : Information relative au dossier médical

(Articles L1112-1 et L1111-7 du Code de la Santé Publique)

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Le patient qui en fait la demande, peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4. La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Article 56 : Accès aux informations nominatives informatisées

(Loi du 6 janvier 1978)

Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives doivent être informées : du caractère obligatoire ou facultatif des réponses ;

- Des conséquences à leur égard d'un défaut de réponse ;
- Des personnes physiques ou morales destinataires des informations ;
- De l'existence d'un droit d'accès et de rectification.

Toutes les mesures sont prises pour préserver la confidentialité des informations. Le responsable du Département d'Information Médicale est chargé du recueil et du traitement de ces données

SECTION 4 – LA SORTIE

Article 57 : Hospitalisation libre

(Cf. procédure de fugue dans « YES »)

1. Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé du patient ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin.

Lorsque l'état du patient nécessite un transfert dans un autre établissement assurant des soins adaptés à son état, l'établissement prend le cas échéant toutes mesures utiles pour permettre ce transfert. Sauf opposition de l'intéressé, les proches sont informés de ce transfert dans les meilleurs délais.

2. Sortie contre avis médical (Cf. procédure de sortie)

A l'exception des mineurs, les patients peuvent, à leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation déchargeant l'hôpital de toute responsabilité quant aux suites de cette décision.

Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de refus est rédigé. Le document doit être conservé dans le dossier du patient.

3. Bulletin de situation

Le Bureau de l'hospitalisation remet au patient un bulletin de situation qui ne portera aucune information d'ordre médical.

4. Les Mineurs

Sous réserves d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiées qu'à leur père, mère, tuteur et aux tierces personnes expressément désignées par ceux-ci.

En cas de sortie d'un mineur sans autorisation et à l'insu du personnel soignant, l'établissement prévient la famille et le service de police ou de gendarmerie territorialement compétent par mail et par téléphone.

Sous réserves d'éventuelles décisions judiciaires, les pères, mère, tuteur ou personnes expressément autorisées par ceux-ci sont informés de la sortie prochaine du mineur. Ils devront faire connaître par écrit à l'administration si le mineur peut ou non quitter l'établissement seul.

5. Questionnaire de satisfaction

Tout patient reçoit avant sa sortie un questionnaire, destiné à recueillir ses appréciations et ses observations, qu'il est libre de remplir ou non. Ce questionnaire rempli, est rendu à la direction, en vue d'une exploitation permettant de proposer des actions d'amélioration.

Article 58 : Hospitalisation sans consentement

1. Sortie

Les conditions de sortie relatives aux hospitalisations libres ne sont applicables aux hospitalisations sans consentement. Cette section n'est pas applicable aux détenus. Le patient hospitalisé sans consentement ne peut pas sortir contre avis médical.

2. Sorties de courte durée

Le psychiatre a la possibilité de demander des :

- Sorties de moins de 48h, sur proposition médicale transmise 72h en amont et validées par le directeur (information le cas échéant du tiers avant la sortie)
- Un certificat médical doit être rédigé à cet effet.

Sorties de moins de 12 heures, avec 2 conditions :

- Préciser le motif thérapeutique ou démarches extérieures
- S'assurer de l'accompagnement de la personne par des professionnels ou membres de la famille ou personne de confiance

3. Programme de soins

Un « programme de soins » peut être proposé à l'issue de l'hospitalisation complète sans consentement, qui prévoit les modalités de suivi ambulatoire dans un cadre formalisé.

En cas de non-respect et selon les risques encourus par la personne, une réintégration en hospitalisation complète est possible, sur certificat médical.

4. Transfert provisoire en hôpital général

Lorsque l'état d'une personne hospitalisée sans son consentement nécessite son transfert provisoire dans un établissement de santé pratiquant d'autres disciplines, l'établissement psychiatrique continue à assurer le suivi de l'intéressé, sauf s'il peut être mis fin à l'hospitalisation sans consentement.

5. Sortie sur décision du Juge des Libertés et de la Détention

Le Juge des Libertés et de la Détention peut décider de la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques à l'issue d'une audience systématique, ou d'une audience à la demande du patient.

En cas d'appel d'une mesure de maintien de l'hospitalisation complète sans consentement, le magistrat de la Cour d'Appel peut également être amené à lever une mesure de soins psychiatriques sans consentement.

6. Sortie d'un patient relevant d'une mesure de soins psychiatriques sur demande de tiers ou péril imminent

Il peut être mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention dans un certificat circonstancié.

Toute personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt de la personne hospitalisée peut demander la levée des soins sans consentement. Cette demande est alors transmise au médecin référent du patient, qui peut s'y opposer selon l'état clinique de la personne.

Dans les 24 heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département, la commission départementale des soins psychiatriques, et la personne qui a demandé l'hospitalisation.

7. Sortie des personnes relevant de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Toute proposition du psychiatre de levée de mesure est transmise sous 24h au Préfet, qui prononce la levée (dans les 3 jours) ou sollicite sans délai un second avis. Ce deuxième avis d'un psychiatre doit être transmis dans les 72h.

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

Article 59 : Décès (Cf. procédure décès dans le logiciel YES)

« Prise en charge du patient décédé en unité de soins des sites de balata et de Mangot Vulcin »
Procédure dans « YES »

SECTION 5 - L'UNITE DE SOINS INTENSIFS PSYCHIATRIQUES (USIP)

(Cf. règlement intérieur de l'USIP consultable à l'USIP)

L'Unité de Soins Intensifs Psychiatrique (USIP) est une unité fermée intersectorielle qui reçoit des patients en hospitalisation sous contrainte SDRE, SDT qui ne peuvent pas être maintenus dans un service de structure normale en raison d'un état de dangerosité situationnelle et a priori transitoire.

L'USIP accueille également des détenus relevant de l'article D 398 du code de procédure pénale qui peuvent faire l'objet de dispositions particulières ainsi que des patients relevant de l'Article 122-1 du Code Pénal.

Les patients y poursuivent la prise en charge jusqu'à ce que leur état autorise leur retour dans le service d'origine.

Il s'agit d'une unité de soins qui représente un échelon intermédiaire entre un service de psychiatrie générale et l'UMD.

Elle est implantée au sein du Centre Hospitalier Maurice DESPINOY sur le site Mangot VULCIN.

D'une capacité de 15 lits, elle est mixte.

Chaque patient reçoit tous les soins que justifie son état psychique. En fonction de la dangerosité du patient, les soins lui sont dispensés dans un souci de sécurité. Toutefois, en cas de nécessité de soins impératifs, appréciée médicalement, l'intérêt immédiat du malade l'emporte sur la sécurité.

Les modalités d'hospitalisation sont définies de façon à ce qu'elles concilient :

- Les meilleures conditions de soins pour le patient
- Les meilleures conditions de sécurité pour les patients, le personnel de l'Etablissement, les visiteurs et la collectivité de façon générale.

SECTION 6 - ORGANISATION DES SOINS EN STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

- Règlement de fonctionnement (en annexe du RIG)

Annexes à consulter sur demande :

- Livret d'accueil (en structure médico-sociales)
- Conseil de la Vie Sociale
- Contrat de séjour

SECTION 7 - ORGANISATION DES SOINS A L'UHPSA (Cf. RI de l'UHPSA consultable l'UHPSA)

L'UHPSA est une unité d'hospitalisation de 10 lits pour adolescents de 13 à 18 ans présentant des troubles pédopsychiatriques sévères.

L'admission se fait exclusivement sur indication médicale à la demande des détenteurs de l'autorité parentale.

Les détenteurs de l'autorité parentale sont avertis qu'ils doivent reprendre le mineur, dès que les raisons médicales de l'hospitalisation sont levées.

Il s'agit d'hospitalisation programmée, les lieux d'accueil de crise étant actuellement pensés en articulation avec les services de pédiatrie de la MFME à défaut de lits spécifiés.

Deux modes d'hospitalisation peuvent être proposés dont les modalités d'admission sont les suivantes :

*** Hospitalisation complète :**

Deux filières d'entrée sont retenues. Une présentation clinique à l'équipe pluridisciplinaire de l'UHPSA ainsi qu'un entretien d'admission avec un pédopsychiatre de l'UHPSA sont obligatoires. L'évaluation par le pédopsychiatre se fait dans un délai n'excédant pas une semaine.

1. *Première filière* : L'entrée du patient est programmée à partir des services de pédiatrie :

L'évaluation pédopsychiatrique réalisée sur place par l'Equipe Mobile Hospitalisation Adolescents (EMHA) conclut à la nécessité d'une hospitalisation pédopsychiatrique : la présentation sera faite par l'EMHA avant l'admission effective.

2. *Deuxième filière* : L'entrée du patient est programmée à partir d'une consultation pédopsychiatrique dans un CMP de secteur dont l'équipe fera la présentation à l'UHPSA.

*** Hospitalisation séquentielle :**

Initiée dans le cadre d'une hospitalisation et utilisée comme modalité thérapeutique en complément d'un accompagnement ambulatoire en CMP afin de consolider les soins et éviter autant que possible les hospitalisations de crises. Les modalités (fréquence, durée ...) sont définies conjointement par les équipes de l'UHPSA et du CMP de référence.

Missions et prise en charge de l'UHPSA :

- Accueil de l'enfant et de sa famille avec gestion des situations problématiques
- Diagnostic pédopsychiatrique
- Prise en charge institutionnelle pluridisciplinaire (pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, rééducateurs)
- Mobilisation des ressources individuelles et familiales
- Réintégration et suivi par un travail étroit avec le réseau

Dans le respect de l'individualisation de la prise en charge, l'accent est mis sur des activités thérapeutiques assurées par l'équipe pluridisciplinaire.

Les activités présentent l'avantage de créer un espace d'expression pour l'adolescent hospitalisé, espace propice à évaluer ses capacités, à travailler sur son potentiel, ses capacités d'adaptation, et à stimuler sa pensée.

Dans ce cadre-là, les activités à visée socio-thérapeutique individuelles ou de groupe prennent tout leur sens, avec des objectifs et des médiateurs différents.

En vue de faciliter la sortie du patient et son hébergement, l'accent est mis tout au long de l'hospitalisation sur la coordination avec les partenaires du réseau (Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance et de la Famille, structures médicosociales et d'hébergement ...)

Une place particulière doit être faite aux possibilités d'accueil familial thérapeutique (AFT) comme ouverture dynamique aux sorties d'hospitalisation.

La sortie du patient se fait après avis médical et en coordination avec l'équipe de secteur réceptrice.

CHAPITRE 4 – HYGIENE ET SECURITE

SECTION 1– REGLES DE SECURITE GENERALE

Article 60 : Contrôle d'accès et Opposabilité des règles de sécurité

Sur le Site de la Cité Hospitalière de Mangot Vulcin, sont implantés trois structures :

1. Le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM)
2. Le Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD)
3. Le Groupement de Coopération Sanitaire de Moyens - Mangot Vulcin (GCS MV)

Les deux établissements hospitaliers (CHUM et CHMD) ont leurs règles de fonctionnement spécifiques concernant l'organisation administrative, médicale et les dispositions relatives aux personnels médicaux, non médicaux et aux usagers.

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

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

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital du CHMD est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur. Le cas échéant, le Directeur peut prendre, dans l'intérêt général, les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès aux locaux du CHMD (hors accueil) de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée, ou dont le comportement ne respecte pas le présent règlement intérieur (à l'origine de troubles par exemple) soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie de l'hôpital.

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement. En cas de problèmes de sécurité, tous les personnels qui interviennent exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect du statut de la fonction publique hospitalière et des textes pris pour son application.

SECTION 2 – LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE

Article 61 : Accès à la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin

Les règles de sécurité de la Cité Hospitalière de Mangot Vulcin sont édictées par l'Administrateur du GCS MV, par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements.

L'Administrateur veille, en tant que responsable, au bon fonctionnement de la Cité Hospitalière de Mangot Vulcin, au respect de ces règles de sécurité et coordonne leur mise en œuvre.

Quelle que soit la raison de sa présence sur la Cité Hospitalière, toute personne doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données. L'accès dans l'enceinte de la Cité Hospitalière est réservé aux patients, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs missions ou de leurs fonctions. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur de l'établissement qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

Stationnement :

Dans l'enceinte de la Cité Hospitalière de Mangot Vulcin, un parking est prévu pour les visiteurs et les patients, qui sont invités à ne laisser aucun objet dans leurs véhicules.

Il est à noter que l'accès au Parvis n'est réservé qu'aux voitures autorisées.

Le parking du personnel se trouve à l'arrière des bâtiments avec un accès sécurisé.

Article 61-1 : Circulation dans l'enceinte du CHMD

Circulation motorisée :

L'ensemble des voies de desserte et des emplacements de stationnement automobile situés dans l'enceinte du domaine privé du CH Maurice DESPINOY est soumis à l'application du Code de la route notamment les règles de stationnement et le respect de la signalétique.

Ceci implique le strict respect de la signalisation routière, des marquages au sol, et des règles de priorité. Ces mesures sont identiques sur le site de Balata.

La vitesse maximum autorisée dans l'enceinte du CH Maurice DESPINOY est de 30 km/h et la conduite doit être adaptée à la présence des patients et des personnes handicapées, notamment par l'application de la règle de la priorité au piéton régulièrement engagé.

Circulation des personnes :

L'accès dans l'enceinte de la CHMD est réservé aux patients, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs missions ou de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par l'Administrateur du GCS MV.

L'accès aux maisons du CHMD de Mangot Vulcin est réglementé et subordonné à la délivrance de Badge (Accueil, Bureau de l'hospitalisation)

Le Site de BALATA, fait l'objet d'un contrôle d'accès avec déclinaison de l'identité (PC de sécurité).

Tous les agents du CHMD sont également soumis au contrôle d'accès.

Article 62 : Circonstances exceptionnelles – Plans d'urgence

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence (hôpital

« Victime », Plan blanc, Plan bleu, Plan canicule...), 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.

Plans d'Alerte et d'Urgence

Les Plans d'Alerte et d'Urgence (*plan blanc, plan d'évacuation en cas d'incendie ...*) sont élaborés conformément à la réglementation avec le GCS. Le but de ces plans sur la Cité Hospitalière est :

- De coordonner rapidement les différentes actions en accord avec l'Administrateur du GCS MV et les Directeurs des Etablissements membres sur le Site.
- D'exploiter ainsi toutes les ressources pour répondre à des situations ponctuelles et exceptionnelles.

Article 63 : Rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police ou de gendarmerie- vidéo protection

Le Directeur de l'hôpital, en sa qualité de représentant légal de l'établissement, a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police, à formaliser dans une charte spécifique.

Le Directeur ou son représentant, administrateur de garde notamment, décide s'il y a lieu de demander une intervention de police au sein de l'hôpital, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

L'installation de vidéo protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique a lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le Directeur aux instances concernées.

Article 64 : La sécurité incendie, risques techniques et système d'information

Le CH Maurice DESPINOY fait procéder à tous les contrôles et toutes les formalités obligatoires en matière de sécurité incendie et d'accessibilité aux personnes en situation de handicap.

Ainsi, avant les travaux le nécessitant, il fait réaliser les études réglementaires par des bureaux d'études et soumet l'ensemble des dossiers aux autorités compétentes pour acceptation.

En cours d'exploitation, il fait procéder aux contrôles réglementaires et demande le passage des commissions de sécurité. Il veille à la levée des observations issues de ces rapports.

Tous les Sites du CHMD sont assujettis aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.

Le personnel est tenu de suivre au moins une fois par an, les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Le directeur veille aussi à l'organisation fonctionnelle de la sécurité incendie sur l'intra et l'extra hospitalier. Il fait établir les plans de prévention et d'organisation interne nécessaires au fonctionnement.

Article 65 : Risques techniques

Le directeur et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des personnes fréquentant chaque site.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées.

Ils assurent un suivi de l'application des plans d'action et de prévention. A vérifier avec la DITSEL
Ils organisent 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. Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des règles qu'ils ont à connaître.

Suivant les instructions de la direction, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'institution puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement.

Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

SECTION 3 - SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION.

Le système d'information est un socle essentiel dans la réalisation des missions de soins du CHMD.

Un ensemble d'informations sensibles, et en particulier des données de santé et autres données personnelles, circulent dans notre système d'information, de/ou vers nos sites distants mais également vers d'autres établissements. L'hôpital est en lien avec de nombreux partenaires dans le cadre des prises en charge des patients, et doit apporter le niveau de protection nécessaire à toutes ces informations sensibles.

Les mesures de sécurité proposées intègrent les exigences réglementaires, notamment en matière d'hébergement et diffusion de données de santé (Certification HAS, Hôpital Numérique, CNIL...).

Un objectif de la sécurité de l'information est d'être en conformité avec la réglementation.

Un autre objectif est d'apporter un espace de confiance aux utilisateurs de notre système d'information, ainsi chacun, en fonction de son métier, doit accéder à la bonne information au bon moment.

La Politique Générale de Sécurité du Système d'Information est un cadre de référence pour le bon fonctionnement du CH Maurice DESPINOY.

A ce titre, la direction du système d'information, est en charge de concevoir et de faire appliquer les chartes d'utilisation du SI, dans une démarche d'amélioration continue et dans un esprit de gestion des risques relatifs à la sécurité de l'information. Cette gestion des risques sécurité est complémentaire et s'intègre à la gestion des risques globale du CH Maurice DESPINOY.

Au travers de la démarche de management de la sécurité de l'information, le CHMD :

- Assure le respect des droits des patients, et des professionnels ;
- Améliore la qualité de service du système d'information ;
- Contribue à l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels, au service de la qualité et de la performance ;
- Protège les biens correspondants, dans une logique de rationalité économique.

Chaque professionnel doit respecter les différentes chartes et règles, instruction en matière de sécurité de l'information :

- La Charte relative à l'utilisation du système d'information, de la messagerie électronique, d'Internet et de la téléphonie, dite Charte des Utilisateurs,
- La Charte de gestion des accès et de l'utilisation du Système d'Information, dite Charte des Administrateurs,
- Les règles de sécurité énoncées dans le document de Politique Générale de Sécurité du Système d'Information,
- Les instructions relatives à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information « Plan d'action SSI »
- Le règlement Général Européen de Protection des Données (RGPD)

SECTION 4 – INTERDICTIONS et RESTRICTIONS

Il existe un certain nombre d'interdictions et de restrictions au CHMD, parmi les plus courantes on retrouve :

Animaux domestiques : Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans les locaux de l'hôpital.

Photos-images : tout usage d'un appareil permettant de capter des images et susceptible de porter atteinte à la vie privée est formellement proscriit dans les lieux collectifs.

Appareils électriques : Pour des raisons de sécurité, il est interdit d'installer un appareil électrique dans les chambres sans autorisation de l'équipe soignante. Des salles de télévision sont à la disposition des patients dans chaque unité d'hospitalisation.

L'utilisation des fiches multiples est interdite.

Médicaments : L'introduction de médicaments par un tiers, au sein du CH MAURICE DESPINOY est rigoureusement interdite. L'établissement fournit les médicaments prescrits qui sont nécessaires.

Alcool et drogue : L'introduction et la consommation de boissons alcoolisées et de drogue sont rigoureusement interdites (et punissables par la loi). Les substances illicites seront soustraites sous l'autorité du directeur et remises à la Police conformément à la réglementation en vigueur.

Armes : Il est strictement interdit d'introduire une arme ou des objets dangereux dans l'établissement. La détention de certaines armes est punissable par la loi. Le cas échéant, les armes seront soustraites sous l'autorité du directeur et remises à la Police conformément à la réglementation en vigueur.

Trafics : les jeux d'argent, le commerce de toute nature, la mendicité et les échanges d'objets divers sont interdits dans les unités d'hospitalisation et dans toute l'enceinte de l'hôpital.

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), en dehors des lieux prévus à cet effet.

Culte : Tout prosélytisme est interdit.

Téléphone : Le médecin évalue l'état de santé de la personne et peut prescrire le cas échéant une restriction de l'accès au téléphone.

Les pratiques relatives à l'accès au téléphone doivent évoluer. La conservation des téléphones Portables le libre accès à un poste téléphonique et le respect de la confidentialité des conversations sont des principes auxquels il ne peut être dérogé qu'au cas par cas pour raison médicale

Hygiène et vêtements personnels : Une stricte hygiène est de règle à l'hôpital ; chacun est tenu de l'observer. Sauf cas particulier, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient ou sa famille assure l'entretien de ses effets personnels.

Déplacement dans l'établissement : Les patients doivent pouvoir circuler librement dans l'enceinte de l'établissement dans les conditions de totale sécurité sous réserve de l'accord médical. La nuit, les patients ne doivent pas se déplacer hors de l'unité.

Repas : Les horaires et les repas sont affichés dans chaque unité sur un tableau d'affichage spécifique. Sur prescription médicale, des régimes peuvent être élaborés par une diététicienne.

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

Toute dégradation volontaire de matériel ou de biens appartenant à l'établissement, à des patients ou à des personnels est facturée à son auteur.

Dans ce cas, le directeur prend, avec l'accord du médecin, toutes les mesures appropriées pouvant aller jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

Photographies ou films : Il est strictement interdit de prendre des photographies sur le Site du CHMD ou de filmer sans autorisation préalable.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux patients, sauf accord et autorisation écrite préalable donnée par le Directeur du Centre hospitalier Maurice Despinoy.

Enquête de police et intervention :

Que l'enquête soit menée sous la direction du juge d'instruction ou du procureur de la République, les enquêteurs ou les magistrats doivent prendre "*toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel et des droits de la défense*" (articles 56, 76 et 96 du code de procédure pénale). Il est à préciser que toute intervention policière est subordonnée, sauf urgence, à l'accord de la direction. On rappelle que toute intervention policière est subordonnée, sauf urgence, à l'accord de la direction.

CHAPITRE 5 – DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL DU CHMD

(Cf. Le Guide de Gestion base du fonctionnement du personnel, consultable à la DRH)

SECTION 1 : LE PERSONNEL MEDICAL

Article 66 : praticiens hospitaliers temps plein

Les praticiens hospitaliers temps plein assurent **au CHMD** les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par l'établissement.

Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les praticiens hospitaliers temps plein, en position d'activité, consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'établissement de santé et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention.

Un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne. Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.

Les praticiens hospitaliers temps plein ont la responsabilité médicale de la continuité des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement,

Les praticiens hospitaliers temps plein doivent participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le ministère de la santé ou sous son contrôle ainsi que dans les conditions définies par le ministère de la santé, à l'enseignement et à la formation des personnels des hôpitaux ou organismes extrahospitaliers du secteur.

Article 67 : praticiens hospitaliers à temps partiel

Les praticiens hospitaliers à temps partiel assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par l'établissement.

Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les praticiens hospitaliers à temps partiel ont la responsabilité médicale de la continuité des soins conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement.

Ils doivent en particulier :

Participer à l'ensemble de l'activité de la structure, et :

- Dans les structures organisées en temps continu, assurer le travail de jour et de nuit ;
- Dans les autres structures, assurer le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la permanence des soins organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

Participer au remplacement des praticiens à temps plein, ou à temps partiel, imposé par [es différents congés.

Ils doivent en outre participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le ministère de [a santé ou sous son contrôle ainsi que dans les conditions définies par le ministère de la santé à l'enseignement et à la formation des personnels des hôpitaux ou organismes extrahospitaliers du secteur. Le service normal hebdomadaire des praticiens des hôpitaux à temps partiel est fixé à six demi-journées. Il peut être ramené à cinq demi-journées ou à quatre demi-journées lorsque l'activité hospitalière le justifie. Un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le

directeur d'établissement sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne dont relève le praticien.

Article 68 : praticiens contractuels

Les établissements publics de santé peuvent recruter des médecins en qualité de praticiens contractuels à temps plein ou de praticiens contractuels à temps partiel.

Les praticiens contractuels employés à temps plein s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service **du CHMD**, sous réserve des activités autorisées au titre du cumul d'activités et de rémunérations, conformément aux dispositions de l'article 25 de la loi 11⁰83-634 du 13 juillet 1983 modifiée et des dispositions réglementaires prises pour leur application.

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels à temps partiel correspond à une quotité comprise entre quatre et neuf demi-journées hebdomadaires.

Les praticiens contractuels participent à la continuité des soins conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement,

A ce titre, ils assurent le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

SECTION 2 : CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Les règles de Déontologie Médicale, défini par la réglementation, s'applique aux praticiens de l'établissement. Ce document précise, entre autre, les devoirs généraux des praticiens, leurs obligations envers les malades, de même que les rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé.

Il prévoit que le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité, ante et post mortem,

En toutes circonstances le médecin doit respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de sa profession.

Le secret professionnel, dans les conditions législatives, s'impose à tous les médecins dans l'intérêt des patients.

En aucun cas le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle, sous quelque forme que ce soit.

Les soins doivent être apportés à tous avec la même conscience, quels que soient les conditions, la nationalité, la religion, la réputation du malade, ou les sentiments qu'ils peuvent inspirer.

Le praticien est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées selon les circonstances, dans les limites de la loi et de ses compétences ou possibilités.

Le médecin a le devoir de continuer à se former tout au long de sa carrière, dans le but d'assurer personnellement à ses patients des soins dévoués, consciencieux et en adéquation avec l'état des connaissances scientifiques au moment où les soins ont lieu.

Le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade, mais il ne peut en provoquer délibérément la mort.

Il est du devoir du médecin que de participer à la bonne marche du service public, et notamment de sa continuité.

Outre les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes sont soumis à un code de déontologie qu'ils se doivent de respecter en toute circonstance. Les infirmiers sont soumis à des règles professionnelles auxquelles ils ne peuvent en aucun cas déroger,

SECTION 3 : LE PERSONNEL NON MEDICAL

Article 69 : dispositions générales

La fonction publique hospitalière a été créée par Et loi 86.33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Elle est constituée de l'ensemble de personnels nommés et titularisés dans un grade des établissements publics de santé, hors médecins, pharmaciens et odontologistes (en position statutaire ou contractuelle).

Selon leur statut, titulaires, stagiaires ou contractuels, des dispositions statutaires différentes s'appliquent aux agents. Il revient à chacun de se tenir informé de ses droits et de se reporter en fonction de sa position aux textes applicables.

Pour les agents titulaires, c'est le statut général des fonctionnaires qui s'applique en vertu du Titre I de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, en sus des particularités définies dans le Titre IV de la loi 86.33 relative à la fonction publique hospitalière.

..Pour les agents stagiaires : sauf dispositions spécifiques définies dans le décret n°97.487 du 12 mai 1997* ce sont les dispositions concernant la fonction publique hospitalière qui s'appliquent.

Pour les agents contractuels : s'il est prévu par les textes que les emplois permanents doivent être occupés par des fonctionnaires, une dérogation établie aux articles 9, 9-1 et 10 de la loi n° 86.33 du 9 janvier 1986 permet de recourir à des agents contractuels permanents ou temporaires. Les agents contractuels de droit public ne sont pas soumis aux dispositions du code du travail. Ils sont soumis à une partie des droits et obligations fixés par loi n° 83-634 et sont régis par le décret n° 91-155 du 6 février 1991 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la FPH.

Article 70 : respect des conditions réglementaires de travail

Le personnel hospitalier est tenu de se conformer aux dispositions du présent règlement intérieur. Sans préjudice des poursuites judiciaires dont l'agent hospitalier pourrait faire l'objet en cas d'infraction pénale, toute violation des dispositions du présent règlement expose son auteur aux sanctions administratives et disciplinaires en vigueur,

Quel que soit leur rang hiérarchique, les membres du personnel hospitalier sont personnellement responsables des actes et tâches qui leurs sont confiés, et/ou inhérents à leurs fonctions.

Article 71 : recrutement

A l'exception du personnel de direction et de certains personnels médicaux, le recrutement est confié au directeur d'établissement, dans les mêmes conditions que pour tous les fonctionnaires : aptitude physique, âge, nationalité, jouissance des droits civiques, casier judiciaire vierge.

Par principe, le recrutement a lieu sur concours, sur titre ou sur épreuve.

L'établissement peut recruter des agents non titulaires par contrat écrit, **pour une durée déterminée ou indéterminée.**

Le recrutement de ces agents contractuels peut également avoir lieu pour pallier, temporairement et pour une durée maximale d'un an, la vacance d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu. Les conditions qui s'appliquent alors sont celles définies par la loi.

Les agents contractuels à durée déterminée peuvent être amenés à remplacer temporairement les fonctionnaires hospitaliers ou être autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel.

Les conditions d'emploi, les modalités de la rémunération et les droits et obligations propres à ces personnels sont déterminés dans le contrat.

SECTION 4 : LES DROITS ET LES DEVOIRS DU PERSONNEL

Les fonctionnaires bénéficient d'une protection juridique organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, contre les attaques qui seraient dirigées à leur égard en raison de leurs fonctions (Article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires). Cette protection bénéficie aussi bien aux fonctionnaires titulaires, aux anciens fonctionnaires et aux agents publics non titulaires

Conformément aux dispositions législatives du titre I de la Fonction Publique et aux dispositions particulières définies dans le titre IV de la fonction Publique hospitalière, le centre hospitalier de Fourmies garantit le respect des droits de ses agents.

Article 72 : Les principaux droits sont :

- La liberté d'opinion
- La liberté d'expression
- L'égalité de traitement et la non-discrimination
- La liberté syndicale - Le droit de grève
- Le droit de participation et le droit à l'expression directe et collective
- Le droit à l'hygiène et à la sécurité
- Le droit à la protection
- Le droit à la rémunération, aux congés et à la retraite
- La gratuité des frais médicaux et pharmaceutiques comprenant les frais d'hospitalisation et les soins médicaux (dans les conditions fixées aux alinéas 1 et 2 de l'article 44 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986) et la prise en charge du forfait hospitalier (dans les conditions fixées par la circulaire n°83/H/578 du 22 avril 1983 relative au forfait journalier).

Restauration du personnel

Le personnel a la possibilité de se restaurer au self-service situé au sous-sol, du lundi au vendredi, de 12h à **14h30**.

Le paiement des tickets repas s'effectue par CB via une borne de paiement, dont les tarifs sont arrêtés annuellement.

Le personnel n'ayant pas la possibilité de se rendre au Self-service, peut utiliser les aménagements disponibles dans chaque unité et/ou pôle pour la prise des repas.

Santé au travail

Le service de santé au travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants des personnels et des services sociaux. Il est chargé de l'amélioration des conditions de vie et de travail, de l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine et de la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances. Il participe à l'élaboration du document unique.

Il a également pour mission de veiller à l'hygiène générale de l'établissement, à l'hygiène dans les services de restauration ainsi qu'à la prévention et à l'éducation sanitaire en rapport avec l'activité professionnelle. Enfin, il apporte son éclairage en matière de construction ou aménagements nouveaux, de modifications apportées aux équipements, ou pour la mise en place des modalités de travail de nuit.

Le droit de grève

Les agents de la fonction publique d'état peuvent exercer leur droit de faire grève. La grève est un droit fondamental des agents de la fonction publique comme des salariés du secteur privé.

L'exercice du droit de grève est soumis à un préavis de 5 jours, Il fait l'objet de certaines limitations et entraîne des retenues sur salaires.

Obligation d'un préavis

Les préavis de grève des fédérations syndicales

Plusieurs grandes fédérations syndicales de la fonction publique adressent quotidiennement un préavis de grève à leurs ministères respectifs. Toutefois, les organisations syndicales locales de chaque établissement public peuvent confirmer le préavis de grève national en faisant parvenir un préavis local, par courrier, auprès de leur administration.

Le préavis de grève local

Art. 1,521-2 à L .521-6 du code du travail o dépôt obligatoire d'un préavis par un ou plusieurs syndicats représentatifs 5 jours francs au moins avant le début de la grève, o le préavis doit préciser les motifs de la grève, fixer le lieu, la date et l'heure de début ainsi que la durée de la grève envisagée o pendant la durée du préavis les parties sont tenues de négocier ; o le non-respect de ces dispositions peut entraîner des sanctions à l'encontre des grévistes,

Limitations du droit de grève

Certains types de grève sont interdits :

- Grèves tournantes (cessation du travail par intermittence en vue de ralentir le travail et désorganiser le service)
- Grève politique non justifiée par des motifs professionnels, o grève sur le tas avec occupation et blocage des locaux de travail,

Maintien d'un service minimum

Le droit de grève des agents publics peut être limité par une administration ou un employeur public qui doit assurer la continuité du service.

La notion de service minimum

La notion de service minimum a été définie par plusieurs décisions de la jurisprudence administrative et l'effectif minimum de sécurité doit correspondre à celui qui serait appliqué dans les services de l'établissement un dimanche ou un jour férié.

L'assignation des agents en cas de grève

L'assignation des agents publics en grève a pour but d'assurer la continuité du service public. Cette assignation est placée sous la responsabilité de l'administration de l'établissement et ce pouvoir est exercé par l'employeur public, sous le contrôle du juge du Tribunal Administratif qui pourra être saisi en cas d'abus ou d'atteinte au droit de grève des agents,

L'assignation doit obligatoirement être faite par l'administration sous forme d'une lettre individuelle adressée aux agents assignés. L'assignation doit être motivée, elle peut faire l'objet d'un recours devant le juge administratif. Les agents publics assignés doivent conserver un exemplaire de l'assignation pour la faire.

En cas de grève portant gravement atteinte à la continuité du service public ou aux besoins de la population, certains agents peuvent être réquisitionnés. La réquisition peut être décidée par les ministres, les préfets ou les directeurs des structures répondant à un besoin essentiel.

Elle doit être motivée. Elle peut faire l'objet d'un recours devant le juge administratif.

Effets sur la rémunération

Lors d'une grève, un agent de la fonction publique ne perçoit pas sa rémunération. Toutefois, les jours de grève n'ont pas de conséquence sur les droits de l'agent à l'avancement d'échelon ou de grade.

La retenue sur salaire des agents grévistes de la fonction publique d'état s'effectue selon la règle du trentième indivisible. Ainsi, o si un agent fait grève quelques heures ou une journée entière, il sera procédé à une réduction de 1/30^{ème} de son traitement mensuel.

- Pour une heure, il sera procédé à une réduction de 1/234^{ème} de son traitement mensuel.

Article 73 : Les obligations du personnel hospitalier

De même qu'ils ont des droits, les agents du CH Maurice DESPINOY sont tenus de respecter les obligations réglementaires et législatives qui s'imposent.

Ponctualité

Les agents sont tenus à une obligation d'assiduité et de ponctualité dans l'exercice de leur fonction. Toute absence, quelle qu'en soit le motif, doit être notifiée au supérieur hiérarchique, dans un délai de 48 heures, sous peine d'être considérée comme irrégulière et d'exposer l'agent à des sanctions.

Exécution des ordres reçus

Conformément à l'article 99 du titre IV du statut général applicable aux fonctionnaires hospitaliers, en cas d'empêchement du fonctionnaire chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre fonctionnaire ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives. Les convictions religieuses, idéologiques ou politiques d'un agent ne l'exonèrent pas de se conformer aux règles du service public.

Le personnel hospitalier a obligation de répondre à une convocation en cas de déclenchement du Plan Blanc.

Information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent dans l'exercice de ses fonctions doit informer son supérieur hiérarchique des incidents dont il a pu avoir connaissance.

Interdiction de cumul des emplois

Sauf exceptions définies par la loi, les agents doivent se consacrer exclusivement à leur activité publique dans l'établissement, par application du décret n° 2011-82 du 20 janvier 2011.

Préservation des locaux et du matériel

Chaque agent doit veiller à maintenir en bon état les locaux, équipements et matériels mis à leur disposition par le centre hospitalier de Fourmies dans l'exercice de leur fonction.

Les agents ne sont pas autorisés à se fournir d'aucune manière dans les biens de l'établissement, Tout agent surpris se verra attribuer une sanction.

Règles d'hygiène et Tenue vestimentaire

Les règles d'hygiène de base en cours dans l'établissement sont exigibles pour le personnel. Pour le personnel soignant, le port de vernis, de bijoux sont proscrits en service. Le lavage des mains lors de l'exécution des soins doit être respecté.

Tous les agents dans les unités médicales et médicotechniques doivent se conformer au port de la tenue de travail réglementaire adoptée au CHMD. Le port de la tenue est obligatoire durant toute la durée du service. Il est interdit à l'ensemble des professionnels du centre hospitalier de se rendre au restaurant du personnel et à l'extérieur de l'établissement vêtu de cette tenue. De même, lorsque l'agent n'est pas en service, il ne doit en aucun cas être vêtu de sa tenue de travail.

Le change doit se faire au sein de l'établissement dans les conditions d'hygiène, définies par le CHSCT et sous la responsabilité du chef d'établissement ou son représentant, exigibles pour la sécurité des patients. Des locaux spécifiques équipés de vestiaires sont mis à disposition des personnels.

Chaque agent, personnel médical ou administratif, doit être muni de son badge lorsqu'il est amené à se déplacer dans l'établissement durant ses heures de service. Ce badge fourni par le centre hospitalier permet l'identification de la personne et sa fonction dans l'établissement.

Interdiction de pourboires

Il est formellement interdit au personnel du centre hospitalier d'accepter une quelconque contrepartie en rétribution des services rendus, sous forme de pourboires ou autres, de la part des patients ou des visiteurs.

Dépôt d'argent ou d'objets de valeurs confiés par les patients

Aucun agent de l'établissement n'est autorisé à recevoir de dépôt d'argent ou autres valeurs par les patients, en dehors de l'agent habilité à cet effet pour les conserver, dans les conditions prévues à l'article 68 du présent règlement.

Respect de la neutralité du service public

Les agents sont tenus à une obligation de stricte neutralité. Ils s'abstiennent ainsi de tout propos à caractère politique, religieux à des fins de propagande ou de prosélytisme. De même, le personnel se doit de respecter ses obligations de discrétion, d'égale considération, de respect de la liberté de conscience et d'opinion, d'information des familles et de secret professionnel à l'égard des usagers du service public hospitalier.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital. La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou sur leurs familles.

Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel et médical, la discrétion professionnelle interdit aux agents hospitaliers de communiquer les faits, pièces, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions notamment vis-à-vis des patients. Aucune information concernant un patient ne doit être divulguée par téléphone (ni par courriel ou télécopie). La violation de cette obligation peut être sanctionnée sur le plan disciplinaire. Ceci s'applique également à l'utilisation des réseaux sociaux.

Respect de la personne et de l'image

Les prises de vue de type photographies et vidéos et les enregistrements de bandes sons par les agents avec tous types d'appareils des :

- Patients,
- Locaux hospitaliers,
- Matériels,
- Situation de soins,
- Agents,

Sont conditionnés par des autorisations préalables. Il est interdit de diffuser sur intranet et internet, y compris tous types de réseaux sociaux, les images et les sons qui auraient pu être réalisés sans autorisation. Toutes atteintes à l'intégrité des personnes et des biens peuvent faire l'objet de poursuites.

Consommation et vérification de la consommation de boissons alcoolisées et/ou de drogues

Au regard des exigences en matières de sécurité et de maîtrise du comportement inhérent à l'activité de l'établissement, la consommation et l'introduction de boissons alcoolisées sur les lieux de travail sont strictement interdites. Compte tenu des articles I-3421-1 du Code de la Santé

Publique et 222-37 du Code Pénal, la détention et l'usage de stupéfiants sont également prohibés. En conséquence, leur usage et leur introduction dans l'établissement sont interdits, L'arrivée sur les lieux de travail en état d'imprégnation de boissons alcoolisées et/ou de drogues, du fait d'une consommation en dehors de l'établissement, est également interdite.

Tout manquement à l'une de ces obligations est de nature à justifier une sanction disciplinaire.

Vérification : La mise en œuvre d'une politique de prévention efficace justifie de veiller à ce que les salariés qui occupent des postes à risque ne soient pas, pendant l'exécution de leur travail, sous l'emprise d'alcool ou de drogues.

Il pourra être demandé au salarié de se soumettre à un test de dépistage, au près du médecin du travail ou du médecin urgentiste, si son état présente un danger pour sa sécurité ou celle des autres.

Du fait des missions particulières de l'établissement, la totalité des postes est identifiée à risque. Ces tests de dépistage pourront donc être réalisés envers l'ensemble des salariés.

Les tests de dépistage sont réalisés avec l'accord du salarié concerné. Le salarié soumis au contrôle dispose de la faculté de demander une contre-expertise médicale qui devra être effectuée dans les plus brefs délais auprès du laboratoire de leur choix. El est également possible de requérir la présence d'un tiers pendant la réalisation du test de dépistage.

En cas de constatation d'imprégnation de boissons alcoolisées et/ou de drogue, les agents sont tenus d'en référer à leur supérieur hiérarchique ou à l'administrateur de garde qui prendra les dispositions nécessaires. En cas de constatation de telles imprégnations, une suspension à titre conservatoire sera immédiatement prononcée :

- Le salarié sera retiré de son poste de travail et des mesures pourront être prises pour assurer son retour à domicile en toute sécurité,
- Des sanctions disciplinaires pourront être prises en fonction des circonstances (récidive, risque causé à autrui, etc.).
- Le salarié pourra contester la suspension et les éventuelles sanctions en fournissant, sous 8 jours, un certificat médical attestant de son état de non-imprégnation de boissons alcoolisées et/ou de drogue au moment incriminé*

SECTION 5 : LES SANCTIONS

Article 74 : Sanctions disciplinaires

Si un agent titulaire, stagiaire ou contractuel de la fonction publique commet une faute professionnelle ou ne respecte pas les obligations législatives ou réglementaires prévues par son statut, il peut faire l'objet de la mise en application d'une procédure disciplinaire et de sanctions.

Le pouvoir disciplinaire est exercé par l'autorité investie du pouvoir de nomination représentée par le Directeur de l'établissement public, après consultation et avis de la Commission Administrative Paritaire qui siège en conseil de discipline.

L'administration publique a l'obligation d'informer l'agent de ses droits à prendre communication de son dossier administratif et de se faire assister par un ou plusieurs défenseurs de son choix — représentant d'un syndicat ou un avocat, pendant toute la durée de la procédure.

En cas de non-respect de ces dispositions, l'agent pourra obtenir l'annulation de la procédure de discipline et de la sanction devant le Tribunal Administratif.

Article 75 : La Faute Disciplinaire

Les différents statuts de la fonction publique n'indiquent de liste exhaustive des fautes professionnelles des agents pouvant justifier une procédure et une décision administrative de sanction disciplinaire.

Seule l'administration publique dispose du pouvoir disciplinaire, sous contrôle du juge administratif, pour apprécier si une faute, imputable à un agent, constitue une faute professionnelle de nature à justifier la mise en œuvre de la procédure et d'une sanction disciplinaire.

La procédure administrative disciplinaire ne se confond pas avec l'action pénale. Ainsi, une faute pénale, peu grave, peut n'entraîner aucune poursuite disciplinaire. Cependant, dans certains cas, les tribunaux répressifs peuvent avoir été saisis de faits identiques. Les constatations de faits par le juge pénal s'imposent à l'administration et au juge administratif.

Le choix de la sanction disciplinaire doit être régi par 2 principes :

- La sanction doit être adaptée en proportion avec la gravité de la faute et la sanction.

La sanction disciplinaire prise par l'administration doit être motivée en indiquant les raisons de faits et de droit de la faute commise.

Article 76 : Sanctions disciplinaire des Fonctionnaires Titulaires et stagiaires

L'article 81 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 déterminent les sanctions disciplinaires des agents de la fonction publique hospitalière. Elles sont classées en 4 groupes, allant de la moins grave à la plus grave.

- **1^{er} groupe** : Avertissement /Blâme
- **2^{ème} groupe** : Radiation du tableau d'avancement/Abaissement d'échelon/Exclusion temporaire de fonctions jusqu'à 15 jours
- **3^{ème} groupe** : Rétrogradation/Exclusion temporaire de fonctions de 3 mois à 2 ans
- **4^{ème} groupe** : Mise à la retraite d'office/Révocation

Conditions d'application :

1^{er} groupe :

- L'avertissement n'est pas porté au dossier administratif de l'agent
- Le blâme est inscrit au dossier administratif de l'agent mais il est effacé automatiquement du dossier au bout de 3 ans si aucune sanction n'est intervenue pendant cette période.

L'avis du Conseil de Discipline n'est pas requis, mais l'administration a l'obligation d'informer l'agent qu'il a le droit d'obtenir la communication intégrale de son dossier et de la possibilité de se faire assister par un ou plusieurs défenseurs de son choix,

2^{ème} groupe :

- La radiation du tableau d'avancement sa durée est limitée à l'année pour laquelle le tableau d'avancement est en vigueur
- L'abaissement d'échelon : l'agent garde le bénéfice de l'ancienneté acquise dans l'échelon supérieur avant application de la mesure d'abaissement d'échelon
- L'exclusion temporaire de fonctions pour une durée maximale de 15 jours
- L'exclusion temporaire de fonctions prive l'agent de sa rémunération mais peut être assortie d'un sursis total ou partiel.

3^{ème} groupe :

- La rétrogradation : Elle a pour conséquence, par exemple, de rabaisser le grade d'un(e) infirmier(e) de la classe supérieure à la classe normale
- L'exclusion temporaire de fonctions pour une durée de 3 mois à 2 ans : L'exclusion temporaire de fonctions est une période durant laquelle le fonctionnaire est exclu du service et ne perçoit plus aucune rémunération. Il n'acquiert donc aucun droit à retraite pendant la période d'exclusion.

Le fonctionnaire peut bénéficier d'un sursis total ou partiel. Pour l'exclusion temporaire du 3^{ème} groupe, même en cas de sursis total, l'exclusion est au minimum d'un mois. Si le fonctionnaire en sursis reçoit une nouvelle sanction du 2^{ème} ou 3^{ème} groupe au cours des 5 ans suivant une exclusion temporaire, le sursis dont il bénéficiait est annulé. L'exclusion est alors appliquée intégralement.

Si par contre, il ne reçoit aucune sanction {ou uniquement une sanction du 1^{er} groupe) pendant cette période, l'agent est définitivement dispensé de l'exclusion temporaire pour laquelle il était en sursis.

4^{ème} groupe :

- La mise à la retraite d'office - la révocation.

Article 77 : Les droits de l'agent poursuivi pour faute

Le fonctionnaire poursuivi pour faute a le droit, sur sa demande, de consulter l'intégralité de son dossier individuel et tous ses documents annexes, en particulier ceux en lien avec la procédure disciplinaire en cours.

Il peut présenter devant le conseil de discipline des observations écrites ou orales, citer des témoins et se faire assister par un ou plusieurs défenseurs de son choix (délégué syndical, avocat...).

L'administration doit informer l'agent de l'ensemble de ces droits.

Consultation du conseil de discipline

Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée sans consultation préalable du conseil de discipline, sauf pour les sanctions du 1^{er} groupe qui peuvent être prise sans son avis.

Dans les autres cas, le conseil de discipline est consulté pour avis. Il peut ainsi :

Rendre un avis favorable à la proposition de sanction envisagée par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire,

- Rendre un avis défavorable à la sanction envisagée et proposer une autre sanction,
- Proposer de ne pas prononcer de sanction,
- Ne rendre aucun avis.

Dans tous les cas, l'avis du conseil de discipline est motivé et porté à la connaissance du fonctionnaire. L'autorité ayant pouvoir disciplinaire n'est pas tenue de suivre cet avis. Dans tous les cas sa décision doit également être motivée.

À savoir : Le conseil de discipline n'est pas compétent pour les agents contractuels

Recours :

La décision de sanction peut faire l'objet :

- D'un recours gracieux
- D'un recours contentieux devant le tribunal administratif, dans les 2 mois suivant la date de sa notification.
- D'un recours devant le Conseil supérieur de la fonction publique. Dans ce cas, le délai de recours devant le tribunal administratif est suspendu jusqu'à notification : o de l'avis de rejet du recours par le Conseil supérieur, o ou de la décision définitive de l'autorité disciplinaire, après avis du Conseil supérieur.

L'administration doit informer le fonctionnaire de son droit de saisir l'instance de recours lors de la notification de la sanction.

A savoir : Les recours ne sont pas suspensifs, c'est-à-dire que les sanctions prononcées sont immédiatement applicables.

Article 78 : Saisine de la commission de recours

L'agent doit saisir la Commission de recours du conseil supérieur de la fonction publique d'État, par courrier recommandé avec accusé de réception dans le mois suivant la date de notification de la sanction.

La Commission est composée en nombre égal de représentants des personnels et de représentants de l'administration. Elle est présidée par un conseiller d'État.

La Commission demande au fonctionnaire de lui faire part de ses observations. Elles sont transmises à l'administration, qui présente à son tour ses propres observations.

Le fonctionnaire et l'administration sont invités à prendre connaissance du dossier soumis à la commission de recours.

À noter : La sanction reste exécutoire, même si l'agent a saisi la commission de recours.

Déroulement de la séance :

La Commission entend le fonctionnaire, l'administration ainsi que toute autre personne que le président aura jugé nécessaire de convoquer.

Le fonctionnaire peut se faire assister par un ou plusieurs défenseurs de son choix. La Commission délibère à huis clos, hors la présence du fonctionnaire poursuivi, de son ou ses conseils et des témoins. Si elle le juge utile, elle peut ordonner une enquête complémentaire. Dans son avis, la Commission peut :

- Rejeter le recours,
- Proposer d'annuler ou de modifier la sanction infligée.

Cet avis est motivé et porté à la connaissance du fonctionnaire, de l'administration et du conseil de discipline.

La commission doit se prononcer dans les 2 mois suivant la saisine. Ce délai est porté à 4 mois s'il y a une enquête complémentaire. Décision de l'administration

L'administration n'est pas tenue de suivre l'avis de la commission de recours. Si elle le fait, la nouvelle décision se substitue à la précédente.

Lorsque l'avis du Conseil de recours prévoit une sanction moins sévère ou annule la sanction, l'administration est tenue de se conformer à cet avis.

Nouveau recours

Si l'agent conteste toujours sa sanction, il peut faire un recours gracieux ou un recours contentieux devant le tribunal administratif dans les 2 mois suivant la date de sa notification. Ces recours ne suspendent pas la sanction, qui reste exécutoire.

Article 79 : Effacement de la sanction

Le fonctionnaire ayant fait l'objet d'une sanction du 2ème ou du 3ème groupe peut demander que cette sanction soit effacée de son dossier, après un délai de 10 ans à compter de la date de sanction. Cette demande est soumise à l'avis du conseil de discipline.

Si l'administration accepte l'effacement de sa sanction, le dossier du fonctionnaire est reconstitué dans sa nouvelle composition sous le contrôle du conseil de discipline

Sanctions disciplinaire des Contractuels de la Fonction Publique Hospitalière

Les agents contractuels dans la fonction publique hospitalière sont régis par le décret 91-155 du 6 février 1991. Les articles 39 à 40 de cette disposition réglementaire déterminent la procédure disciplinaire et les sanctions susceptibles d'être appliquées aux agents contractuels.

Ainsi, en cas de manquement au respect de ses obligations dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, un agent contractuel commet une faute qui peut l'exposer à une sanction disciplinaire par son administration, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par le code pénal. Le pouvoir disciplinaire appartient à la seule autorité signataire du contrat.

L'agent contractuel à l'encontre duquel une sanction disciplinaire est envisagée a droit à la communication de l'intégralité de son dossier individuel et de tous ses documents annexes.

L'intéressé doit être informé par écrit de la procédure engagée et des droits qui lui sont reconnus et l'agent a le droit de se faire assister par les défenseurs de son choix.

Les sanctions disciplinaires susceptibles d'être appliquées aux agents contractuels dans la fonction publique hospitalière sont :

- L'avertissement
- Le blâme
- L'exclusion temporaire des fonctions avec retenue de traitement pour une durée maximale de 6 mois pour les agents recrutés pour une période déterminée et d'un an pour les agents sous contrat à durée indéterminée
- Le licenciement, sans préavis ni indemnité de licenciement.

La décision prononçant une sanction disciplinaire doit être motivée en faits et en droit par l'administration

Article 80 : La suspension provisoire d'un agent contractuel

En cas de faute grave commise par un agent contractuel, qu'il s'agisse d'un manquement à ses obligations professionnelles ou d'une infraction de droit commun, l'auteur de cette faute peut être suspendu par l'administration. La durée de la suspension ne peut toutefois excéder celle du contrat. L'agent contractuel suspendu conserve sa rémunération et les prestations familiales obligatoires.

L'agent ne peut être suspendu au-delà d'un délai de 4 mois, sauf en cas de poursuites pénales.

Si, à l'expiration de ce délai, aucune décision n'a été prise par l'autorité administrative, l'agent est rétabli dans ses fonctions sauf s'il fait l'objet de poursuites pénales.

L'agent contractuel qui, en raison de poursuites pénales, n'est pas rétabli dans ses fonctions peut subir une retenue qui ne peut être supérieure à 2 mois, mais il continue à percevoir la totalité des suppléments pour charge de famille.

Recours

La décision de sanction peut faire l'objet d'un recours gracieux ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif.

CONCLUSION

Article 81 : Champ de compétence du RIG

Le présent règlement intérieur est un condensé des dispositions légales et réglementaires concernant les établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie.

Il est opposable à toute personne prise en charge par les professionnels du CHMD ainsi qu'à toute personne pénétrant dans l'enceinte du CHMD ou dans les structures extérieures sur le territoire de Martinique. Toutefois, les lois et règlements priment sur toute disposition du présent règlement qui leur deviendrait contraire.

Toute violation du règlement intérieur peut, après avis du médecin référent, entraîner une intervention de la Direction pouvant aller jusqu'à l'exclusion du patient.

Les personnes, patients ou professionnels, susceptibles d'être pris en charge ou d'intervenir au sein d'un autre établissement de soin ou médico-social partenaire, devront se conformer aux règles de l'établissement.

Article 82 : Adoption et mise à jour du RIG

Le présent règlement intérieur est arrêté par le directeur, après concertation, avec le directoire. Il est modifié dans les mêmes formes.

Son contenu est présenté auprès de la Commission Médicale d'établissement, du Comité technique d'Etablissement, du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail, de la Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico-technique et de la Commission des Relations avec les Usagers, notamment pour les dispositions qui concernent chacune de ces instances.

Article 83 : Publicité et consultation RIG

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée. Il fait l'objet d'une information à destination des patients et des personnels par tout moyen opportun (notamment livret d'accueil ou les affichages institutionnels des services).

(FIN)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le livret d'accueil du CHMD

ANNEXE 2 : La charte de l'utilisateur en santé mentale

ANNEXE 3 : La charte de l'enfant hospitalisé

ANNEXE 4 : La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

ANNEXE 5 : La charte de la personne hospitalisée

ANNEXE 6 : La Commission Des Usagers

ANNEXE 7 : Le règlement intérieur de l'Unité de soins intensifs en psychiatrie (**USIP**)

ANNEXE 8 : Règlement de fonctionnement du Médico-Social

ANNEXE 9 : Règlement de fonctionnement de l'Unité d'hospitalisation Programmée et séquentielle des adolescents (**UHPSA**)