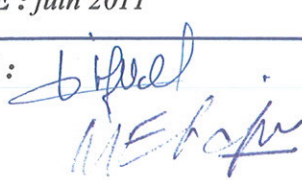
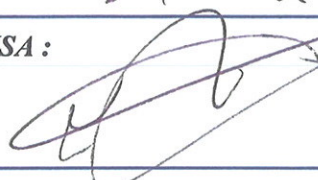
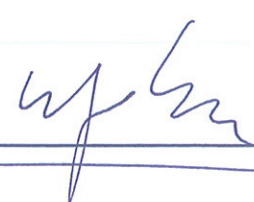




REDACTION	VERIFICATION APPROBATION	VALIDATION
NOM : Mme VIGNAL, Directrice des Soins Mme MAZUR, Responsable Qualité	NOM : Dr CHERY, Présidente de CME	NOM : M. LEFEBVRE, Directeur
DATE : juin 2011	DATE : 30/06/11	DATE : 30/06/11
VISA : 	VISA : 	VISA : 

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
ORGANISATION ADMINISTRATIVE	7
1. LE DIRECTEUR	8
2. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE	8
3. LE DIRECTOIRE	9
4. LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT	9
5. LA COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE	9
6. LE COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT	10
7. LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL	10
8. LA POLITIQUE QUALITE	11
9. LA COMMISSION DE RELATION DES USAGERS, DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE	16
10. LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD).....	17
11. LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES(CLIN)	17
12. LE COMITE DE LIAISON D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION	17
13. LE COMITE D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE.....	18
14. LE COMITE D'ETHIQUE.....	18
15. LE COMITE DU MEDICAMENT ET DISPOSITIFS MEDICAUX	19
16. LE COMITE DES VIGILANCES ET DES RISQUES	19
17. LA COMMISSION DES GARDES ET DES ASTREINTES	19
18. LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES	19
ORGANISATION MEDICALE	20
1. LE CODE DE DEONTOLOGIE	21
2. LE PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN	21
3. LE PRATICIEN EXERCANT A TEMPS PARTIEL	22
4. LES ASSISTANTS	22
5. LES INTERNES	22
6. LE PHARMACIEN	21
7. LE FONCTIONNEMENT MEDICAL.....	22
8. LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM).....	23
ORGANISATION DES POLES	24
1. LA STRUCTURE	25
2. LE POLE URGENCES/MEDECINES ACTIVES.....	25
3. LE POLE SSR	25
4. LE POLE MEDICO-TECHNIQUE : PHARMACIE/EOHH/IMAGERIE MEDICALE.....	26
5. LE POLE ADMINISTRATIF / CONSULTATIONS EXTERNES / DIM.....	26
LE PARCOURS DU PATIENT	27
1. ADMISSION DES PATIENTS ET ACCUEIL ADMINISTRATIF	28
2. LE SEJOUR	32
3. LE SERVICE DES REPAS.....	33
4. LE LINGE	33
5. LES VISITES	33
6. LES RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS	33
7. LES RECOMMANDATIONS PARTICULIERES.....	34
8. L'ADMISSION AU SEIN D'UNE UNITE.....	35
9. LA SORTIE.....	38
10. LES RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS	39
11. LE DECES.....	40
LA SECURITE.....	42
1. LES REGLES GENERALES	44
2. LA NEUTRALITE DU SERVICE PUBLIC	44
3. L'INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, PHOTOGRAPHES, AGENTS D'AFFAIRES ET ENQUETEURS.....	44
4. L'ACCES DES PROFESSIONNELS DE LA PRESSE	44
5. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILES	45
OBLIGATIONS DU PERSONNEL	47
1. LE SECRET PROFESSIONNEL	48
2. L'OBLIGATION DE RESERVE ET DE DISCRETION PROFESSIONNELLE.....	48
3. LE RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION	49

4. L'ACCUEIL ET LE RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES.....	49
5. LES OBLIGATIONS DE DESINTERESSEMENT.....	49
6. L'INTERDICTION DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES.....	49
7. L'EXECUTION DES INSTRUCTIONS RECUES.....	49
8. L'INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE.....	49
9. L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS LIES A L'UTILISATION DES PRODUITS ET BIENS DE SANTE.....	49
10. LE TEOIGNAGE EN JUSTICE.....	50
11. LE BON USAGE DES BIENS DE L'HOPITAL.....	50
12. L'ASSIDUITE ET LA PONCTUALITE.....	50
13. LE RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE.....	50
14. LA LUTTE CONTRE LE BRUIT.....	50
15. L'IDENTIFICATION DES PERSONNELS.....	50
DROIT DU PERSONNEL.....	51
1. LE DROIT SYNDICAL - L'EXERCICE DU DROIT DE GREVE.....	52
2. LE DROIT A UNE PROTECTION DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS.....	52
3. LA LIBERTE D'OPINION.....	53
4. L'AUTORISATION D'ABSENCE POUR EVENEMENTS PARTICULIERS.....	53
5. LES CONDITIONS D'ACCES AU DOSSIER PERSONNEL.....	53
6. LA DUREE DU TRAVAIL - LES HEURES SUPPLEMENTAIRES.....	54
7. LA MEDECINE DU TRAVAIL.....	54
8. LA FORMATION CONTINUE.....	54
9. L'ACCIDENT DU TRAVAIL.....	55
10. LA NOTATION - L'EVALUATION.....	55
11. LE GUIDE DU NOUVEL AGENT.....	55
ORGANISATION PARAMEDICALE.....	56
1. LA POLITIQUE DE SOINS.....	57
2. LA DIRECTRICE DES SOINS.....	58
3. LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE.....	59
4. LE CADRE DE SANTE :.....	59
5. L'INFIRMIERE.....	59
6. L'INFIRMIERE HYGIENISTE.....	59
7. L'AIDE-SOIGNANTE.....	59
8. LA PREPARATRICE EN PHARMACIE.....	60
9. LE MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE.....	60
10. LE KINESITHEPEUTE.....	60
11. L'ERGOTHEPEUTE.....	60
12. L'ASSISTANTE SOCIALE.....	60
13. LA DIETETICIENNE.....	60
14. LA SAGE-FEMME.....	61
15. L'AGENT DES SERVICES HOSPITALIER.....	61
16. LA SECRETAIRE MEDICALE.....	61
ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET TECHNIQUE.....	62
1. LE DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES CHARGE DES FINANCES.....	63
2. LA RESPONSABLE QUALITE.....	63
3. L'ADJOINT DES CADRES.....	63
4. L'ADJOINT ADMINISTRATIF.....	63
5. LA SECRETAIRE DE DIRECTION.....	63
6. LE STANDARDISTE.....	63
7. L'INFORMATICIEN.....	63
8. L'AGENT TECHNIQUE.....	63
DISPOSITIONS FINALES.....	64
1. PROCEDURE D'APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	65
2. MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	65
3. REGLEMENTS SPECIFIQUES.....	65
REFERENCES LEGISLATIVES.....	66

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson est un établissement public de santé régi par le Code de la Santé Publique.

La Loi Hôpital Patient Santé Territoire adoptée et publiée au JO du 22 juillet 2009 doit permettre une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant l'ensemble des besoins de santé.

Le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson a pour mission :

- D'accueillir tous les jours 24h/24h toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique, d'examiner, traiter et orienter si besoin.
- De dispenser :
 - Des soins, des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine,
 - Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des patients requérant des soins continus, dans un but de réinsertion.
- De participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention.
- De concourir :
 - A la formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers,
 - A la formation initiale et continue du personnel paramédical et des sages-femmes,
 - Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé,
 - Conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente.
- De développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité.
- De procéder à l'analyse de son activité.

Accrédité en 2003 et certifié en 2008, le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson est en préparation pour la prochaine certification en 2012.

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

1. LE DIRECTEUR

Le directeur assure la gestion du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson, ainsi que de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Joseph Magot.

Il préside le directoire et a autorité sur l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson, dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

Il établit, après avis des instances, le règlement intérieur et le projet d'établissement.

Le directeur prend les décisions nécessaires au fonctionnement de l'établissement en concertation avec le directoire.

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente d'une autorité responsable, il organise avec ses adjoints et ses collaborateurs un service de garde administrative.

2. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Son rôle :

- se prononce sur les orientations stratégiques et contrôle la gestion de l'établissement
- délibère sur :
 - le projet d'établissement
 - les comptes financiers et l'affectation des résultats
 - le rapport annuel de l'activité
 - toutes les propositions de conventions avec un Centre Hospitalier Universitaire ou un autre établissement
- donne un avis sur :
 - les différentes politiques du Centre Hospitalier
 - ⇒ politique qualité
 - ⇒ politique des soins
 - ⇒ politique gestions des risques
 - ⇒ politique d'accueil et de prise en charge des usagers

Il est composé :

- du Maire
- d'un représentant de la communauté de communes
- d'un représentant du Conseil Général
- d'un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT)
- d'un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement,
- d'un représentant des organisations syndicales
- d'un représentant désigné par le directeur de l'Agence Régionale de Santé en qualité de personnel qualifié
- d'une infirmière
- de deux représentants des usagers

3. LE DIRECTOIRE

Le directoire appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le directeur, dont le rôle est renforcé par la loi Hôpital Patient Santé Territoire préside cette instance.

C'est le lieu où des points de vue sont échangés entre gestionnaires, médicaux et soignants.

Le Vice-Président est le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Compétences du directoire pour :

- approuver le projet médical, préparé par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement avec le directeur,
- préparer le projet d'établissement en lien avec le projet de soins,
- conseiller le directeur dans la gestion et la conduite du Centre Hospitalier.

Il est composé de 4 personnels médicaux et paramédicaux et de 3 administratifs.

4. LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Son rôle est consultatif et vise à associer le corps médical à la gestion de l'établissement.

- est consultée pour avis sur les projets de délibération soumis au directoire et au conseil de surveillance
- prépare le projet médical
- organise la formation continue et l'évaluation des EPP
- émet un avis sur le projet de soins, le fonctionnement des différents pôles, les nominations des responsables de pôles, les questions relatives au recrutement des médecins et de leurs carrières

Elle est composée des médecins élus par leurs pairs.

Elle désigne un représentant aux différentes instances obligatoires et consultatives de l'établissement.

5. LA COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE

Elle est présidée par la Directrice des Soins.

Elle permet aux personnels soignants de formuler des avis et des propositions dans les domaines suivants :

- l'organisation des soins, de rééducation et médico-techniques, l'accompagnement des usagers dans le cadre des différents projets
- la recherche dans le domaine des soins

- la politique de formation
- l'évaluation des pratiques professionnelles
- la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins
- le projet d'établissement et l'organisation du Centre Hospitalier

Elle est composée :

- de 3 cadres de santé
- de 2 infirmières
- d'1 manipulateur de radiologie
- d'1 préparateur en pharmacie
- d'1 Aide-soignante

6. LE COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT

Il est présidé par le directeur.

Il est consulté sur :

- Le projet d'établissement,
- Le projet de contrat pluriannuel et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds,
- Le budget, le rapport prévisionnel, les comptes financiers et le tableau des emplois
- Les créations, suppressions, transformations des structures médicales et des autres services,
- Les conditions et l'organisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel
- Les règles concernant l'emploi de diverses catégories de personnels,
- La politique générale de formation et le plan de formation
- Le bilan social
- Les actions de coopération

Il comprend :

- Dix membres titulaires représentant le personnel non médical, ils sont élus par collège, sur des listes élaborées par les syndicats représentatifs
- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement.

7. LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Ce comité contribue à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs du Centre Hospitalier et à l'amélioration des conditions de travail par :

- l'analyse des conditions de travail et des risques professionnels
- la vérification des respects des prescriptions législatives et réglementaires et de la mise en œuvre des mesures de prévention préconisées
- la sensibilisation et l'information liées à ses prérogatives
- l'analyse des circonstances et des causes des AT ou des maladies professionnelles

Il est consulté :

- pour les transformations importantes sur les postes de travail
- sur les changements de postes ayant une influence sur le travail
- sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidents du travail

Il est composé :

- du directeur
- du directeur des soins
- du DRH
- du médecin du travail
- du pharmacien
- de l'inspecteur du travail,
- d'un agent des services de prévention des organismes de sécurité sociale
- des représentants syndicaux

8. LA POLITIQUE QUALITE

La démarche Qualité du Centre Hospitalier est présente dans l'ensemble des domaines.

L'impulsion et le suivi de la démarche par la Direction est un élément essentiel de l'amélioration de la qualité.

Notre charte Qualité définit la mission de l'établissement, et constitue la pierre angulaire de notre action.

La démarche Qualité, progressive et pérenne, vise l'obtention d'améliorations sur des problématiques jugées prioritaires.

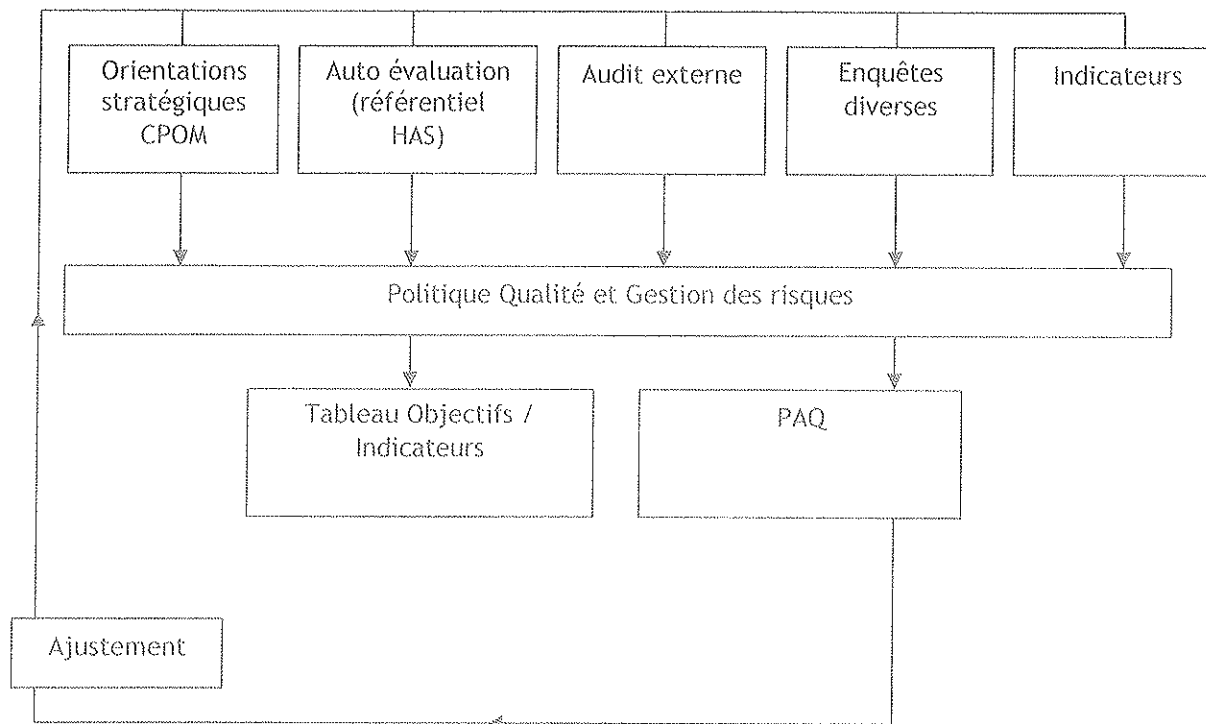
La politique Qualité et gestion des risques est une composante essentielle du projet d'établissement. Elle réaffirme l'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration continue, maintenant l'usager au cœur de toute réflexion.

Une progression :

2001	2003	2003	2006/2007
Sensibilisation à la démarche Qualité	Accréditation : 2 recommandations	Suivi Service Qualité	Développement d'une véritable culture Qualité

2008	2009	2010
Certification V2	Poursuite PAQ 2009 Identitovigilance 2010	Création du COVIR Poursuite du PAQ Création d'un comité d'éthique

Une pérennité :



1. ORGANISATION MISE EN PLACE

2.1 Le service Qualité

Composition :

Le Directeur

La Directrice des Soins

La gestionnaire de risques

La responsable Qualité

La secrétaire Qualité

Missions :

- ▶ Proposer, organiser et animer les réunions de la cellule Qualité et le pilotage du processus de certification,
- ▶ Assurer le suivi des plans d'actions,
- ▶ Assister les groupes de travail et assurer le reporting vers la cellule Qualité,
- ▶ Réaliser les comptes rendus des réunions de la cellule Qualité et des groupes de travail,
- ▶ Assurer la frappe et la gestion des documents Qualité et de certification.

2.2 La cellule Qualité

Composition :

Le Directeur	Le Cadre de santé - Pôle SSR
La Directrice des Ressources Humaines	Le Cadre de santé - EHPAD
La Directrice des Soins	Le Cadre de santé - Pôle Médecine / Urgences
La gestionnaire de risques	Le Cadre de santé - Pôle Médico-Technique
La responsable Qualité	Le Cadre supérieur de santé - Pôle SSR
La secrétaire Qualité	L'informaticien
Le médecin DIM	La Responsable du Bureau du mouvement
Le Président de CME	L'Attachée - Achat / Juridique

Missions :

- ▶ Définir les orientations et s'assurer du fonctionnement du système Qualité
- ▶ Valider les travaux des groupes de travail à chacune des étapes,
- ▶ Arbitrer les litiges,
- ▶ Garantir la coordination et la gestion de la démarche d'amélioration de la Qualité et du processus de Certification,
- ▶ Conduire des analyses de risque,
- ▶ Animer des groupes de travail et de synthèse,
- ▶ Assurer la cohérence des travaux.

2.3 Les groupes de travail :

(pour obtenir une participation large et transversale)

Certains groupes sont pérennes :

- ▶ Groupe des correspondants en hygiène,
- ▶ Groupe dossier patient,
- ▶ Staffs multidisciplinaires,
- ▶ Comité d'éthique,
- ▶ CLUD, CLAN.

D'autres ont une mission bien précise :

- ▶ Groupe Chute,
- ▶ Groupe Contention,
- ▶ Groupe satisfaction de l'utilisateur (refonte du questionnaire de satisfaction).

2.4 Les représentants des usagers

Ils font partie intégrante de la démarche Qualité de l'établissement. Outre leur représentation dans les instances (CA, CLIN, CRUQPEC, ...), ils participent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins directement. En effet, à chaque réunion de la CRUQPEC, un point leur est fait sur le plan d'amélioration qualité, les objectifs, les évaluations, ... et leurs remarques et suggestions sont accueillies avec plaisir.

3 LES GRANDES ORIENTATIONS :

Notre objectif est la réalisation de soins d'une qualité et d'une sécurité optimale. La satisfaction, dans toutes ses dimensions, de l'utilisateur, reste au cœur de nos préoccupations.

Afin de réaliser cet objectif, quelques grandes lignes directrices se dégagent depuis la V2007 :

- ▶ Répondre aux remarques de la Haute Autorité de Santé et poursuivre notre dynamique d'amélioration,
- ▶ Poursuivre les évaluations devant déboucher sur des actions d'amélioration, notamment dans la gestion du dossier patient,
- ▶ Se préparer à la prochaine démarche de certification,
- ▶ Informatiser le dossier patient,
- ▶ Optimiser la satisfaction de l'utilisateur tout au long de sa prise en charge,
- ▶ Les résultats des Indicateurs généralisés tels IPAQSS ou tableau de bord des infections nosocomiales, orientent et priorisent les actions d'amélioration à mettre en place.

4 LES OUTILS DE LA POLITIQUE QUALITE

4.1 Le plan d'amélioration qualité (PAQ)

Le PAQ représente les principales actions à mener, jugées prioritaires. Suivi par le service Qualité, il est remis à jour en cellule Qualité, autant que nécessaire.

4.2 Les indicateurs

Des indicateurs alimentent le tableau de bord. Ils permettent de suivre l'évolution dans le temps, de vérifier l'impact des actions mises en place.

Un certain nombre d'indicateurs sont désormais obligatoires : score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales, indicateurs généralisés IPAQSS.

D'autres sont déterminés en cellule Qualité.

4.3 La gestion documentaire

L'établissement a organisé son système de gestion documentaire. L'outil Intranet se développe. L'ensemble du personnel est formé à l'utilisation de ce système. Ce système permet un accès facile à l'information.

Le service Qualité maintient à jour sur ortigo (site intranet) la liste complète des documents utilisés (procédures, protocoles, instructions, formulaires...).

Tout nouveau document doit être validé en cellule Qualité puis référencé avant d'être diffusé.

4.4 La communication

La communication joue un rôle essentiel dans le développement et la pérennité de la politique Qualité. En interne, les supports de communication existent :

Bulletins, tableau d'affichage, comptes rendus de réunions, intranet...

Les cadres de santé et les référents sont un relais important de la transmission de l'information aux équipes de professionnels.

4.5 Les évaluations

Il n'y a pas d'amélioration continue de la qualité sans évaluation. Le but de l'évaluation est de diminuer les écarts constatés entre une pratique et un référentiel, et donc d'améliorer les pratiques. Les EPP doivent aujourd'hui s'inscrire dans la politique globale de l'amélioration continue de la qualité.

4.6 Les enquêtes de satisfaction

Régulières et pérennes, elles permettent de mesurer la qualité telle qu'est ressentie par les usagers.

4.7 La formation

Inscrite dans la stratégie de l'établissement, la formation est essentielle à l'amélioration continue de la qualité, contribuant à la rentabilité, à la flexibilité et au développement des personnes.

La formation développe le professionnalisme et crée des liens. Elle anticipe les évolutions en encourageant les démarches prévisionnelles et en préparant les professionnels aux changements.

5 LA GESTION DES RISQUES

Le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson organise également la gestion des risques encourus par les usagers et les personnels avec la volonté de coordonner les actions.

En 2007, la coordination des vigilances a été formalisée. L'ensemble des procédures sont écrites, un coordinateur a été nommé et des formations sont mises en œuvre.

En 2009, l'identitovigilance est à son tour formalisée. L'autorité de gestion de l'identitovigilance (AGI) et la cellule d'identitovigilance (CIV) créent une charte de l'identitovigilance et les procédures nécessaires. Les formations sont effectuées et un tableau de bord avec des indicateurs qualité est mis en place.

Le document unique réalise la maîtrise des risques professionnels et priorise les actions d'amélioration à mettre en œuvre.

Les plans d'urgence sont formalisés (plan blanc, pandémie grippale, canicule, ...) et des simulations sont organisées.

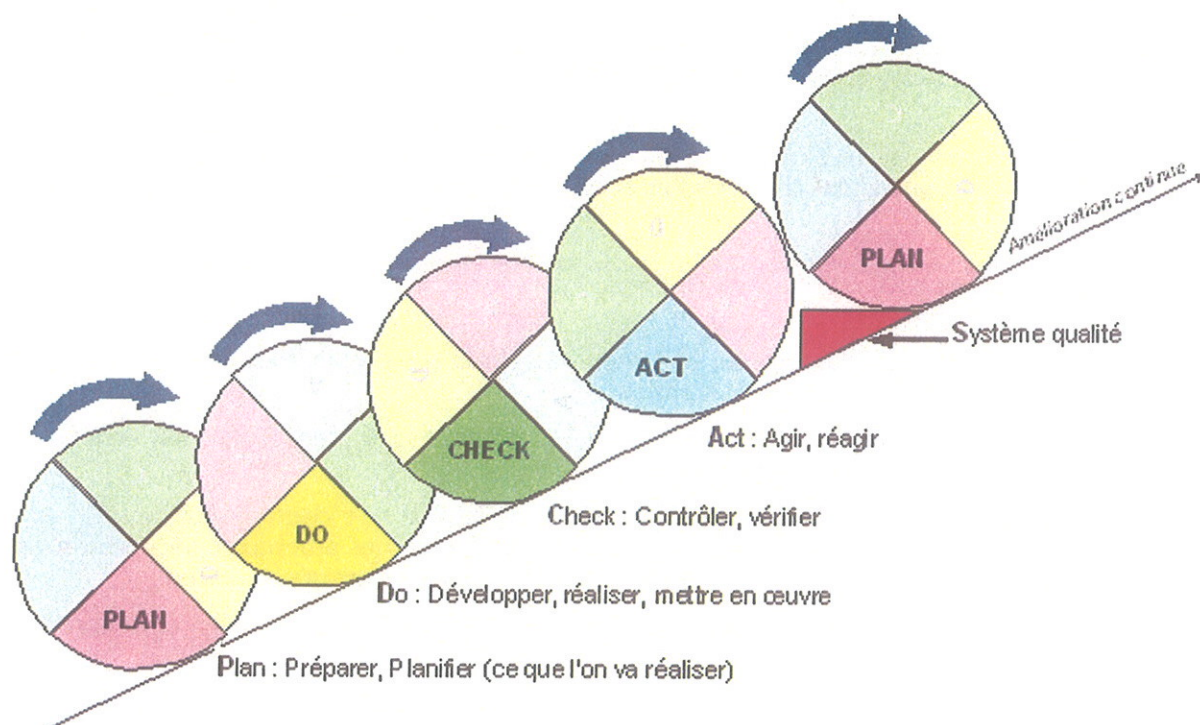
En 2010, un COVIRIS (comité des vigilances et des risques) poursuit la coordination de la gestion des risques, dans sa globalité, en y intégrant les risques environnementaux. Les missions du COVIRIS sont formalisées dans une procédure (PROC TS VIG 01). Un gestionnaire de risques est identifié.

6 CONCLUSION

Pour assurer une prise en charge globale du patient d'une manière optimale, la coordination des différentes politiques entre elles est essentielle. La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, associée à une culture de l'évaluation déployée dans tous les secteurs permet la priorisation d'actions.

Ainsi, la fameuse roue de Deming maintient l'établissement sur la voie de l'amélioration.

La roue de Deming



DOCUMENTS ASSOCIES ET DE REFERENCE :

- La charte Qualité (MAQ TS QI 01)
- Le Manuel de Certification V2010
- Toutes les politiques de l'établissement

9. LA COMMISSION DE RELATION DES USAGERS, DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

En référence aux lois du 4 mars 2002 et du 09 août 2004, c'est l'organe incontournable de consultation sur la politique d'accueil et de prise en charge des usagers et force de proposition dans ce domaine.

Elle a pour objectif :

- de veiller au respect des droits des usagers
- d'orienter, assister et informer sur les droits des patients
- d'étudier les plaintes, réclamations et litiges (questionnaires de satisfaction, lettres, plaintes téléphoniques et mail...)
- de réunir les commissions de conciliation, de représenter l'établissement dans les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation

Le rapport annuel est présenté aux différentes instances et à l'Agence Régionale de Santé.

Elle est composée :

- du directeur
- d'un médiateur médical
- d'un médiateur non médical
- de 3 représentants des usagers
- d'un représentant de la commune
- d'un représentant des syndicats

10. LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Il suscite et anime au sein du Centre Hospitalier une véritable « Culture DOULEUR »
il veille à la formation des personnels en la matière.

Ses responsabilités :

- proposer pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation du Centre Hospitalier
- coordonner les actions visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur qu'elle qu'en soit le type, l'origine et le contexte
- susciter des plans d'amélioration qualité
- proposer des protocoles
- évaluer les traitements

11. LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES(CLIN)

Il organise la lutte contre les infections nosocomiales à travers un plan annuel mis en œuvre par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière.

Il a pour objectif :

- de prévenir les infections nosocomiales, pour cela :
- d'organiser la prévention et la surveillance des infections nosocomiales
- d'actualiser les protocoles de soins
- de définir les recommandations de prévention
- d'assurer une vigilance permanente :
- de mettre en place des éléments de surveillance épidémiologique (étude de prévalence)
- de former tous les agents
- d'évaluer les procédures et protocoles
- de veiller à l'hygiène de bases, à la sécurité des actes, de la sécurité du personnel

12. LE COMITE DE LIAISON D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION

Il est créé conformément à la circulaire de la DHOS du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

Il a pour mission :

- conduire des travaux portant sur l'alimentation et la nutrition,
- décloisonner la fonction restauration
- communiquer sur la restauration

Il a pour rôle :

- de s'assurer de l'état des besoins de l'établissement

- de programmer annuellement des actions en impulsant des actions de dépistage, en participant à la mise en place d'outils
- de participer à l'évaluation des actions entreprises.

Il est composé :

- de la présidente,
- de la vice-présidente,
- d'un cadre supérieur de santé,
- d'un cadre de santé,
- d'une infirmière,
- d'une aide-soignante,
- d'un responsable du service restauration.

13. LE COMITE D'HEMOVIGILANCE ET DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE

Conformément aux Articles R1221-31 et suivants du Code de la Santé Publique, le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance a pour mission :

- de contribuer par ses études et ses propositions à l'amélioration de la sécurité des patients qui sont transfusés dans l'établissement.
- de veiller à la mise en oeuvre des règles et procédures d'hémovigilance

Il est notamment chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement. Il s'assure auprès des services responsables de la présence dans le dossier médical mentionné des documents relatifs aux actes transfusionnels et, le cas échéant, de la copie de la fiche d'incident transfusionnel. Il est saisi de toute question relative à la collaboration des correspondants d'hémovigilance de l'établissement de transfusion sanguine et de l'établissement, et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance. Il se tient informé des conditions de fonctionnement des dépôts de sang. Il est averti des incidents transfusionnels inattendus ou indésirables et conçoit toute mesure destinée à y remédier.

Il est composé :

- du directeur
- du président
- du correspondant local
- du coordonnateur régional
- du correspondant de l'établissement français du sang
- des médecins de l'établissement
- des cadres de santé

14. LE COMITE D'ETHIQUE

C'est une instance pluridisciplinaire, consultative et indépendante

C'est un lieu d'échanges et de réflexion, il permet:

- d'identifier les problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement
- de favoriser la réflexion sur le sens du soin,
- de faire des propositions après étude de cas, débats... et concertation
- de diffuser en interne des réflexions et des recommandations

Il est composé :

- du directeur
- du président de la Commission Médicale d'Etablissement
- de la directrice des soins

- des médecins de l'établissement
- des représentants du personnel soignants

15. LE COMITE DU MEDICAMENT ET DISPOSITIFS MEDICAUX

Il définit une politique cohérente du médicament et des dispositifs médicaux stériles, à l'intérieur du Centre Hospitalier.

Il a un double rôle fondamental dans les domaines de la qualité des soins et de l'efficacité économique.

Il est partie prenante du Contrat de Bon Usage du médicament :

- prend une part active à l'élaboration de la liste des médicaments
- définit en partenariat avec les professionnels de santé les priorités thérapeutiques
- élabore le livret du médicament

16. LE COMITE DES VIGILANCES ET DES RISQUES

Il coordonne les vigilances et les risques :

- la pharmacovigilance
- l'hémovigilance
- l'infectiovigilance
- la matériovigilance
- l'identitovigilance

Le risque environnemental est désormais à prendre en compte dans une démarche de développement durable.

L'évaluation des risques doit permettre une mise en œuvre d'actions. Le document unique est l'outil de la gestion des risques professionnels.

Il a pour missions :

- de préparer la démarche de prévention
- d'évaluer les risques
- d'élaborer un programme d'actions
- de mettre en œuvre les différentes actions
- de réévaluer les risques
- de réajuster

17. LA COMMISSION DES GARDES ET DES ASTREINTES

Elle a pour objectif :

- de donner son avis sur l'organisation et le fonctionnement du service des gardes et astreintes, et sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation
- de vérifier l'état récapitulatif
- de proposer si besoin des rythmes de travail différents
- d'instruire les dossiers d'accréditation des tours de gardes et astreinte
- d'établir un bilan annuel

18. LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES

Les commissions administratives paritaires locales sont compétentes en toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire. Un membre de la commission ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

ORGANISATION MEDICALE

1. LE CODE DE DEONTOLOGIE

Le médecin a un devoir d'assistance envers les patients et les blessés et l'obligation de respecter les principes d'égalité et de neutralité du service public et de non-discriminations entre les patients. Il est par ailleurs tenu au secret professionnel.

Il bénéficie de la liberté de prescrire (dans la limite de ce qui est nécessaire) et de l'indépendance professionnelle.

Le patient dispose du libre choix de son médecin.

Le médecin a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

Le médecin est responsable du patient qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyens relative aux diagnostic et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science.

Il doit à son patient une information loyale, claire et appropriée.

2. LE PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN

2.1 Le Médecin

Les praticiens hospitaliers consacrent la totalité de leur activité professionnelle au Centre Hospitalier, ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier.

Ils peuvent participer aux actions d'enseignement (étudiants, internes, professions paramédicales, personnels hospitaliers...) de prévention et de recherche.

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

Ils doivent :

- assurer le service normal de jour,
- assurer la permanence des soins (gardes et astreintes),
- tenir un dossier par patient.

Leur obligation de service est fixée à 10 demi-journées par semaine.

2.2 Le Pharmacien

Il est chargé de l'organisation du service qui lui est confié dans les divers aspects de son activité.

Il est responsable de l'approvisionnement régulier des différentes unités de soins en médicaments (spécialités et préparations) et dispositifs médico-chirurgicaux stériles, ainsi que du contrôle de leurs conditions de stockage.

Il tient, selon les règles prescrites, la comptabilité des toxiques stupéfiants.

Il s'assure d'autre part de la qualité de la stérilisation et de celle des gaz médicaux qui sont des médicaments. Pour ces derniers, il veille à la continuité des approvisionnements.

3. LE PRATICIEN EXERCANT A TEMPS PARTIEL

Ils participent à l'ensemble de l'activité du service, ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier.

Ils peuvent participer aux actions d'enseignement (étudiants, internes, professions paramédicales, personnels hospitaliers...) de prévention et de recherche.

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

Ils participent aux gardes et astreintes.

Ils participent aux remplacements des praticiens à temps plein.

Les praticiens à temps partiel peuvent, en dehors de leur service à l'hôpital, exercer une activité privée au sein d'un cabinet privé extérieur à l'établissement, et éventuellement au sein de la structure d'hospitalisation spécifique.

Les praticiens à temps partiel exercent une activité hebdomadaire en demi-journée qui peut être répartie entre la matinée et l'après-midi.

4. LES ASSISTANTS

Les assistants des hôpitaux sont des praticiens recrutés par contrat. Les assistants exercent à temps plein à l'hôpital.

Ils exercent des fonctions de diagnostic, de soins ou prévention sous l'autorité du responsable de pôle.

Ils participent au service de gardes et astreintes.

Ils sont placés sous l'autorité du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de service ou responsable de pôle.

Les assistants exercent leurs fonctions à l'hôpital sous la forme de vacations.

5. LES INTERNES

Les internes exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité des médecins dont ils relèvent.

6. LE FONCTIONNEMENT MEDICAL

Le fonctionnement médical de chaque service est placé sous la direction du responsable de pôle.

Les praticiens hospitaliers doivent déclarer sans délai au directeur, tous événements anormaux qui se produisent dans leurs services.

Ils doivent répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leur horaire normal de service

La permanence médicale est assurée à l'hôpital 24 heures sur 24 par les médecins du service des urgences.

Chaque chef de service assure la garde pour son service, en alternance s'il y a lieu avec un autre médecin de l'établissement ou avec un praticien du service.

Toute absence, soit en raison des congés annuels, soit pour des raisons exceptionnelles, doit être signalée par écrit au Directeur dans les meilleurs délais. Celui-ci devra s'assurer de la permanence médicale dans le service concerné.

Au cas où il serait impossible de suppléer le « chef de service », toutes mesures nécessaires devront être prises pour garantir la sécurité des patients.

L'organisation médicale, décrite par les tableaux de service, détermine la durée du service normal de jour et du service relatif à la permanence des soins, sur 24 heures. Ces tableaux sont portés à la connaissance et validés par le directeur quatre semaines avant l'application.

7. LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM)

Le Département d'Information Médicale est un service chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le Département d'Information Médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Le médecin, responsable du DIM s'assure de la validité et de l'exhaustivité des données transmises.

Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseils utiles à cette réalisation.

ORGANISATION DES POLES

1. LA STRUCTURE

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 prévoyant la simplification du régime juridique des établissements de santé, a mis un certain nombre de réformes en place comme la nouvelle gouvernance avec les « pôles d'activités ».

Un pôle se définit :

- par son caractère pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et autres professionnels de santé)
- par son projet médical ou projet de soins (coordination, organisation de la continuité des soins, participation à des réseaux, actions de prévention, évaluation et partage des pratiques...)
- son approche territoriale pour couvrir les besoins de santé d'un territoire : lieux de consultations, mise en réseau avec d'autres acteurs de territoire : Hôpitaux Locaux, CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)...

Un contrat de pôle est établi entre le directeur et le responsable médical du pôle. Il définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens mis à disposition, les indicateurs de suivi et les modalités d'intéressement du pôle avec résultats de sa gestion.

Le règlement intérieur des pôles d'activité précise les rôles et missions du responsable de pôle et du conseil de pôle.

Ainsi 4 pôles ont été définis au Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson :

- pôle soins actifs : Urgence/Médecine active
- pôle SSR polyvalent
- pôle médico-technique : Pharmacie/EOHH/Radiologie
- pôle administratif + consultations externes
-

2. LE POLE URGENCES/MEDECINES ACTIVES

Le service des urgences (24h/24h) accueille sans sélection toutes personnes se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.

Une unité de 3 lits d'UHCD permet une surveillance rapprochée de patients instables avant hospitalisation, transfert ou retour à domicile.

Les évolutions de la patientèle hospitalière plaident en faveur de services de médecine polyvalente de proximité. Ainsi, l'unité de médecine polyvalente joue un rôle important dans le développement des urgences. Elle accueille et traite les patients souffrant d'une maladie aiguë ou chronique.

L'unité de Court Séjour Gériatrique constitue quant à elle un maillon indispensable dans la prise en charge notamment de personnes âgées fragiles, polypathologiques, à haut risque de dépendance physique, psychologique ou sociale. Il en résulte une prise en charge globale, individuelle, prospective et concertée.

L'établissement identifie également 5 lits de soins palliatifs. Les soins palliatifs représentent des concepts, des techniques, des pratiques de prise en charge spécialisée du patient et de ses proches. Ce sont des soins actifs, complets, donnés aux patients dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes, ainsi que la prise en considération de problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales. Le but est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les patients et leurs familles.

3. LE POLE SSR

Les soins de suite et de réadaptation interviennent dans la rééducation d'un patient, à la suite d'un séjour hospitalier pour une affection aiguë médicale ou chirurgicale.

Les dispositifs mis en place sont de plusieurs types :

- l'action préventive par l'éducation et l'apprentissage adaptée à la maladie et/ou handicap
- la limitation du handicap par la rééducation
- la réadaptation afin de pallier tout déficit transitoire, et l'accompagnement psychologique

Notre établissement doit occuper une position de référence régionale pour deux spécialités :

- SSR affections onco-hématologiques
- SSR affections respiratoires

4. LE POLE MEDICO-TECHNIQUE : PHARMACIE/EOHH/IMAGERIE MEDICALE

4.1 PHARMACIE A USAGE INTERIEUR

La pharmacie à usage intérieur concerne les pharmacies des établissements de santé dirigée par un pharmacien praticien.

Du fait des risques liés à la dangerosité des produits qu'elle gère, la pharmacie est organisée en un monopole très encadré légalement et réglementairement.

La pharmacie à usage intérieur assure et gère l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, pansements, tous les dispositifs médicaux stériles et tous les articles conformes à la pharmacopée.

4.2 EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE HOSPITALIERE

Notre équipe traite de la qualité et la sécurité des soins, avec une orientation vers l'hygiène et lutte contre les infections associées aux soins.

Elle participe à la qualité et la gestion des risques. L'EOHH représente l'expertise dans le domaine de l'hygiène, de la prévention et de la lutte contre les infections nosocomiales. Elle applique le programme élaboré par le CLIN tout en effectuant en continu ses missions de surveillance, formation, évaluation.

4.3 L'IMAGERIE MEDICALE

L'imagerie médicale regroupe les moyens d'acquisition et des restitutions d'images à partir de différents phénomènes physiques. L'ensemble des images permet d'établir ou d'aider à un diagnostic médical.

5. LE POLE ADMINISTRATIF / CONSULTATIONS EXTERNES / DIM

5.1 L'ADMINISTRATION

L'administration définit l'organisation interne de l'établissement sous la responsabilité de son directeur, en lien avec les organes consultatifs et les instances décisionnelles.

L'ARS, la nouvelle gouvernance, la loi HPST, la T2A fixent les lignes directrices. Au sein de l'administration sont pris en charge les ressources humaines, les finances, les services logistiques, la comptabilité analytique, le service qualité. La cellule qualité s'appuie sur ce service pour piloter le processus de certification ou autre...

5.2 LES CONSULTATIONS EXTERNES

Sont accueillis en service de consultations externes les patients ne nécessitant pas une hospitalisation ni une prise en charge en urgence. Un diagnostic et traitement sont prodigués.

LE PARCOURS DU PATIENT

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

Le personnel de l'hôpital est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants.

Tout au long de son parcours, le patient est au cœur des préoccupations de l'établissement.

Deux modes d'admission sont identifiés :

- admission programmée : consultations externes, lettre du médecin traitant, transfert
- admission non programmée : passage aux urgences

1. ADMISSION DES PATIENTS ET ACCUEIL ADMINISTRATIF

1.1 L'ADMISSION

1.1.1 LE PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU PATIENT

Le droit du patient au libre choix de son praticien est un principe fondamental. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital.

1.1.2 LES COMPETENCES DU DIRECTEUR DE L'HOPITAL EN MATIERE D'ADMISSION

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin de l'hôpital.

Le service des admissions assure le suivi administratif du dossier, selon des règles bien précises d'identitovigilance et oriente vers les différentes unités.

Les unités de soins assurent la prise en charge médicale, psychologique et sociale.

1.1.3 L'ADMISSION EN URGENCE

Le directeur prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil ou de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier seront recueillies le plus rapidement possible.

1.1.4 L'ADMISSION PROGRAMMEE

L'admission peut être programmée. Dans ce cas une convocation est remise ou adressée au patient.

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau du mouvement de l'hôpital où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

1.1.5 LES DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS

1.1.5.1 L'ADMISSION DES MINEURS

Les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les services d'adultes, dès lors qu'il existe un service d'enfants susceptible de les accueillir. Des dérogation peuvent être exceptionnellement autorisées par le directeur, après avis des responsables de pôle concernés, permettant soit la dispensation de soins dans un service d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans, soit la dispensation de soins dans un service pédiatrique à des mineurs âgés de 16 ans et plus.

L'admission d'un mineur ne peut pas être prononcée, sauf cas d'urgence, sans l'autorisation des pères et mère, du tuteur ou de l'autorité judiciaire.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication de la personne exerçant l'autorité parentale et, plus particulièrement, le droit de garde. Dans tous les cas cette personne doit être, dans les meilleurs délais, tenue informée de l'admission.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission.

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

Les parents ou tout autre personne qui s'occupe de l'enfant doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié.

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par ses père, mère ou tuteur. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d'aide sociale à l'enfance demande l'admission.

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le médecin adresse sous pli cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le certificat confidentiel du médecin responsable de pôle, indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

1.1.5.2. L'ADMISSION DE PATIENT ETRANGER

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

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un patient étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

1.1.5.3 L'ADMISSION DE MILITAIRE

Les militaires de carrière, patients ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein de l'hôpital, sauf en cas d'urgence et pour une durée limitée de 48 heures, ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

En cas d'hospitalisation :

- les frais de séjour des militaires de carrière sont pris en charge par la caisse nationale militaire de sécurité sociale

En cas d'admission des militaires en urgence

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

1.1.5.4 L'ADMISSION AUX BENEFICIAIRES DE L'ARTICLE L.115 DU CODE DES PENSIONS MILITAIRES, D'INVALIDITE ET DES VICTIMES DE GUERRE

Les bénéficiaires de l'article L.115 du code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'hôpital pendant la durée de leur hospitalisation.

Leurs frais d'hospitalisation sont toujours entièrement pris en charge. Lorsque les soins sont en rapport avec le motif de réforme, les frais de séjours sont pris en charge par le ministère chargé des Anciens Combattants. Lorsque les soins ne sont pas en rapport avec le motif de réforme, les frais de séjour sont pris en charge par la sécurité sociale.

1.1.5.5 L'ADMISSION DES PERSONNES EN GARDE A VUE

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

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

Le directeur ou l'administrateur de permanence doit être informé et avoir autorisé cette admission.

1.1.5.6 L'ADMISSION DES PERSONNES AMENEES PAR LA POLICE

Lorsque le patient est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître aux dites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces dites autorités.

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée de son hospitalisation, est délivré par le médecin de garde aux policiers.

Lorsque les services de police amènent à l'hôpital, en dehors de toute réquisition, un sujet en état apparent d'ivresse, ce dernier doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police. Une attestation signée du médecin ayant examiné le patient et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire, est alors délivrée à ces services.

1.1.6 LES AUTRES CAS PARTICULIERS D'ADMISSION

1.1.6.1 ADMISSION DES PATIENTS AYANT LA QUALITE D'EVACUES SANITAIRES

Des patients non résidents en France peuvent être admis au sein de l'hôpital dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale de l'Etat.

1.1.6.2 ADMISSION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

L'admission des personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir qu'en cas d'hospitalisation libre.

L'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux, définie par le critère unique du consentement du patient aux soins, est la règle et l'hospitalisation.

Dès son admission et par la suite, à sa demande, le patient est informé de sa situation juridique et de ses droits.

Les patients en hospitalisation libre disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et venir librement à l'intérieur du service et au sein de l'hôpital. Dans le cas où le fonctionnement du service justifie de la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients.

1.1.6.3 ADMISSION DES PATIENTS DEVANT CONFIER PROVISOIREMENT DES ENFANTS AU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le directeur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- faire examiner les enfants par un médecin
- préparer un dossier d'admission pour le service d'aide sociale à l'enfance
- faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide sociale à l'enfance

1.1.7 LE DROIT D'ACCES

Le Centre Hospitalier recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre.

1.1.8 LES PIECES A FOURNIR AU MOMENT DE L'ADMISSION

Quel que soit le mode d'admission du patient, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

Le patient ou son représentant doit présenter au bureau des admissions :

- sa carte d'assuré social permettant de présumer l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie
- une pièce d'identité (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...)
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assurant la prise en charge du ticket modérateur

Si le patient ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

Si le patient n'est pas assuré social, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation, à condition d'avoir pu enregistrer son identité, son adresse d'une manière certaine. Il conviendra donc d'enregistrer ou de photocopier sa carte d'identité ou un document officiel permettant de s'assurer qu'il n'y a pas d'usurpation d'identité ou fausse adresse.

1.1.9 LES FRAIS DE SEJOUR

1.1.9.1 LE PRINCIPE DU PAIEMENT

Toute journée d'hospitalisation est facturable, elle doit être payée par le patient ou par un tiers payeur.

1.1.9.2 LES TARIFS DES PRESTATIONS

Les tarifs des prestations représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Ils sont fixés chaque année par l'ARS pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre, et peuvent être révisés en cours d'année.

Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation facturé par journée de présence au sein de l'hôpital, selon des règles spécifiques.

1.1.9.3 LE FORFAIT JOURNALIER

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

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

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

1.1.9.4 LE PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR ET PROVISIONS

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

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

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie de Pont-à-Mousson exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

2. LE SEJOUR

Un livret d'accueil est remis à tout patient admis en hospitalisation. Ce livret d'accueil contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'établissement.

La charte du patient hospitalisé est jointe à ce livret.

Un questionnaire d'évaluation est remis au patient.

Les réponses permettent de mieux comprendre les attentes du patient afin d'améliorer davantage l'accueil, la qualité des soins et les conditions d'hospitalisation.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des services médicaux concernés.

3. LE SERVICE DES REPAS

Les repas sont servis soit individuellement au lit du patient, soit collectivement dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Dans la mesure du possible, le choix entre plusieurs menus est donné aux patients.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le directeur de l'hôpital, en fonction du coût des prestations fournies.

4. LE LINGE

Pendant la durée de votre hospitalisation, la fourniture et l'entretien des vêtements et du linge de toilette sont à la charge du patient.

5. LES VISITES

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables de pôles. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation aux cadres de santé, avec l'accord du responsable du pôle).

Le droit aux visites peut être restreint pour des motifs liés à l'état de santé des patients ou les patients en « isolement ».

6. LES RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à sortir des chambres des patients pendant l'exécution des soins.

Les patients peuvent demander aux cadres de santé une interdiction de visites aux personnes qu'ils désigneront.

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

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou chambres des patients des médicaments, sauf accord express du médecin, et dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient.

Dans l'intérêt du patient, la remise de denrées ou de boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec un régime alimentaire, est interdite (sauf accord du cadre de santé).

En cas de non respect de ces obligations, le personnel peut interrompre immédiatement la visite, et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

L'expression des convictions religieuses ne doit pas entraver la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches, ni le fonctionnement régulier du service.

7. LES RECOMMANDATIONS PARTICULIERES

7.1 LES OBJETS ET VALEURS

Pendant votre séjour à l'hôpital, ne conservez pas d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur. Remettez les à votre famille, à vos proches ou déposez-les dans le coffre de l'établissement si vous ne pouvez pas vous déplacer, le dépôt sera fait par le personnel soignant.

Les sommes d'argent, titres et valeurs, livrets d'épargne, chèquiers, cartes de crédit, bijoux précieux et montres, peuvent être déposés auprès du régisseur de l'établissement (Monsieur le Trésorier Principal) pour une durée de cinq jours. Au-delà, les objets seront transmis au Trésor Public.

Les autres biens, dont la nature justifie la détention pendant le séjour (objets d'usage courant, papiers d'identité, clés, ...) peuvent être déposés auprès du régisseur du Centre Hospitalier et sont conservés au sein de l'établissement.

Le dépôt n'est pas obligatoire. Si vous décidez de conserver certains objets de valeur ou sommes d'argent, l'établissement ne pourra être tenu pour responsable de vol, perte ou dégradation.

Le régisseur de l'établissement au bureau du mouvement, se tient à votre entière disposition (pendant les jours ouvrables) pour toutes les précisions complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

La direction décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets et d'espèces que vous auriez conservés.

Les prothèses dentaires, les prothèses auditives et les lunettes ne peuvent être prises en charge par l'établissement en cas de perte ou de vol.

7.2 LA RESPONSABILITE CIVILE

Un geste malheureux peut être à l'origine d'une détérioration de matériel mais votre assurance *responsabilité civile* prend en charge la réparation du préjudice.

L'assurance « responsabilité civile vie privée » est souvent comprise dans votre « assurance multirisques habitation », assurez-vous d'être protégé.

7.3 LES PRESTATIONS FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS

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

Cependant, la mise à disposition d'un lit accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans ou un mourant.

7.4 LE TELEPHONE

Toutes les chambres disposent d'un poste téléphonique à accès direct, à l'exception des 3 lits d'UHCD.

Une cabine téléphonique à carte est également à votre disposition au rez-de-chaussée de l'hôpital.

L'utilisation des téléphones portable est interdite en milieu hospitalier, car ceux-ci peuvent générer des interférences sur le matériel médical.

7.5 LA TELEVISION

La gestion des téléviseurs est à la charge de l'établissement.

Le personnel soignant des unités vous donnera toutes les explications quant à l'obtention de la télécommande des téléviseurs.

Toute télécommande non rendue ou détériorée sera facturée.

Les tarifs sont affichés dans chaque chambre.

7.6 LE COURRIER

Pour l'expédition, le patient doit s'adresser au bureau du mouvement ou au personnel soignant. Si le patient est destinataire d'un courrier, il lui sera remis en chambre.

7.7 LES POURBOIRES

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

7.8 L'HOPITAL SANS TABAC

Conformément au décret N° 2006-1386 du 15 novembre 2006, il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'établissement. Le non respect de la loi expose à des poursuites. De plus, les risques d'incendie ne sont pas négligeables. Des pictogrammes et le plan d'évacuation avec consignes à suivre vous le rappellent.

7.9 LES ANIMAUX

Sur autorisation du directeur, l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte de l'hôpital est permise (ex : chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité), conformément aux dispositions de la loi du 27 janvier 1993.

8. L'ADMISSION AU SEIN D'UNE UNITE

8.1 L'INFORMATION DU PATIENT

Les personnes hospitalisées ou consultant au sein de l'hôpital doivent être informées par tous les moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'hôpital assurent l'information des patients, qui doit être appropriée, accessible et loyale. Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les patients sont associés aux choix thérapeutiques qui les concernent. Ils sont informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux (en consultation et aux urgences) peuvent entraîner.

L'hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

8.2 LE CONSENTEMENT DU PATIENT

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le patient en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé. En cas d'urgence mettant en jeu la vie du patient ou d'impossibilité de recueillir le consentement éclairé de ce dernier, les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires, dans le respect de la vie et de la personne humaine. Ils en tiennent informés, dès que possible, les accompagnants et la famille du patient.

Sauf disposition législative contraire, aucun test de dépistage systématique des maladies contagieuses ne peut être effectué.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

8.3 LE RESPECT DE LA PERSONNE ET DE SON INTIMITÉ

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

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

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

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

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.

8.4 LES DROITS CIVIQUES

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

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

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

8.5 LE DOSSIER DU PATIENT

Au service des urgences, le dossier du patient est informatisé. Il est en cours d'informatisation pour l'établissement.

Une charte est établie et a pour objectif l'engagement quant à une politique du dossier patient.

L'évolution de la réglementation impose des critères de qualité dans la tenue du dossier patient, outil central de traçabilité de la prise en charge.

Dans une dynamique d'amélioration continue de la Qualité et de la sécurité des soins ; et dans le respect de la charte de la personne hospitalisée,

Le Centre Hospitalier inscrit la politique du dossier patient dans son projet d'établissement et organise la gestion du dossier patient unique :

- Un groupe de travail spécifique, organisé et pérenne, réactualise la procédure de gestion du dossier, depuis sa création jusqu'à son archivage.
- Une cellule d'identitovigilance (CIV) et une autorité de gestion des identifications (AGI) sont actives. Elles sont garantes d'une identification fiable et sûre, au travers d'une charte d'identification, d'évaluations et de mise en œuvre d'actions d'amélioration.
- Les professionnels sont informés et sensibilisés par le biais d'évaluations obligatoires comme l'expérience IPAQH (Indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière) ou d'actions internes.
- Des formations sur la bonne tenue du dossier sont également inscrites au plan de formation.

L'objectif final de cette démarche évolutive est l'obtention d'un dossier parfaitement tenu, informatisé à terme.

8.6 LA TRANSFUSION SANGUINE

Les procédures spécifiques à la transfusion sont réalisées.

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles pourront être transfusés avec des produits homologues fournis par l'Etablissement Français du Sang.

8.7 LES RECLAMATIONS - LES PLAINTES

Vous avez à votre disposition des questionnaires de sortie qu'il est important de compléter pour nous aider à nous améliorer.

Une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge est opérationnelle.

8.8 LES INTERVENTIONS MEDICALES ET CHIRURGICALES D'URGENCE SUR DES MINEURS ET DES MAJEURS PROTEGES

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre la personne investie du droit de garde ou de refus de la part de cette dernière de signer l'autorisation de soins, d'anesthésie, de pratiquer un examen fonctionnel ou un geste invasif voire d'une transfusion sanguine, on peut cependant procéder à ces interventions dans les conditions suivantes :

- le responsable du pôle ou le praticien ayant la responsabilité temporaire du pôle qui a constaté l'urgence et a décidé l'intervention, doit assurer personnellement la responsabilité des actes effectués.
- la décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance du représentant légal. Elle fait l'objet d'un protocole conservé dans le dossier médical du mineur ou du majeur protégé.

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

9. LA 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 responsable des soins.

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

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis, ainsi qu'à la justification de ses droits.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire (par ambulance ou tout autre transport sanitaire) peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

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

Un questionnaire annexé au livret d'accueil destiné à recueillir les appréciations et les observations du patient peut être déposé à l'administration de l'hôpital.

Ces questionnaires sont analysés et permettent la mise en place d'actions d'amélioration.

9.1 L'AUTORISATION D'ABSENCE

Les personnes hospitalisées peuvent, compte tenu de leur état de santé, s'absenter de l'établissement pour une sortie provisoire. Ces absences sont autorisées par le directeur après avis favorable du médecin responsable des soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais prévus, l'administration le porte sortant, après avis du médecin responsable des soins.

9.2 LA SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

A l'exception des mineurs, les patients peuvent à tout moment quitter l'hôpital.

Toutefois si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, le patient doit signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical, et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, le refus est consigné dans le dossier de soins, et paraphé par toutes les personnes présentes afin de faire foi.

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

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

9.3 LE REFUS DES SOINS

Lorsqu'un patient n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, peut être prononcée par le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable, dans toute la mesure du possible, faite au patient.

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

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient, le médecin responsable s'assure que le refus du patient procède d'une volonté libre et éclairée, et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt. En cas de refus persistant, il prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires pour le patient compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du patient d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le directeur de l'hôpital.

9.4 LA DISPARITION D'UN PATIENT (FUGUE)

Au cas où un patient quitte l'hôpital sans prévenir, et que les recherches entreprises pour le retrouver sont demeurées vaines, le cadre de santé ou l'agent du service prévient le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Le cadre de santé ou l'agent du service informe le directeur et renseigne le dossier de soins et la fiche d'événement indésirable.

9.5 LA SORTIE DISCIPLINAIRE

En cas de perturbation majeure causée par un patient, le directeur peut organiser une sortie ou un transfert disciplinaire.

9.6 LE TRANSFERT

Lorsque l'état d'un patient ou blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'établissement, le médecin prend toutes les mesures nécessaires pour diriger le patient vers un établissement capable d'assurer les soins requis.

L'admission est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ayant pris en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

Le transfert est notifié à un membre de la famille ou à la personne de confiance, que le patient aura désignée lors de son admission.

9.7 LA SORTIE DES MINEURS

La personne exerçant le droit de garde est informée de la sortie prochaine du mineur. La sortie du mineur est effectuée avec la personne exerçant le droit de garde ou le tiers que cette dernière a autorisé. Des justifications sont exigées (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

10. LES RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

10.1 LA CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL

La garde du dossier médical est assurée par l'Administration Hospitalière qui le conserve selon les modalités suivantes : 20 années pour le dossier médical et 30 années pour le dossier transfusionnel ;

Cette conservation est effectuée, selon l'ancienneté des dossiers, dans les services d'archives médicales du Centre Hospitalier ou dans des locaux d'archives extérieurs à l'établissement.

10.2 LA COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

La demande d'information contenue dans le dossier médical doit être formulée et motivée par écrit au directeur.

Le dossier médical est communiqué au malade ou à la personne qu'il désigne à cet effet. En cas de décès du malade hospitalisé, il peut être communiqué aux ayants-droits, sauf si le défunt avait, au préalable, exprimé une volonté contraire.

Le dossier médical peut, en outre, être consulté sur place à la demande du patient, ou par le médecin désigné par le patient (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).

Les dispositions de la loi « informatique et liberté » ne permettent pas de déroger aux dispositions précédentes.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables communiqueront ou prendront toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la Sécurité Sociale les documents médicaux nécessaires à l'exercice du contrôle.

Toutes garanties doivent être prises pour la sauvegarde du secret professionnel.

Les médecins du Centre Hospitalier veilleront à une identification claire et lisible de leurs prescriptions.

Les frais de reprographie seront facturés.

10.3 L'ENVOI D'UN DOSSIER MEDICAL SUCCINCT

Avec l'accord du patient, un dossier médical succinct doit être adressé au médecin de ville ou au médecin d'un établissement public qui en fait la demande (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance ou d'un médecin de contrôle).

Ce dossier est constitué par un membre de l'équipe médicale hospitalière à partir du dossier médical complet conservé par l'établissement.

L'envoi fait l'objet d'un remboursement au Centre Hospitalier des frais par lui engagés pour les copies de documents et de clichés, ainsi que pour l'expédition.

10.4 L'INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT A LA SORTIE DU PATIENT

Sous réserve de l'accord du patient, le médecin responsable adresse au médecin désigné par le patient, par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre.

11. LE DECES

11.1 L'ATTITUDE A SUIVRE A L'APPROCHE DU DECES

Lorsque l'état du malade s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches du malade sont prévenus sans délai par un professionnel de santé, de l'aggravation de son état.

Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent prendre leur repas contre paiement au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition d'un lit accompagnant ne donne pas lieu à facturation.

11.2 LE CONSTAT ET LA NOTIFICATION DU DECES

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du code civil, par un médecin de l'hôpital.

Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du malade sont prévenus.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au directeur de ce service
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, au mandataire spécial
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur
- pour les personnes non identifiées, au service de police

11.3 LES FORMALITES ENTOURANT LE DECES

Le décès est constaté par un médecin qui remplit :

- une fiche d'identification destinée à la direction de l'hôpital et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « le décès paraît réel et constant ».
- un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les vingt-quatre heures.

L'agent du bureau du mouvement de l'hôpital annote pour sa part :

- le registre des décès de l'hôpital
- le registre de destination des corps
- à la mairie du lieu de décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune

Le personnel prend en charge la personne décédée (identification, inventaire...).

Le corps est déposé dans la chambre mortuaire.

L'accueil des familles venant se recueillir est favorisé, un accompagnement est organisé.

Les modalités sont formalisées dans le guide décès présent dans chaque service.

11.4 LA MESURE DE POLICE SANITAIRE

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants-droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur des dits objets et effets.

11.5 L'ADMISSION EN CHAMBRE MORTUAIRE DE PERSONNES DECEDEES HORS DE L'ETABLISSEMENT

Sauf réquisition, l'établissement ne peut recevoir de personnes décédées hors l'établissement.

LA SECURITE

Améliorer la sécurité des établissements dans les services en général et les services d'urgence en particulier, ainsi qu'aux abords immédiats du Centre Hospitalier est obligatoire.

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

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle, doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital, en fonction des circonstances locales. Le directeur les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

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'établissement, toute personne 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.

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

Des préconisations sont élaborées pour éviter tous risques de violence.

Il est interdit d'introduire à l'hôpital, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

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

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

Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Il peut dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées, comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site de l'hôpital.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel, ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

Un représentant des services de police est désigné en qualité de correspondant.

Un protocole permet de faire appel au commissariat de police dans les plus brefs délais.

Ce dernier est adressé au ministère de la santé.

1. LES REGLES GENERALES

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

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

Ils doivent observer une stricte hygiène corporelle. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte de l'hôpital.

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

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

2. LA NEUTRALITE DU SERVICE PUBLIC

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique
- les signes d'appartenance religieuse, qu'elle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public
- les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient sont interdites au sein de l'hôpital, sauf autorisation express du directeur.

3. L'INTERDICTION D'ACCES AUX DEMARCHEURS, PHOTOGRAPHES, AGENTS D'AFFAIRES ET ENQUETEURS

L'accès au sein de l'hôpital des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique.

S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

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

4. L'ACCES DES PROFESSIONNELS DE LA PRESSE

L'accès des professionnels de la presse et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'hôpital doivent préalablement faire l'objet d'une information au directeur de l'hôpital. Il est conditionné à une autorisation écrite de la direction ou de l'administrateur de garde.

L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Ce consentement doit être recueilli par écrit par le professionnel concerné. Le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

5. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILES

5.1 LA VOIRIE HOSPITALIERE

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles ouverts seulement au personnel et aux usagers de l'hôpital, ne peuvent être regardés comme des voies ouvertes à la circulation publique.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles et procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein de l'hôpital, dans les conditions édictées dans l'article « signalisation et sanctions ».

Un plan général de circulation est soumis aux instances représentatives locales de l'hôpital.

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions et caravanes).

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

5.2 LA SIGNALISATION ET LES SANCTIONS

Toutes les dispositions prises en application de l'article « Voirie hospitalière » doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer. Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et, que, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de l'hôpital, notamment en cas de vols ou dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit ou gênant, peuvent entraîner, s'ils compromettent le fonctionnement du service public hospitalier, un retrait des autorisations accordées mais aussi un déplacement d'office du véhicule ; qu'un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut, non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre, et qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par la loi du 31 décembre 1970.

5.3 L'ACCES A L'HOPITAL

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

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

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

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

5.4 LE PLAN BLANC

Le plan blanc est un plan d'organisation de l'hôpital destiné à faire face à un événement à conséquences sanitaires graves dépassant les capacités immédiates de réponse.

Ce plan est la réponse à un afflux massif de patients, de victimes ou à une situation sanitaire exceptionnelle (crise interne ou externe à l'établissement). Le plan blanc doit permettre d'assurer le fonctionnement des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins.

Le directeur ou en son absence l'administrateur de garde, qui décide de la mise en œuvre du plan blanc. Une cellule de crise le pilote et décide de sa levée.

5.5 LES PERSONNELS DE SECURITE GENERALE

Tous les personnels exerçant leurs fonctions sous l'autorité du directeur participent à la sécurité générale.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du code pénal (légitime défense ou état de nécessité).

OBLIGATIONS DU PERSONNEL

1. LE SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements :

- la déclaration de naissance
- le certificat de décès
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret
- la déclaration des maladies vénériennes
- le certificat d'accident du travail
- le certificat de maladie professionnelle
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation
- la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les malades toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique

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

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

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

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital et les médecins responsables de pôles en leur qualité d'autorité constituée, sont tenus par les dispositions du code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informés le directeur de l'hôpital.

2. L'OBLIGATION DE RESERVE ET DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

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

Les personnels sont tenus dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

3. LE RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION

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

4. L'ACCUEIL ET LE RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance. Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, des opérateurs funéraires...

5. LES OBLIGATIONS DE DESINTERESSEMENT

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

6. L'INTERDICTION DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES

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

Les agents ne doivent accepter des malades ou de leurs familles, aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

7. L'EXECUTION DES INSTRUCTIONS RECUES

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées, conformément à sa définition de fonction et à sa fiche de poste, et aux directives générales ou particulières dans le respect du présent règlement intérieur. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique.

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

8. L'INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

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

9. L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS LIES A L'UTILISATION DES PRODUITS ET BIENS DE SANTE

Tout agent de l'hôpital qui a connaissance d'un effet indésirable, grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical, est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant assurant au sein de l'hôpital la coordination des vigilances et des risques.

10. LE TEMOIGNAGE EN JUSTICE

Tout agent de l'hôpital, lorsqu'il est amené à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le directeur et, à l'issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, lui en rendre compte.

11. LE BON USAGE DES BIENS DE L'HOPITAL

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état, les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à disposition par l'hôpital. L'hôpital sera amené à exiger un remboursement, en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

12. L'ASSIDUITE ET LA PONCTUALITE

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

13. LE RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Tout agent de l'hôpital doit observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité pendant l'exécution de son service.

Il a obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital et de ses usagers.

14. LA LUTTE CONTRE LE BRUIT

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

15. L'IDENTIFICATION DES PERSONNELS

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'hôpital portent une tenue identifiée fournie par le Centre Hospitalier. L'agent la restitue lors de son départ de l'établissement.

Tout autre moyen d'identification précisant leur nom, leur prénom et leur qualité (exemple : badge) est proposé pour des intervenants ponctuels ; ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles, stagiaires...

DROIT DU PERSONNEL

1. LE DROIT SYNDICAL – L'EXERCICE DU DROIT DE GREVE

Le droit syndical est garanti aux personnels du Centre Hospitalier. Les agents hospitaliers peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Tout favoritisme ou discrimination fondé sur l'appartenance ou la non appartenance à une organisation syndicale ou politique, ou à l'exercice d'un mandat syndical ou politique est proscrit.

Les organisations syndicales se constituent et s'administrent librement, sous la seule condition de déposer leurs statuts et la liste de leurs administrateurs auprès du Maire de la localité où le syndicat est établi, du Procureur de la République et du Directeur général du Centre Hospitalier conformément aux dispositions du Code du Travail.

Les organisations syndicales peuvent agir en justice. Elles peuvent se pourvoir, devant les juridictions compétentes, contre les actes réglementaires concernant le statut du personnel et contre les décisions individuelles portant atteinte aux intérêts collectifs des agents.

L'exercice du droit syndical au Centre Hospitalier s'effectue dans le cadre des lois et règlements qui le régissent dans les établissements publics de santé (notamment en ce qui concerne la collecte des cotisations, l'affichage et la distribution des tracts et documents, et de la tenue de réunion).

Les organisations syndicales du personnel non médical (dès lors qu'elles ont déclaré une section syndicale dans l'établissement et sont soit représentées au Conseil Supérieur de la fonction publique, soit représentatives dans l'établissement) disposent de locaux syndicaux situés dans l'enceinte hospitalière.

Pour l'exercice de leur activité syndicale, les agents mandatés par leur organisation bénéficient de facilités de service, sous forme d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité de service, conformément aux lois et règlement régissant le droit syndical dans les établissements publics de santé, et sous réserve des nécessités de service.

Le droit de grève est reconnu au personnel de l'établissement.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent dans les établissements publics de santé. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum.

Ainsi les agents indispensables au fonctionnement minimum de l'établissement, compte tenu de la nécessité de maintenir la continuité du service public hospitalier et de l'obligation d'assurer la sécurité des personnes et des biens, sont inscrits sur un tableau de service, qui tient compte de l'effectif minimum déterminé par unité par le CTE.

2. LE DROIT A UNE PROTECTION DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS

Les agents bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'Etablissement est tenu de protéger les agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions et de réparer le cas échéant le préjudice qui en est résulté.

L'établissement est subrogé aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques la restitution des sommes versées à l'agent intéressé. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

3. LA LIBERTE D'OPINION

La liberté d'opinion est garantie aux agents.

Aucune distinction ne peut être faite entre agents en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur sexe, de leur état de santé, de leur handicap ou de leur appartenance ethnique. Elles ne doivent faire l'objet d'aucune mention au dossier et ne doivent avoir aucune influence sur leur carrière.

4. L'AUTORISATION D'ABSENCE POUR EVENEMENTS PARTICULIERS

Des autorisations spéciales d'absence peuvent être accordées pour certains événements familiaux :

- le mariage de l'agent : 5 jours ouvrés
- le mariage d'un enfant : 1 jour ouvré
- la naissance d'un enfant : 3 jours ouvrés
- congé de paternité : 11 jours consécutifs et non fractionnables
- le décès ou la maladie très grave du conjoint, de l'enfant, des parents ou beaux-parents : 3 jours ouvrés
- le décès d'un parent au 2^{ème} degré (frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, grands-parents) : 1 jour ouvré.

Pour obtenir cette autorisation, un certificat de mariage, de naissance ou de décès doit être fourni, accompagné d'un titre de congé signé par le chef de service.

Les autorisations spéciales d'absence ne sont pas un droit : elles peuvent être refusées si l'intérêt du service l'exige ou si elles sont sollicitées dans un délai éloigné de la circonstance qui les motive.

Les agents ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) peuvent se voir accorder les autorisations spéciales d'absence dans les mêmes conditions que les agents mariés : 5 jours ouvrés à l'occasion de la conclusion d'un PACS, 3 jours ouvrés en cas de décès et 3 jours ouvrés par an en cas de maladie grave.

La durée de ces autorisations est réduite pour les agents travaillant à temps partiel au prorata de leur temps de travail.

5. LES CONDITIONS D'ACCES AU DOSSIER PERSONNEL

Tout agent a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi.

Les demandes de communication doivent être adressées par écrit à la Direction des Ressources Humaines. Elles n'ont pas à être justifiées et la consultation aura lieu sur place à moins qu'une photocopie ne soit demandée aux frais de l'intéressé.

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

L'administration doit informer l'agent de son droit à communication du dossier.

6. LA DUREE DU TRAVAIL – LES HEURES SUPPLEMENTAIRES

La durée annuelle de travail est de 1540 heures pour les agents travaillant le jour, et de 1440 heures pour les agents de nuit.

La durée ininterrompue de repos entre 2 journées de travail est de 12 heures.

Le nombre de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, 2 d'entre eux au moins devant être consécutifs dont 1 dimanche.

En cas de travail discontinu, l'amplitude maximum est de 10 heures 30, chacune des 2 vacations ne pouvant être inférieure à 3 heures.

Un accord local est signé dans le cadre du travail en 12 heures : janvier 2011 pour les catégories de personnel IDE et AS.

Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires. Ces heures sont récupérées à titre exceptionnel elles peuvent être rémunérées après accord du directeur.

7. LA MEDECINE DU TRAVAIL

Tout agent du Centre Hospitalier bénéficie de la médecine du travail.

Les personnels hospitaliers font l'objet d'une visite médicale avant la prise de fonction, au moins une fois par an et à chaque retour après une absence pour accident de travail, maternité ou maladie de plus de 3 semaines.

Les agents se rendent aux visites médicales sur leur temps de travail. Pour les personnels de nuit, les visites médicales au service de médecine du travail donnent droit à compensation horaire d'égale durée.

Certaines catégories de personnels exposés à des risques particuliers font l'objet d'une surveillance médicale particulière, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les agents satisfont aux obligations des lois et règlements sur les vaccinations obligatoires.

La contre indication médicale aux vaccinations obligatoires dans certains services constitue un empêchement absolu à l'affectation dans lesdits services.

Les agents qui négligent ou refusent les convocations du médecin du travail ou les vaccinations obligatoires sans motif valable sont passibles de sanctions disciplinaires.

8. LA FORMATION CONTINUE

Le Centre Hospitalier concourt à la formation permanente de ses personnels. Il adhère à l'Association Nationale pour la Formation permanente des personnels des Hôpitaux publics (A.N.F.H.).

La formation permanente a pour objet de permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur formation sociale pour l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle, afin d'augmenter leur contribution au développement culturel, économique et social.

Des plans de formation définissent la politique de formation permanente du C.H. pour l'année.

9. L'ACCIDENT DU TRAVAIL

L'agent victime d'un accident du travail ou de trajet, voire de maladie professionnelle doit établir dans les plus brefs délais une déclaration, dans les 48 heures suivant l'accident (sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motif légitime) en informer la Direction des Ressources Humaines ou l'Administrateur de garde.

Les agents stagiaires et titulaires peuvent bénéficier de la gratuité des prestations en nature (consultations, visites, frais pharmaceutiques, frais de rééducation) en retirant auprès du bureau du personnel dont ils dépendent, les imprimés délivrés au titre du risque « accident du travail ».

10. LA NOTATION – L'EVALUATION

La notation est une obligation réglementaire dans le cadre de la Fonction Publique Hospitalière.

Elle a pour but de comparer les qualités professionnelles de l'agent à celles que nécessite l'exercice correct de la fonction qu'il occupe.

La note chiffrée est accompagnée d'une appréciation générale devant exprimer la valeur professionnelle de l'agent, c'est à dire son efficacité au sens de l'organisation, de la méthode et des relations de travail, les qualités dont il fait preuve dans l'exécution du service, des aptitudes à exercer un grade supérieur.

11. LE GUIDE DU NOUVEL AGENT

Un guide du nouvel agent est remis à toute personne intégrant le Centre Hospitalier.

Ce guide comporte diverses informations sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, et sur les droits et obligations des agents hospitaliers.

ORGANISATION PARAMÉDICALE

Les agents de la fonction publique hospitalière sont titulaires des diplômes requis et nommés par le Directeur.

1. LA POLITIQUE DE SOINS

La politique de soins et de sécurité tient compte des orientations stratégiques nationales, du SROS et du Projet d'Établissement, dans un contexte économique, organisationnel et dans le respect de l'environnement.

Sa mission essentielle est de garantir aux patients la qualité, la sécurité et la continuité des soins prodigués.

La mobilisation des professionnels de santé dans la prise en charge médicale et paramédicale doit être constante pour assurer les bénéfices attendus dans des conditions optimales en garantissant des conditions d'accueil et d'hébergement confortables et chaleureuses.

Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient le meilleur résultat en terme de santé pour sa plus grande satisfaction.

Le lien avec la politique du dossier patient est incontournable.

1.1 La politique du dossier patient

La qualité du dossier reflète la qualité des soins. Aussi, une politique du dossier institutionnalise une gestion uniforme, une traçabilité parfaite, une responsabilisation de chacun. Elle est le garant de la qualité et de la sécurité des soins. Elle s'adresse à tous les intervenants et permet la continuité 24h / 24h de la prise en charge globale des patients.

La prise en charge globale du patient, tant en amont qu'en aval de son hospitalisation, impose une collaboration, un partenariat et un échange constant entre professionnels, instances, structures extérieures...

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est au cœur de toutes les politiques de l'établissement. La politique de soins et de sécurité des soins tout comme la politique qualité, a pour but la satisfaction du patient dans toutes les dimensions de sa prise en charge.

Pour ce faire, la culture de l'évaluation est développée et pérenne dans tous les secteurs. Elle permet la priorisation d'actions d'amélioration.

La Directrice des soins, en accord avec le Directeur de l'établissement et les représentants de toutes les instances, notamment la CSIRMT, définit la politique de soins et de sécurité des soins, selon les différentes orientations du Projet d'Établissement.

Missions :

- Collaborer avec les responsables de pôle pour permettre un dialogue et une cohésion afin de définir dans notre établissement des projets de soins en lien avec les projets médicaux,
- Participer à la conception et l'évolution des pôles en réorganisant l'offre de soins et en développant des projets porteurs et prioritaires,
- Contribuer à l'élaboration d'un programme de formation,
- Effectuer une gestion du personnel paramédical en fonction de l'évolution de l'établissement et des compétences, et être garant de sa satisfaction,
- Offrir des conditions de travail adaptées en organisant les soins,
- Développer les compétences de chacun et les recherches dans les soins,

- Agir dans le respect des valeurs professionnelles,
- Assurer des soins de qualité dans une démarche continue d'amélioration,
- Garantir la satisfaction des usagers et de leurs familles.

1.2 LES GRANDES ORIENTATIONS :

1.2.1 Les grandes orientations de l'établissement

- Restructuration du pôle SSR :
 - mention spécialisée dans les affections respiratoires,
 - mention spécialisée régionale onco-hématologie,
- Pôle medico-technique : mise en place d'un scanner et activité de mammographie,
- Pôle médecine - urgences : création de lits d'UHCD supplémentaires.

1.2.2 Les grandes orientations de la politique de soins et de sécurité des soins

En lien avec les projets médicaux, le projet de soins suit un fil conducteur :

- accueil du patient tout au long de son parcours,
- prévenir la maltraitance et favoriser la culture de la bientraitance,
- préparer et mobiliser pour les démarches de certification et leur suivi (groupes de travail multidisciplinaire),
- améliorer les pratiques en évaluant (EPP), donc réduire les écarts constatés.

Après la mise en place du travail en 12 heures : revoir les profils et les fiches de poste.

Pour assurer une prise en charge globale du patient d'une manière optimale, la coordination des différentes politiques entre elles est essentielle. La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, pérenne et évolutive accompagne tous les projets.

2. LA DIRECTRICE DES SOINS

Favorise dans les actions transversales au sein des pôles la participation de tous les professionnels, avec pour ambition : garantir la cohésion de la politique de soins définie au sein du Centre Hospitalier et réalise un projet de soins et ses déclinaisons avec le projet d'établissement.

Pilote et contrôle la politique des soins.

Préside et anime la CSIRMT.

Manage et supervise les Cadres de Santé et leurs projets.

Affecte le personnel paramédical.

Répartit les moyens humains.

Elabore un rapport d'activité.

Participe à la certification et développe le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Contribue à l'élaboration de programme de formation.

3. LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE

Formalise et réalise des projets de soins en liaison avec le projet d'établissement en partenariat avec le corps médical et les membres de la direction.

Coordonne et optimise les prestations de soins et d'activités paramédicales d'un ensemble de services dans une optique de qualité en manageant une équipe de cadre de santé.

4. LE CADRE DE SANTE :

Il est responsable de l'équipe pluridisciplinaire dont il a la charge.

Compte tenu de la politique générale de l'établissement, il a pour mission d'assurer l'organisation, l'animation et la gestion des prestations dans une optique d'amélioration de la qualité des soins.

Il a des tâches administratives, d'encadrement et de contrôle.

5. L'INFIRMIERE

Assure une prise en charge individualisée des usagers 24h/24, avec maîtrise des domaines de compétences spécifiques du secteur.

Respecte les normes professionnelles en matière d'hygiène, de techniques, de soins curatifs, préventifs, relationnels et éducatifs.

Respecte le règlement intérieur et les notes de service.

Encadre les aides-soignantes, les stagiaires et les nouvelles I.D.E.

S'inscrit dans un processus de partenariat (médecins, cadre, kinésithérapeutes, diététicienne...), de collaboration et de coordination entre les usagers, les familles et l'équipe

A une organisation pertinente des soins (regrouper, respecter les temps de repos de l'usager, la visite médicale).

6. L'INFIRMIERE HYGIENISTE

Participe aux missions de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Met en oeuvre la politique de prévention des risques infectieux et de l'hygiène générale de l'établissement.

Elaboration de protocoles de soins en collaboration avec les correspondants en hygiène.

Elabore des audits.

Effectue des investigations en cas d'épidémies

Assure la formation continue du personnel hospitalier et informe le public et les prestataires externes, ...

7. L'AIDE-SOIGNANTE

Assure les soins d'hygiène, de bien être et de confort des personnes hospitalisées, sous le contrôle et la responsabilité de l'IDE.

Participe dans le cadre du rôle propre de l'IDE et en collaboration avec celle-ci, aux soins d'entretien et de continuité de la vie, au recueil d'information de la personne hospitalisée.
Est un partenaire efficace dans l'urgence.

Participe à la formation des stagiaires.

Assure un rôle éducatif et préventif.

Respecte le règlement intérieur et les notes de service.

8. LA PREPARATRICE EN PHARMACIE

Prépare et délivre les médicaments et les dispositifs médicaux stériles ou non stériles, gérés par la pharmacie à usage intérieur.

9. LE MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE

Réalise des actes techniques

Assiste le médecin radiologue

Coordonne avec les différents partenaires de l'établissement, selon les règles de compétence, de confort, d'hygiène et de sécurité

Participe activement à la démarche qualité.

Respecte le règlement intérieur et les notes de service.

10. LE KINESITHEPEUTE

Réalise des soins de rééducation et de réadaptation afin de maintenir ou restaurer le mouvement et les capacités fonctionnelles et qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

11. L'ERGOTHEPEUTE

Réalise des activités de rééducation, de réadaptation et de réinsertion dans le but de favoriser l'autonomie sociale, professionnelle et l'intégration du patient dans son environnement, et qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

12. L'ASSISTANTE SOCIALE

Intervient auprès des personnes pour améliorer leurs conditions de vie et prévenir leurs difficultés sociales et médico-sociales, économiques, culturelles.

13. LA DIETETICIENNE

Réalise des activités de conseil et de rééducation en diététique afin de maintenir ou de restaurer l'état nutritionnel et l'équilibre alimentaire, et qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

14. LA SAGE-FEMME

Assure une prise en charge individualisée des usagers pendant les heures d'ouverture du Centre Périnatal de proximité, du centre de planification et d'éducation familiale, du centre d'information, diagnostic, dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Fait face à une demande du service des urgences : pour toute consultation nécessitant un avis de sage-femme, pour une prise en charge d'un accouchement inopiné.

15. L'AGENT DES SERVICES HOSPITALIER

Assure l'entretien et l'hygiène des locaux en appliquant les protocoles d'hygiène

Participe aux prestations hôtelières du service en collaborant au confort hôtelier de l'utilisateur

Aide en collaboration avec l'aide-soignante et l'infirmière, les personnes ayant perdu leur autonomie physique ou mentale.

Respecte le règlement intérieur et les notes de service.

16. LA SECRETAIRE MEDICALE

Assure une organisation fonctionnelle et efficace du secrétariat médical du Service de Médecine - Gériatrie - SSR.

Travaille en relation étroite avec les Médecins, le Cadre de Santé, les équipes soignantes et les services administratifs.

Assume un rôle important d'information, de communication, de gestion des dossiers médicaux, et de charnière entre les patients et personnel médical et paramédical.

**ORGANISATION
ADMINISTRATIVE
ET
TECHNIQUE**

1. LE DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES CHARGE DES FINANCES

Assiste le Directeur

Encadre et coordonne l'activité du personnel du service des Ressources Humaines et du service des Finances.

Manage le bureau des Ressources Humaines et des Finances.

Gère les affaires médicales.

Est responsable du référentiel qualité de la Gestion des Ressources Humaines.

2. LA RESPONSABLE QUALITE

Développe et coordonne la mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement en participant à sa conception dans le cadre du projet d'établissement.

3. L'ADJOINT DES CADRES

Assure des missions d'encadrement et l'instruction administrative ou financière des affaires qui leur sont confiées.

Assure la responsabilité d'une ou plusieurs unités administratives.

Maîtrise la jurisprudence administrative et le contentieux administratif.

4. L'ADJOINT ADMINISTRATIF

Exploite l'information administrative de son service d'affectation dans le cadre de procédures définies.

5. LA SECRETAIRE DE DIRECTION

Traite et organise l'ensemble des informations administratives et les relations internes et externes du secrétariat du Directeur de l'établissement.

6. LE STANDARDISTE

Assure les liaisons téléphoniques internes et externes pour tous les services de l'hôpital et les personnes hospitalisées.

Accueille les patients et les visiteurs.

Assure la sécurité en général via les divers systèmes installés (alarmes incendie, système de surveillance vidéo, fermeture des portes...).

7. L'INFORMATICIEN

Conçoit et anime la démarche sécurité et confidentialité des systèmes d'information de l'établissement.

Réalise l'exploitation courante et contrôle le fonctionnement au quotidien du réseau et des équipements informatiques.

8. L'AGENT TECHNIQUE

Réalise les travaux de maintenance générale des bâtiments.

DISPOSITIONS

FINALES

1. PROCEDURE D'APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

1.1 APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR TYPE

Conformément au Code de la Santé Publique, le règlement intérieur type du Centre Hospitalier est présenté pour avis :

- au Conseil de surveillance
- à la CRUPEQ

2. MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

2.1 PROCEDURE DE MODIFICATION

Les modifications apportées au règlement intérieur type et aux règlements intérieurs particuliers du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites ci-dessus, sauf pour :

- les références aux textes réglementaires (lois, décrets, arrêtés) applicables de droit, visées dans le présent règlement, pourraient être modifiées par le Directeur, et faire l'objet d'une simple information
- les dispositions réglementaires qui s'appliquent de droit aux établissements de santé, qui modifieraient les dispositions des articles du présent règlement, entraînant automatiquement une révision des articles concernés
- les dispositions concernant la sécurité, qui peuvent être fixées par le Directeur, dans le cadre de ses pouvoirs de police intérieur, entraînant une modification du règlement intérieur et des ses annexes

3. REGLEMENTS SPECIFIQUES

Chaque secteur d'activité dispose d'un règlement intérieur, précisant son fonctionnement particulier :

- EHPAD Joseph Magot (annexe 1)
- Urgences (annexe 2)
- Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (annexe 3)
- Médecine (annexe 4)
- SSR (annexe 5)
- Imagerie Médicale (annexe 6)
- Chambre Mortuaire (annexe 7)
- CRU (annexe 8)
- CSIRMT (annexe 9)
- Département d'Information Médicale (annexe 10)

REFERENCES LEGISLATIVES

1. REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

1.1 REFERENCES GENERALES

- Loi n°91-748 du 31/07/1991 portant réforme hospitalière
- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 RELATIVE A L'AIDE MEDICALE URGENTE ET AUX TRANSPORTS SANITAIRES
- Loi n° 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée.
- Loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et certains établissements sociaux ou médico-sociaux, et à la vente des objets abandonnés dans ces établissements (1)
- Loi n° 94-548 du 1er juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (1)
- Loi n°96-452 du 28/05/1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire
- Loi n°98-657 du 29/07/1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°98-535 du 01/07/1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
- Loi no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1)
- Loi n°2002-73 du 17/01/2002 de modernisation sociale
- Loi n°2002-303 du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale (1)
- Loi n° 2002-1138 du 09/09/2002 d'orientation et de programmation pour la justice
- Loi n°2004-800 du 06/08/2004 relative à la bioéthique
- Loi n°2004-801 du 06/08/2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17
- Loi n°2004-806 du 09/08/2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°2005-370 du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Décret 2006-577 du 22/05/2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecin d'urgence et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n°2006-119 du 06/02/2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22/04/2005
- Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Loi n°2007-131 du 31/01/2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé
- Loi n°2007-294 du 05/03/2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur
- Décret n°2007-1273 du 27/08/2007 pris pour l'application de la loi 2007-294 du 05/03/2007
- Décret n°2008-376 du 17/04/2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Loi n° 2008-337 du 15 avril 2008 ratifiant l'ordonnance n° 2007-613 du 26 avril 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament (1)
- Loi n°2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n°2010-526 du 20/05/2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement prévue à l'article L3211-12 CSP.
- Loi n°2010-1594 du 20/12/2010 de financement de la sécurité sociale
- Loi n°2010-751 du 05/07/2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique
- Décret n°2010-344 du 31/03/2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Ordonnance n°2010-177 du 23/02/2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21/07/2009

- Loi n°2011-302 du 22/03/2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques.
- Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit (1)
- Code de la santé publique
- Code pénal
- Code civil
- Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public
- Arrêté du 7 juin 2010 portant approbation de diverses dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public
- Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de diverses dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (type U)
- Arrêté du 24 mai 2010 portant approbation de diverses dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public

1.2 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

1.2.1. Le directeur

- article L.6143-7, L.6143-7-2, L6143-7-5, L.6146-1 du code de la santé publique
- décret n°2009-1761 du 30 décembre 2009 relatif à la formation des personnels de direction lors de leur prise de fonction en qualité de directeur dans un établissement public de santé

1.2.2. Le conseil de surveillance

- article L6143-1 à L6143-6 du code de la santé publique
- article R.6143-1 à R.6143-6 du code de la santé publique
- Décret n°2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé
- instruction DGOS/PF1/2010/112 du 7 avril 2010 relative à la mise en place des conseils de surveillance
- instruction DGOS/PF1/2010/155 du 07/05/2010 portant sur la représentation du personnel au sein des conseils de surveillance.

1.2.3. Le directoire

- article L6143-7-5 du code de la santé public
- article L6143-7, L6143-7-4, L6146-6, D6143-35-5 du code de la santé publique
- article D 6143-35-1 à article D.6143-35-4 du code de la santé publique
- instruction n° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires dans les établissements publics de santé.
- Décret n°2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé.
- Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé.

1.2.4. La commission médicale d'établissement

- décret n°010-439 du 30 avril 2010 sur la compétence de la CME
- décret n°2010-439 du 30 avril 2010 sur le fonctionnement de la CME
- décret 2009-1762 du 30 décembre 2009 sur la compétence du président de la CME
- article L.6144-1, -2, -5 et R.6144-2 à R.6144-6 CSP

1.2.5. La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

- décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

- Article R6146-10 à R6146-16 du Code de la santé publique.
- Décret 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activités et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (partie réglementaire)
- Article L6146-9 du code de la santé publique.

1.2.6. Le comité technique d'établissement

- loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) article 9-1
- décret n°2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements de santé
- article R6144-40 du code de la santé publique
- article L.6144-3, L.6144-4 et L.6144-5 du code de la santé publique
- loi n°2010-751 du 05/07/2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

1.2.7. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

- loi n°82-1097 du 23 décembre 1982, relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- décret n°83-844 du 23 septembre 1983, relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- décret n°85-946 du 16 août 1985, modifiant le code de la santé publique (2^{ème} partie : décrets en CE) et relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements mentionnés à l'article 792 du code de la santé publique et dans les syndicats inter-hospitaliers.
- loi 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.
- décret n°95-185 du 13 décembre 1991
- arrêté du 26 décembre 1989
- circulaire DHOS/RH3/2009/280 du 07 septembre 2009 relative au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- Article L4111-1 à L4614-6 du code du travail, et R4612 à R4615.

1.2.8. La commission de relation avec les usages, de la qualité de la prise en charge

- loi 04 mars 2002 relative aux droits des malades
- décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.
- Articles L1112-1 à L1112-6 du code de la santé publique
- Articles R1112-79 à R112-94 du code de la santé publique.

1.2.9. Le comité de lutte contre la douleur

- loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social
- circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

1.2.10. Le comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

- loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
- décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé modifiant le chapitre Ier du Livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat)
- circulaire DGS/DHOS/E2 n°645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- circulaire DGS/SD5C/DHOS /E2 n°2001-243 du 30 mai 2001 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

- décret n°2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique
- circulaire DGS/SD5C-DHOS/E2 2003/02 du 3 janvier 2003 relative aux modalités de signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé
- circulaire DHOS/EE-DGS/SD5C n°2001/383 du 30 juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.
- Article R6111-2 à R6111-9 du code de la santé publique

1.2.11. Le comité de liaison d'alimentation et de nutrition

- circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

1.2.12. Le comité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle

- loi 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament.
- Décret 94-68 du 24 janvier 1994 relatif aux règles d'hémovigilance pris pour application de l'article L666-12 du code de la santé publique et modifiant ce code.
- Loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
- Circulaire DGS/DH n°2000/246 du 4 mai 2000 relative à la procédure d'autorisation des dépôts de produits sanguins labiles dans les établissements de santé.
- Décret n° 2006-99 du 1^{er} février 2006 relatif à l'Etablissement français du Sang et à l'hémovigilance et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la Commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code.
- Arrêté du 10 octobre 2007 fixant les conditions relatives à l'entreposage des produits sanguins labiles dans les services des établissements de santé.
- Circulaire DGS/DH/AFS n°97-707 du 7 juillet 1997 relative au correspondant hémovigilance.
- Articles du CSP : L1221-13 et R1221-22 (définition de l'hémovigilance)
- Articles R1221-40 à R1221-49 du code de la santé publique.

1.2.13. Le comité d'éthique

- Comité national d'éthique : article L1412-1 du code de la santé publique ; R1412-4 et -13 du code de la santé publique.

1.2.14. Le comité du médicament et des dispositifs médicaux

- décret n°2010-1029 du 30 avril 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux
- décret n° 97-1275 du 29 décembre 1997 relatif à la composition et au fonctionnement Comité économique du médicament et modifiant le code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets)

1.2.15. Le comité des vigilances et des risques

- Décret no 96-32 du 15 janvier 1996 relatif à la matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires)
- Décret no 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- Décret no 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

- Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Décret n° 2006-1497 du 29 novembre 2006 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires)

1.2.16. La commission des gardes et des astreintes

- décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail
- arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des grades ou emplois effectuant des astreintes
- circulaire DHOS/P1 2002/240 du 18 avril 2002 relative au temps de travail.

1.2.17. Les commissions administratives paritaires locales

- décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière.
- Titre IV loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (section 2)
- Loi 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social (modifie l'article 17 de la loi 86-33 par son article 36)
- Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique (article 22)

1.3 ORGANISATION MEDICALE

- décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret 95-1000 du 06/09/95 portant code de déontologie médicale
- code de déontologie médicale.
- décret n°84-131 du 24 février 2004 relatif au statut des praticiens hospitalier temps plein
- décret n° 87-788 du 28 septembre 1987
- décret n°94-377 du 10 mai 1994
- décret n°2010-1137 du 29 septembre 2010 portant dispositions relatives aux praticiens contractuels, aux assistants, aux praticiens attachés et aux médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés dans les établissements publics de santé.
- arrêté du 12/07/2010 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes.
- Décret 2009-699 du 16 juin 2009 relatif à la prime de responsabilité pour les internes en médecine de 4^{ème} et 5^{ème} année
- Décret 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales
- Décret 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés.
- Articles CSP :
- décret 95-284 du 14 mars 1995 portant code de déontologie des pharmaciens et modifiant le code de la santé publique
- décret 2010-1137 du 29 septembre 2010 portant dispositions relatives aux praticiens contractuels, aux assistants, aux praticiens attachés et aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes recrutés dans les établissements publics de santé.
- circulaire n°275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

1.4 OBLIGATIONS ET DROITS DU PERSONNEL

- titre I loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,
- titre IV loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

1.5 ORGANISATION PARAMEDICALE

1.5.1. La politique de soins

- articles L 6111-2 et L6144-1 du code de la santé publique

1.5.2. La directrice des soins

- décret n°2002-550 du 19/04/2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière
- décret 2010 - 1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19/04/2002.
- Décret 2008-1150 du 6 novembre 2008 portant modification de certaines dispositions statutaires relatives au corps des personnels infirmiers, des personnels de rééducation, des personnels médico-techniques, des sages-femmes, des psychologues, et des directions de soins de la fonction publique hospitalière.
- Article L.6146-9 du code de la santé publique

1.5.3. Le cadre supérieur de santé et cadre de santé

- décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps de cadres de santé de la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2001-1376 du 31 décembre 2001 relatif au classement indiciaire du corps de cadres de santé de la fonction publique hospitalière
- Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.
- Décret 2003-1269 du 23/12/2003 modifiant le décret n°2001-1375 du 31/12/2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.
- Décret 2008-1149 du 6/11/2008 modifiant le décret 2001-1375 du 31/12/2001 modifié portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.
- Loi statut FPH ??
- Décret 95-926 du 18/08/95 portant création du diplôme de cadre de santé, modifié par le décret 2008-8065 du 20/08/2008
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur, publié au B.O. n°7 de Juillet 2009
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, article L. 714-26, portant création du service de soins infirmiers.

1.5.4 L'infirmière

- décret n°88-1079 du 30 novembre 1988 portant statut particulier des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.
- Décret 94-74 du 25/01/1994 modifiant le décret n°88-1079
- Décret 2005-1605 du 19/12/2005 relatif aux conditions d'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et modifiant le code de la santé publique (partie réglementaire)
- Décret 2007-964 du 15 mai 2007 portant modification de certaines dispositions statutaires relatives au corps des personnels infirmiers, des personnels de rééducation et des personnels médico-techniques de catégorie B de la fonction publique hospitalière.
- Décret 2008-1150 du 6 novembre 2008 portant modification de certaines dispositions statutaires relatives au corps des personnels infirmiers, des personnels de rééducation, des personnels médico-techniques, des sages-femmes, des psychologues, et des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière.
- Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Décret 2008-877 du 29 août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières.
- Décret 2010-1140 du 29 septembre 2010 modifiant le décret 88-1079 du 30/11/88 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.

1.5.5. L'aide soignante

- décret 88-1080 du 30/11/1988 portant dispositions statutaires relatives aux aides-soignants de la fonction publique hospitalière
- décret 89-241 du 18/04/1989 portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière
- décret 91-436 du 14/05/1991 modifiant le décret 89-1080 modifié et portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière et portant statut particulier des agents de service hospitalier qualifiés de la fonction publique hospitalière.
- Décret 94-246 du 25/03/1994 modifiant le décret 89-241 modifié portant statuts particuliers des Aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière et portant statut particulier des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière.
- Décret 95-1078 du 4 octobre 1995
- Décret 98-1078 du 28/12/1998
- Décret 2000-844 du 31 août 2000
- Décret du 24/02/2006 n°2006-224
- Décret 2007-963 du 15 mai 2007 relatif aux conditions d'exercice des professions d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture et modifiant le code de la santé publique (partie réglementaire)
- Décret n°2007-1188 du 03/08/2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière.

1.5.6. Le préparateur en pharmacie

- décret 47-117 du 15 janvier 1947, application de la loi du 24/05/1946 fixant le statut des préparateurs en pharmacie.
- Décret 97-836 du 10/09/1997 fixant les conditions de délivrance du brevet professionnel de préparateur en pharmacie
- Décret 89-613 du 01/09/1989 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière
- Décret 2001-1374 du 31/12/2001 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques
- Arrêté du 26/04/2001 portant création du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.

1.5.7. Le manipulateur en électroradiologie

- décret 2001-1374 du 31/12/2001 modifiant le décret 88-1077 du 30/11/88 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers, le décret 89-609 du 1/09/1989 modifié portant statuts particuliers des personnels de rééducation et le décret n°89-613 du 01/09/89 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière.
- Décret 92-869 du 28/08/1992 portant statut particulier du cadre d'emploi des manipulateurs territoriaux d'électroradiologie.
- Décret no 97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale
- Décret no 2000-509 du 6 juin 2000 modifiant le décret no 97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale
- Décret n°87-1042 du 23 décembre 1987 modifiant le décret 67-540 du 26 juin 1967 modifié portant création du diplôme d'Etat de Manipulateur d'Electroradiologie médicale

1.5.8. Le kinésithérapeute

- Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de Masseur Kinésithérapeute
- Décret no 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute
- Décret 2008-1135 du 3/11/2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes

- Décret 2001-1374 du 31/12/2001 modifiant le décret 89-609 du 01/09/1989 portant statuts particuliers des personnels de rééducation de la fonction publique hospitalière
- Décret 2004-802 du 29/07/2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du CSP et modifiant certaines dispositions de ce code.
- Décret 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes.

1.5.9. L'ergothérapeute

- décret 2001-1374 du 31/12/2001 modifiant le décret 88-1077 du 30/11/88 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers, le décret 89-609 du 1/09/1989 modifié portant statuts particuliers des personnels de rééducation et le décret n°89-613 du 01/09/89 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière.
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

1.5.10. L'assistante sociale

- décret 2004-533 du 11 juin 2004 relatif au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession d'assistant de service social
- arrêté du 29 juin 2004 relatif au diplôme d'Etat d'assistant social
- décret 93-652 du 29 mars 1993 portant statuts particuliers des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière
- décret 2007-1190 du 3 août 2007 applicable au corps de la filière socio-éducative.

1.5.11. La diététicienne

- décret n°89-609 du 1^{er} septembre 1989 portant statuts particuliers des personnels de rééducation de la fonction publique hospitalière
- décret 2001-1374 du 31/12/2001 modifiant le décret 88-1077 du 30/11/88 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers, le décret 89-609 du 1/09/1989 modifié portant statuts particuliers des personnels de rééducation et le décret n°89-613 du 01/09/89 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière.

1.5.12. La sage-femme

- décret n°91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes
- décret 2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- décret 2008-863 du 27 août 2008 complétant le code de déontologie des sages-femmes
- loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires
- loi n°86-33 du 9 septembre 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- décret n°89-611 du 1^{er} septembre 1989 portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2010-45 du 12 janvier 2010 portant modification du décret n°89-611

1.5.13. La secrétaire médicale

- Décret no 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière
- Décret n°91-437 du 14 mai 1991 MODIFIANT LE DECRET 90839 DU 21-09-1990 PORTANT STATUTS PARTICULIERS DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE
- Décret no 94-1096 du 16 décembre 1994 modifiant le décret no 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière
- Décret no 98-1219 du 29 décembre 1998 modifiant le décret no 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs, le décret no 91-45 du 14 janvier 1991 portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs d'automobile, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité

- et le décret no 91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière
- Décret no 2000-673 du 17 juillet 2000 modifiant le décret no 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière
 - Décret no 2001-984 du 29 octobre 2001 modifiant le décret no 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière
 - Décret n° 2006-224 du 24 février 2006
 - Décret n° 2007-1184 du 3 août 2007 modifiant le décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière
 - Décret n° 2007-1187 du 3 août 2007 modifiant le décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière et modifiant le décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière

1.5.14. L'agent technique

- Décret n° 2006-224 du 24 février 2006 modifiant le décret n° 89-241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière, le décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 modifié portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière, le décret n° 91-45 du 14 janvier 1991 portant statuts particuliers des personnels ouvriers, des conducteurs d'automobile, des conducteurs ambulanciers et des personnels d'entretien et de salubrité de la fonction publique hospitalière, le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière et le décret n° 93-658 du 26 mars 1993 modifié portant statut particulier des moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière

