GHT
Grand Paris
Nord-Est

Groupement Hospitalier de Territoire
Grand Paris Nord-Est
Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil

Règlement intérieur

du Groupement Hospitalier de Territoire du Grand Paris Nord-Est

Version 2026

Table des matières

Préambule 7

TITRE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

A. LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE GRAND PARIS NORD-EST 8

B. DIRECTION ET INSTANCES

1. INSTANCE ET GOUVERNANCE DE L'HÔPITAL GPNE 8
2. INSTANCES ET GOURVERNANCE DE SITE 10

C. ORGANISATION DES SOINS

1. STRUCTURES MÉDICALES 12
2. CHEF DE DÉPARTEMENT 12
3. CADRE DE DÉPARTEMENT 13
4. DIRECTEUR RÉFÉRENT DU DÉPARTEMENT 13
5. CHEF DE SERVICE OU RESPONSABLE DE STRUCTURE INTERNE 13
6. PERMANENCE DES SOINS 14
7. COORDINATION DES SOINS DISPENSÉS AUX PATIENTS 14
8. SERVICES DE SOINS 14

D. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ ET L'HYGIÈNE

1. SÉCURITÉ GÉNÉRALE 14
2. SÉCURITÉ DE FONCTIONNEMENT 17
3. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE 18

E. AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (POLITIQUE QUALITÉ ET DÉMARCHE DE CERTIFICATION)

1. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITÉ 19
2. ORGANISATION DE LA DÉMARCHE DE CERTIFICATION 20

TITRE II. CONSULTATIONS, ADMISSION, SÉJOUR ET SORTIE DU PATIENT

A. L'ACCÈS AUX SOINS 21

B. ACCUEIL, CONSULTATION ET SOINS EXTERNES 21

C. ACCUEIL ET ADMISSION EN HOSPITALISATION

1. CONDITIONS D'ADMISSION 21
2. FORMALITÉS ADMINISTRATIVES 22

D. ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE

1. CONDITIONS D'ADMISSION 22
2. INFORMATIONS DES FAMILLES DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN URGENCE 22

E. CONDITIONS DE SÉJOUR DU PATIENT

1. PRINCIPES RÉGISSANT LE SÉJOUR 23
2. DÉPÔT ET RESTITUTION DES OBJETS APPARTENANT AU PATIENT 23
3. PRATIQUES RELIGIEUSES 25
4. RESPECT DE L'IMAGE D'AUTRUI ET UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX 25
5. RÈGLES DIVERSES 25

F. SORTIE DU PATIENT

1. COMPÉTENCE DU DIRECTEUR DU GHT GPNE 26
2. MODALITÉS DE SORTIE 26
3. SORTIE CONTRE AVIS MÉDICAL 27
4. SORTIE À L'INSU DU SERVICE 27
5. SORTIE DISCIPLINAIRE 27

G. DISPOSITIONS FINANCIÈRES

1. ACTIVITÉ LIBÉRALE AU SEIN DU GHT GPNE 27
2. TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES 28
3. FRAIS DE SÉJOURS 28

H. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINS PATIENTS

1. LES PATIENTS MINEURS 29
2. LES FEMMES ENCEINTES 31
3. AUTRES PATIENTS 32

I. DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET DÉCÈS

1. NAISSANCES 33
2. DÉCÈS 33

TITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

A. PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT

1. DEMANDES D'INFORMATION 37
2. SECRET PROFESSIONNEL 37
3. DEVOIR DE RÉSERVE ET DISCRÉTION PROFESSIONNELLE 38
4. RESPECT DE LA LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET D'OPINION 38
5. SOLLICITURE ENVERS LES PATIENTS 38
6. ACCUEIL ET LIBRE CHOIX DES FAMILLES 38
7. OBLIGATION DE BIENTRAITANCE 38

B. PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

1. OBLIGATION DE DÉSINTÉRESSEMENT 38
2. INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITÉ PRIVÉE LUCRATIVE 39
3. INTERDICTION DE BÉNÉFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPÈCES 39
4. ÉXÉCUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES 39
5. ASSIDUITÉ ET PONCTUALITÉ 39
6. INFORMATION AU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE 39
7. UTILISATION DES VÉHICULES DE L'HÔPITAL GPNE 39

8. OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES ACCIDENTS MÉDICAUX, AFFECTIONS IATROGÈNES, INFECTIONS NOSOCOMIALES OU DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS À UN PRODUIT DE SANTÉ 40
9. AUDITION EN JUSTICE OU AUPRÈS DES AUTORITÉS DE POLICE 40
10. BON USAGE DES BIENS ET DU SYSTÈME D'INFORMATION DE L'HÔPITAL GPNE 40
11. OBLIGATION DE DÉPOSER LES BIENS CONFIÉS PAR LES PATIENTS OU TROUVÉS DANS L'HÔPITAL GPNE 40
12. RESPECT DES RÈGLES D'HYGIÈNE OU DE SÉCURITÉ 40
13. INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER 41
14. INTERDICTION DE CONSOMMER DE L'ALCOOL ET DES SUBSTANCES ILLICITÉS DANS LE CADRE DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL OU SUR LE SITE DE L'HÔPITAL GPNE 41
15. EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE 42
16. UTILISATION D'OBJETS CONNECTÉS 42
17. IDENTIFICATION AUPRÈS DES INTERLOCUTEURS 43
18. UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX ET RESPECT DU DROIT À L'IMAGE 43

C. DROITS DU PERSONNEL

1. LIBERTÉ D'OPINION – NON-DISCRIMINATION 43
2. PROTECTION CONTRE LE HARCÈLEMENT 44
3. LIBERTÉ D'EXPRESSION, NEUTRALITÉ ET LAÏCITÉ 44
4. LIBERTÉ SYNDICALE – DROIT DE GRÈVE 44
5. PROTECTION ORGANISÉE ET DROIT DE RETRAIT DES FONCTIONNAIRES 44
6. DROIT D'ACCÈS À SON DOSSIER ADMINISTRATIF 45
7. DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL 45
8. HYGIÈNE ET SÉCURITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL 45
9. DROIT À LA FORMATION 45

TITRE IV. DROITS DU PATIENT, INFORMATION ET SOINS

A. GESTION DES RÉCLAMATIONS

1. LA RÉCLAMATION ORALE 46
2. LA RÉCLAMATION ECRITE À CARACTÈRE NON INDEMNITAIRE 46
3. LA RÉCLAMATION ECRITE À CARACTÈRE INDEMNITAIRE EN CAS DE DOMMAGE MATÉRIEL OU CORPOREL 46
4. LA RÉCLAMATION PORTANT SUR LA FACTURATION 47
5. MÉDIATION 47

B. CONSENTEMENT ET REFUS DE SOINS

1. DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE 47
2. DÉSIGNATION DE LA PERSONNE À PRÉVENIR 48
3. RÉDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES 48
4. DROIT À L'INFORMATION 49
5. L'ENTRETIEN INDIVIDUEL 49
6. DROIT AU CONSENTEMENT 49
7. REFUS DE SOINS DU PATIENT MAJEUR 50

C. ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL
1. LE CONTENU DU DOSSIER MÉDICAL 50
2. LES MODALITÉS D'ACCÈS 51
3. LES MODALITÉS DE RETRAIT 52
4. LE DÉLAI DE CONSERVATION ET TRAITEMENT DES DONNÉES 52
5. L'IMAGERIE MÉDICALE 52
6. LA SAISIE JUDICIAIRE DU DOSSIER MÉDICAL 52
7. LA COMMISSION D'ACCÈS AUX DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (CADA) 53
D. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX PATIENTS MINEURS
1. LE DROIT À L'INFORMATION DU PATIENT MINEUR 53
2. LE DROIT AU CONSENTEMENT DU PATIENT MINEUR 53
3. LE REFUS DE SOINS DU PATIENT MINEUR 54
4. MINEURS REFUSANT L'INFORMATION DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE 54
5. L'ACCÈS DU MINEUR À SON DOSSIER MÉDICAL 55
E. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX MAJEURS PROTÉGÉS
1. LE DROIT À L'INFORMATION DU MAJEUR PROTÉGÉ 55
2. LE DROIT AU CONSENTEMENT DU MAJEUR PROTÉGÉ 55
F. INFORMATIONS ET SOINS
1. RELATIONS AVEC LES PROCHES ET AYANTS DROIT 56
2. RELATIONS AVEC LES MÉDECINS TRAITANTS 56
3. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX PATIENTS EN FIN DE VIE 57
4. TRAITEMENT SUR LES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL 57
G. DON DU SANG ET RECHERCHE BIOMÉDICALE
1. DON DU SANG 58
2. TRANSFUSIONS SANGUINES 58
3. SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE 58
4. PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMÉDICALES 58
H. DONS ET PRÉLÈVEMENTS D'AUTRES ÉLÉMENTS ET PRODUITS DU CORPS
1. PRINCIPES GÉNÉRAUX 59
2. PRÉLÈVEMENTS SUR UN PATIENT VIVANT 59
3. PRÉLÈVEMENTS SUR UN PATIENT DÉCÉDÉ 59

TITRE V. DISPOSITIONS FINALES
A. PROCÉDURE D'ADOPTION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR 60
B. PROCÉDURE DE MODIFICATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR 60

Références 61-68
Annexes 69-139

Préambule

Le règlement intérieur de l'ensemble des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord Est (GHT GPNE) est établi conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, en particulier celles du Code de la santé publique.
Il a été arrêté par la Directrice Générale du GHT GPNE après :

- Avis favorable du Conseil de Surveillance (Art. L.6143-1 du Code de la santé publique) le 26 juin 2026
- Concertation du Directoire (Art. L.6143-7 du Code de la santé publique) le 18 juin 2026
- Consultation de la Commission Médicale d'Établissement (Art. R.6144-1 II 10° du Code de la santé publique) le 30 juin 2026
- Consultation du Comité Social d'Établissement (Art. R.6144-40 du Code de la santé publique) le 14 avril 2026
- Information à la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (Art. R.6146-10 II-1° du Code de la santé publique) le 16 juin 2016

Le présent règlement intérieur fixe les règles de fonctionnement du GHT GPNE, s'agissant de l'organisation générale et par départements d'activité, ainsi que des principes garantissant le respect des droits et devoirs des patients, et des acteurs extérieurs.
En vertu de l'article L.6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur du GHT GPNE est chargé de veiller à sa bonne application sur l'ensemble des sites de son établissement.
Sauf indication contraire explicitement mentionnée, ce règlement s'applique à l'ensemble des entités du GHT GPNE, y compris les structures médico-sociales qui lui sont rattachées.
Conformément à l'article R.1112-78 du Code de la santé publique, le règlement intérieur du GHT GPNE est accessible à toute personne qui en formule la demande.

TITRE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

A. LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE GRAND PARIS NORD-EST

Depuis le 1er janvier 2026, le GHT GPNE, établissement public de santé, est issu de la fusion de trois établissements publics de santé, à savoir le Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger (CHIRB), le Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire (CHIAG) et le Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil (GHILRM), conformément à l'arrêté n°DOS – 2025/4623 portant fusion-absorption du CHIRB, du GHILRM et du CHIAG, renommés GHT GPNE en date du 19 novembre 2025.
Il est réparti sur trois établissements localisés à Villepinte, Montreuil et Montfermeil.
Le GHT GPNE est un établissement public de santé régi par le Code de la santé publique. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative financière. Son siège social est situé 10 rue du Général Leclerc 93700 MONTFERMEIL.

B. DIRECTION ET INSTANCES

1. INSTANCE ET GOUVERNANCE DE L'HÔPITAL GPNE

a. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Références :
Article L.6143-1 et suivants du Code de la santé publique
Article R.6143-1 et suivants du Code de la santé publique

Le Président du Conseil de surveillance est élu parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées.
Le Conseil de surveillance statue sur les orientations stratégiques et assure un contrôle permanent de la gestion du GHT GPNE. Il dispose également de compétences délibératives et consultatives.
Le secrétariat du Conseil est assuré sous la responsabilité du Directeur. Les convocations sont adressées par le Président, sous forme de lettre accompagnée de l'ordre du jour et des documents nécessaires pour éclairer les délibérations.
Sa composition, ses modalités d'organisation et de fonctionnement sont conformes aux articles L.6143-1 et suivants, et R.6143-1 et suivants du Code de la santé publique.

b. LE DIRECTOIRE

Références :
Article L.6143-7-5 du Code de la santé publique

Le Directeur général préside le directoire ; le président de la Commission Médicale d'Établissement en est le vice-président ; le Président de la CSIRMT y siège de droit.
Le Directoire exerce des compétences spécifiques, notamment l'approbation du projet médical, qui détermine la stratégie médicale de l'établissement et détaille les mesures à mettre en œuvre conformément au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il participe également à l'élaboration du projet d'établissement, en s'appuyant sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et conseille le Directeur dans la gestion et la direction du GHT GPNE.
Le Directoire est consulté sur différents sujets dont la qualité, les finances, les ressources humaines, la coopération, l'organisation interne et la gestion de crise.
Il se réunit sur convocation de son président, accompagnée de l'ordre du jour et des documents relatifs aux points à traiter.
Sa composition, ses modalités d'organisation et de fonctionnement sont conformes à l'article L.6143-7-5 du Code de la santé publique.

c. LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

Références :
Article L6143-7 du Code de la Santé publique

Le GHT GPNE est dirigé par un directeur général, responsable légal de l'établissement, qui en assure la gestion et la conduite.
À ce titre, il dispose de compétences très larges dans la conduite de l'établissement, qu'il exerce en propre ou après concertation avec le Directoire.
Le Directeur général exerce son autorité sur l'ensemble des personnels, dans le respect des règles déontologiques et professionnelles.

d. LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Références :
Articles L.6144-1 et 2 du Code de la santé publique
Articles R.6144-1 et suivants du Code de la santé publique
Règlement intérieur de la commission médicale d'établissement

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) participe à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'à l'élaboration des projets portants sur les conditions d'accueil et se prise en charge des patients.
Sa composition, ses modalités d'organisation et de fonctionnement sont prévues par son règlement intérieur en annexe.

e. LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉEDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES

Références :
Articles R.6146-10 et suivants du Code de la santé publique
Règlement intérieur de la CSIRMT

Le GHT GPNE est doté d'une CSIRMT dont les compétences sont énumérées à l'article R.6146-10 du Code de la santé publique.
Sa composition, ses modalités d'organisation et son fonctionnement sont prévus par l'article R.6146-11 du même code. Son règlement intérieur, en annexe, précise également ces dispositions.

f. LE COMITÉ SOCIAL D'ÉTABLISSEMENT

Références :
Article L.6143-7 et suivants du Code de la santé publique
Décret n°2021-1570 du 03 décembre 2021
Règlement intérieur du CSE

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

Le CSE est obligatoirement informé chaque année de :
- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Le budget ;
- Les décisions mentionnées au 8° de l'article L.6143-7 du Code de la santé publique

Le CSE débat obligatoirement chaque année sur :
- La programmation des travaux de l'instance ;
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

Sa composition, les modalités d'organisation et de fonctionnement sont prévues par son règlement intérieur en annexe.

g. LA FORMATION SPECIALISÉE EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE SECURITÉ ET DE CONDITIONS DE TRAVAIL (FSSSCT)

Au sein du CSE, il est instauré une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

La FSSSCT est saisie pour avis des questions relatives :
- À la protection de la santé physique et mentale des agents ;
- À l'hygiène ;
- À la sécurité des agents dans leur travail ;
- À l'organisation du travail ;
- Au télétravail ;
- Aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques ;
- À l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

Son président, à son initiative ou à la demande de la moitié des représentants du personnel et après avis du secrétaire de la formation spécialisée, décide de soumettre au vote tout ou partie de ces questions.

La FSSSCT relevant du CSE exerce ses attributions à l'égard du personnel du ou des services de son champ de compétence et du personnel mis à la disposition et placé sous la responsabilité de l'autorité administrative.

La FSSSCT exerce ses attributions sur le périmètre du comité dont elle émane.

La formation spécialisée de site est seule compétente pour exercer ses attributions sur le périmètre du site pour lequel elle a été créée et informe, chaque année, la FSSSCT du CSE de son activité et des résultats de la politique de prévention des risques professionnels mis en œuvre.

Sa composition, les modalités d'organisation et de fonctionnement sont prévues par le règlement intérieur du CSE en annexe.

h. LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DU GHT GPNE

La représentation des usagers du GHT GPNE est assurée par les Commissions des Usagers de site (voir infra : B.2.f.) conformément à l'article L.6141-7-1 du Code de la santé publique.

Sa composition, les modalités d'organisation et de fonctionnement sont prévues par le règlement intérieur des Commissions des Usagers de site en annexe.

2. INSTANCES ET GOUVERNANCE DE SITE

Référence :
Protocole de regroupement du GHT GPNE signé le 30 juin 2025

a. LA DIRECTION DE SITE

Chacun des trois sites du GHT GPNE est doté d'un directeur délégué de site. Par délégation du directeur général, auquel il rend compte de ses actions, et en lien avec les directions fonctionnelles, il assure la direction du site et a autorité sur l'ensemble du personnel du site.

- Il est responsable du fonctionnement du site et de sa représentation vis-à-vis des personnes accueillies, de leurs familles, des élus locaux et des partenaires ;
- Il organise la communication interne et la conduite du changement ;
- Il prépare, organise, anime et coordonne les instances de site.

Le directeur de site est situé au même niveau que les directeurs fonctionnels dans l'organigramme de la direction du GHT GPNE.

b. LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DE SITE

Le conseil de surveillance local réunit, pour chaque site :
- Des représentants des collectivités territoriales ;
- Des représentants des personnels désignés par la commission médicale de site et la formation spécialisée de site ;
- Des représentants des usagers.

Sa composition, les modalités d'organisation et de fonctionnement sont prévues par une note en annexe.

c. LE DIRECTOIRE DE SITE

Chacun des trois sites du GHT GPNE dispose d'un directoire de site qui est composé de la manière suivante, s'inspirant de l'article L.6143-7-5 du Code de la santé publique :
- Directeur général ;
- Directeur de site ;
- Président de la commission médicale de site ;
- Directeur des soins ;
- Membres qui appartiennent aux professions médicales, nommés par le directeur général après avis du président de la commission médicale de site.

Les chefs de service sont nommés, après avis du chef de département du GHT GPNE, par décision conjointe du directeur général et du président de la commission d'établissement, sur avis conforme du président de la commission médicale du site concerné.

En cas de désaccord, une réunion de concertation a lieu afin de dégager un accord sur la nomination.

d. LA COMMISSION MÉDICALE DE SITE

Chacun des trois sites du GHT GPNE dispose d'une commission médicale de site qui participe à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'à l'élaboration des projets portants sur les conditions d'accueil et se prise en charge des patients à l'échelle du site.

Sa composition, les modalités d'organisation et de fonctionnement sont prévues pas le règlement intérieur de la CME du GHT GPNE en annexe.

e. LES FORMATIONS SPÉCIALISÉS DE SITE DU COMITÉ SOCIAL D'ÉTABLISSEMENT

Chacun des trois sites dispose d'une formation spécialisée de site du comité social d'établissement du GHT GPNE qui assure la représentation des personnels à échelle locale. Celles-ci sont compétentes en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail, sur le périmètre du site.

Leur composition, modalités d'organisation et de fonctionnement sont encadrées par le décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021 et prévues par le règlement intérieur du CSE en annexe.

f. LES COMMISSIONS DES USAGERS DE SITE

Référence :
Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

Chacun des trois sites de du GHT GPNE dispose d'une Commission des Usagers (CDU), conformément à l'article L.6141-7-1 du Code de la santé publique.

Leur principale mission est de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et de leurs proches, ainsi de la prise en médicale. Les CDU facilitent les démarches de ces personnes et veillent à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs, recevoir des réponses, et être informées des suites de leurs demandes.

Chacune des CDU examine au moins une fois par trimestre, et aussi souvent que nécessaire, les réclamations adressées au GHT GPNE par les usagers. Les CDU sont consultées et formulent des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elles rendent compte de ses analyses et propositions dans un rapport présenté au conseil de surveillance du GHT GPNE qui délibère sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Leur composition, les modalités d'organisation et de fonctionnement sont prévues par le règlement intérieur des Commissions des Usagers de site en annexe conformément à l'article R.1112-81 du Code de la santé publique.

C. ORGANISATION DES SOINS

1. STRUCTURES MÉDICALES

Le GHT GPNE est organisé par départements d'activité, à la fois cliniques et médico-techniques. Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en départements d'activité conformément au projet médical d'établissement (art. L.6146-1 du Code de la santé publique).

Chaque département peut être composé de plusieurs structures internes. Les structures internes chargées de la prise en charge des patients – qu'elles soient médicales, soignantes ou médico-techniques – ainsi que les structures médico-techniques associées, peuvent correspondre soit à des services et unités fonctionnelles créés sous le régime antérieur à l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, soit à des structures internes issues de la loi HPST.

Par délégation du département, les services ou structures qui le composent assurent la prise en charge médicale des patients, élaborent les protocoles médicaux et participent à l'évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité des soins.

Chaque département est placé sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur, nommé conformément aux dispositions du Code de la santé public. Celui-ci est assisté dans ses fonctions pas un cadre de département. Par ailleurs, un directeur référent, désigné par le directeur du GHT GPNE, assure le lien entre le département et la direction de l'établissement.

2. CHEF DE DÉPARTEMENT

Le praticien, chef du département d'activité clinique ou médico-technique, met en œuvre, au sein du département, la politique générale de l'établissement ainsi que les moyens définis dans le projet médical d'établissement avec le directeur général et le président de la CME, afin d'atteindre les objectifs fixés.

Il organise, en lien avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement placées sous son autorité fonctionnelle, le fonctionnement du département, dans le respect de la déontologie propre à chaque praticien ainsi que des missions et responsabilités définies dans le projet médical d'établissement.

Il est assisté par un cadre de département pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités relevant de leurs compétences respectives.

En collaboration avec le conseil de département, il élabore un projet de département précisant l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à conduire en vue d'améliorer la qualité des soins et leur évaluation.

Les éléments d'activité et d'évaluation transmis, notamment au directeur général et au président de la CME, permettent de suivre l'avancement du projet et d'apprécier la qualité des soins. Le projet de département intègre également des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles, approuvés par les chefs de service du département, ainsi que leur suivi.

Le chef de département participe à l'élaboration du projet médico-soignant et en assure la mise en œuvre. Il contribue au développement de la logique de département et favorise le décloisonnement entre les services.

Enfin, il relaie la politique de l'établissement et prend part aux activités institutionnelles.

3. CADRE DE DÉPARTEMENT

Le cadre de département veille à la déclinaison du projet de soins institutionnel au sein des unités du département. À ce titre, il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet de département. Il assiste le chef de département dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités relevant de leurs compétences.

Placé sous l'autorité hiérarchique de la coordination des soins, le cadre de département assure la coordination ainsi que le management des ressources humaines du département.

Il contribue à l'élaboration du projet médico-soignant et en assure la mise en œuvre.

Il anime, accompagne et fédère l'équipe d'encadrement dans l'exercice de ses missions et dans son positionnement professionnel.

Il participe au développement de la logique du département et favorise le décloisonnement entre les unités.

Enfin, il relaie la politique de l'établissement et prend part aux activités institutionnelles.

4. DIRECTEUR RÉFÉRENT DU DÉPARTEMENT

Il constitue l'interlocuteur privilégié du département et assure un rôle de relais et de facilitateur dans les relations entre le département et la direction. À ce titre, il participe à la vie institutionnelle du département, notamment en prenant part, le cas échéant, aux bureaux ou aux conseils de département.

Il apporte également au chef de département et au cadre de département un appui en matière de conseil et de pilotage, en accompagnant la mise en œuvre des projets du département.

5. CHEF DE SERVICE OU RESPONSABLE DE STRUCTURE INTERNE

Les services ou structures internes sont placés sous la responsabilité d'un médecin, d'un biologiste, d'un odontologiste ou d'un pharmacien hospitalier, exerçant les fonctions de chef de service ou de chef de structure interne, nommé conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

Le chef de service ou de structure interne assure la mise en œuvre des missions confiées à la structure dont il a la responsabilité, ainsi que la coordination de l'équipe médicale qui y est affectée.

Il est assisté par un cadre (sage-femme, infirmier, médico-technique ou de rééducation) pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités relevant des compétences du service.

6. PERMANENCE DES SOINS

L'organisation médicale mise en place vise à assurer en permanence la continuité des soins au-delà des compétences des personnels paramédicaux, tout en garantissant la sécurité des patients hospitalisés ou accueillis en urgence.

Pour permettre un fonctionnement ininterrompu du service hospitalier, le personnel médical (praticiens à temps plein ou partiel, assistants, praticiens attachés) s'engage à :

- Assurer le service médical quotidien, du lundi matin au samedi matin inclus. Cela comprend les visites médicales, les examens et soins aux patients hospitalisés, les consultations des patients externes, ainsi que les analyses de laboratoire, les examens radiologiques et la préparation et dispensation des médicaments et produits pharmaceutiques.

- Participer à la couverture des samedis après-midi, dimanches, jours fériés, et du service de nuit. Ils assurent également les remplacements pendant les congés et doivent répondre aux situations exceptionnelles ou urgentes survenant en dehors des horaires prévus, conformément au plan d'accueil des urgences.

Les modalités d'organisation logistique de la permanence des soins sont définies et arrêtées par décision de la direction générale.

7. COORDINATION DES SOINS DISPENSÉS AUX PATIENTS

Tous les professionnels hospitaliers participent à la prise en charge des patients. Indépendamment de leur statut, ils interviennent selon leurs qualifications, leurs responsabilités et la nature des soins qu'ils sont amenés à prodiguer. Leur action s'inscrit également dans le cadre plus large du devoir d'assistance envers les patients et leurs familles.

L'organisation de leur activité repose sur une coordination rigoureuse, tenant compte des besoins des patients, qu'ils soient exprimés ou non.

8. SERVICES DE SOINS

Le service de soins prend en charge les patients dans le cadre d'une hospitalisation, d'une consultation ou à l'occasion d'examens et d'explorations. Dans chaque unité, un cadre de santé est responsable de la coordination, de l'organisation et de la mise en œuvre des soins, examens ou explorations.

Les professionnels des soins, de la rééducation et des secteurs médico-techniques (infirmiers, manipulateurs en radiologie, kinésithérapeutes, etc.) réalisent des soins techniques, relationnels et éducatifs, ainsi que les examens et explorations nécessaires. Ils veillent également au confort global du patient.

Ils sont épaulés par d'autres intervenants (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, aides-manipulateurs de radiologie, etc.) qui prennent en charge les soins d'hygiène et de confort.

Enfin, les agents des services hospitaliers assurent l'entretien et l'hygiène des locaux.

D. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ ET L'HYGIÈNE

1. SÉCURITÉ GÉNÉRALE

a. ACCÈS A L'HÔPITAL

i. PRINCIPE

L'accès dans l'enceinte du site hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur travail. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses

catégories de personnes sont organisées par le Directeur Général du GHT 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 Général.

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur Général 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 courus et des responsabilités éventuelles.

Il est interdit d'introduire au sein du GHT GPNE des animaux, sauf en cas de dérogation particulière prévue. Par ailleurs, sont interdits : alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés (sauf autorisations spéciales et explicites). Les objets et produits 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.

ii. CAS PARTICULIERS

▪ Associations
L'administration du GHT GPNE facilite l'intervention des associations bénévoles qui, dans le respect de la réglementation, proposent un soutien ou des activités aux patients, à leur demande ou avec leur accord.

Avant toute intervention, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur de l'établissement et signer une convention avec le GHT GPNE, définissant leurs droits et obligations réciproques.

À noter que le chef de service peut toujours refuser certaines visites ou activités pour des raisons médicales ou organisationnelles.

En aucun cas, les bénévoles ne sont autorisés à prodiguer des soins, ni à fournir nourriture ou boisson sans l'accord explicite des professionnels en charge du patient.

▪ Professionnels de la presse
L'accès des journalistes, photographes et sociétés de production au sein du GHT GPNE, ainsi que les conditions d'exercice de leur activité, doivent faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction Générale ou de la Direction de la Communication.

L'autorisation écrite du GHT GPNE est indispensable et délivrée après validation du Directeur Général, ainsi que du responsable de la structure médicale concernée. Les jours fériés et les week-ends, ces demandes doivent être adressées à l'Administrateur de Garde.

Toute captation, enregistrement ou fixation des paroles ou de l'image d'un patient est soumise à son consentement libre et éclairé. Pour les mineurs et les majeurs protégés, l'accord du représentant légal est requis. L'enregistrement des paroles ou la prise d'images (photographiques ou télévisées) des patients doit être autorisé par écrit, et une copie du consentement du patient doit être intégrée à leur dossier médical.

Les professionnels de la presse et les sociétés de production sont seuls responsables des images réalisées. Le GHT GPNE décline toute responsabilité en cas de litige lié à leur utilisation.

b. CALME AU SEIN DE L'HÔPITAL

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il pourra lui être enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il pourra être accompagné à la sortie du site par le PC sécurité, avec en cas de besoin appel aux autorités de police.

Conformément à l'article L.6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur Général peut, lorsque les circonstances le justifient et afin de garantir le bon ordre, la sécurité et la continuité du service, prononcer une décision d'interdiction d'accès, sauf en cas d'urgence vitale, à tout ou partie de l'établissement à l'encontre de toute personne dont le comportement est de nature à porter atteinte à ces exigences.
Cette décision est prise de manière proportionnée, motivée et, le cas échéant, limitée dans le temps.

c. SÉCURITE GÉNÉRALE

Tout le personnel assure la sécurité générale de l'établissement sous l'autorité du Directeur Général, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application. Les possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril ; légitime défense ou état de nécessité) et par le code de procédure pénale (crime ou délit flagrant).

Ils peuvent retenir aux sorties du site hospitalier, durant le temps nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit (pour remise aux autorités de police) et tout patient désorienté ou susceptible visiblement de courir un danger à l'extérieur du site (en attendant sa prise en charge par un service de soins). En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à la rubrique « circonstances exceptionnelles », ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire ou d'un vestiaire et de tout effet personnel, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule personnel.

Règles et consignes lorsque le plan Vigipirate est activé :
Il est rappelé à tous d'être particulièrement attentifs et d'appliquer/respecter les recommandations suivantes en matière de prévention/sécurité/sûreté :
- Être vigilant ;
- Signaler immédiatement tout bagage, objet abandonné ou mouvement suspect au PC Sécurité de l'établissement concerné ;
- Ne pas accepter un bagage ou objet/colis qui vous serait confié par une personne inconnue ;
- Suivre les consignes du PC Sécurité ;

Cette liste n'est pas exhaustive et peut être complétée par des mesures formulées oralement par tout agent du GHT GPNE, si besoin, dans l'intérêt de l'établissement.

d. MATÉRIELS DE SÉCURITE GÉNÉRALE

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéoprotection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement présenté par le Directeur Général aux instances locales compétentes du site.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et de droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéoprotection doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application (Code de la sécurité antérieure, Loi Informatique et Libertés et Règlement (UE) 2016-679 sur la protection des données – dit « RGPD »). L'accès aux images concernant les patients, les usagers ou les personnels est conditionné à la sollicitation du Délégué à la protection des données (DPO) ou du responsable sécurité de site.

e. RÈGLES DE RESPONSABILITÉ

La mise en œuvre par le GHT GPNE de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière. Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte du GHT GPNE engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Le GHT GPNE assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur Général porte plainte pour les dommages subis par le GHT GPNE.

Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur Général en application du Code de Procédure Pénale peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime).

f. RAPPORTS AVEC L'AUTORITÉ JUDICIAIRE

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

g. RAPPORTS AVEC LES AUTORITÉS DE POLICE

Le Directeur Général ou son représentant a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire. En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur Général ou son représentant est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

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

2. SÉCURITÉ DE FONCTIONNEMENT

a. GESTION DES RISQUES

Le Directeur Général prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des autres personnes fréquentant du GHT GPNE. A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, il définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées.

Il informe régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

b. PERSONNEL TECHNIQUE ET CONTINUITÉ DU SERVICE

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

Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

c. SÉCURITE INCENDIE

Le site est assujetti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les sites recevant du public. Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relatives à la sécurité contre l'incendie. Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, changement de destination d'un local/service, etc...) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction du Patrimoine, de la Maintenance, de la Sécurité et de l'Investissement (DPMSI).

Tout stationnement est interdit sur les voies ou accès destinés aux véhicules des sapeurs-pompiers, aux zones non prévues à cet effet y compris dans les parkings en sous-sol (uniquement les places matérialisées), au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de prévention et de sécurité incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :
- La conduite à tenir en cas d'incendie ;

- Les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- Les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables ;
- La vacuité permanente des itinéraires d'évacuation et dégagements ;
- L'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- L'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- L'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés ;
- Dégager les espaces et les circulations (portes, fenêtres, sortie de secours ...) ;
- Dégager les reports d'alarme incendie situés à proximité de l'entrée du poste de soins ;
- Ne pas encombrer les trappes/volets de désenfumage ;
- Ne pas stocker de matériel dans des locaux non destinés à cet usage ;
- Ne pas bloquer les portes coupe-feu ;

Cette liste est non exhaustive et peut être complétée en fonction des spécificités de l'établissement.

d. INTERDICTION DE FUMER

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux du site, y compris les chambres d'hospitalisation et les bureaux individuels ; une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

Cette interdiction s'applique également aux cigarettes électroniques. Tout contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires et/ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

3. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE

a. NATURE DE LA VOIRIE HOSPITALIÈRE

Conformément à l'article L.6148-21 du Code de la santé publique et de la jurisprudence du Conseil d'Etat, les voies de circulation du site hospitalier appartiennent au domaine public du GHT GPNE. Elles sont des voies manifestement ouvertes à la circulation du public.

b. RÈGLES APPLICABLES

Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, le Directeur Général du GHT GPNE arrêtera les modalités quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de régulation des accès au site hospitalier. Le Code de la route est applicable sur tout le site hospitalier.

La signalisation est adaptée au Code de la route, en particulier à celle concernant l'interdiction de s'arrêter, l'interdiction de stationner, l'information d'enlèvement de véhicule en cas d'infraction. La Police nationale et la Police municipale sont chargées de faire respecter le Code de la route, notamment en matière d'accès des véhicules d'incendie et de secours. Il est rappelé qu'il est interdit de stationner sur des places non matérialisées, sur les espaces verts, trottoirs, issues de secours...

Les agents du GHT GPNE sont chargés de respecter le Code de la route et participent à le faire respecter sur le site hospitalier. Tout non-respect du Code de la route est sanctionnable.
Sera particulièrement surveillé le respect du Code de la route sur les voies classées par les commissions de sécurité incendie comme « voies utilisables par les engins de secours » ainsi que les voies classées par arrêté préfectoral comme devant être dégagées au titre de « la nécessité absolue de dégagement de voies de secours ». Ces classements sont périodiquement actualisés après avis des commissions de sécurité incendie.

Le GHT GPNE se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à son site aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux alinéas précédents, entraveraient gravement la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou, d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Le GHT GPNE se réserve le droit de demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier. Le GHT GPNE en avisera le propriétaire autant que possible par tout moyen approprié.

L'accessibilité de tout usager au site hospitalier dans le respect des dispositions des alinéas précédents n'ouvre en aucune manière droit à stationnement. Cette accessibilité n'engage en rien la responsabilité du GHT GPNE en matière d'accidents de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule. Le GHT GPNE arrête des zones de stationnement réservées à certaines catégories de personnels appréciées par le directeur. Des places sont également réservées aux personnes en situation de handicap.
La limitation de vitesse sur l'ensemble du site est de 10 km/h.
En cas de déclenchement des plans d'alerte ou d'urgence (plan consacré aux situations sanitaires exceptionnelles, anciennement plan blanc), la Direction assure l'organisation des accès en liaison avec l'ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de ces plans.

c. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AU STATIONNEMENT ABUSIF

Conformément à l'article L.6148-1 du Code de la santé publique, les bâtiments, installations et voies de desserte appartenant au GHT GPNE, dès lors qu'ils sont affectés au service public hospitalier et spécialement aménagés à cette fin, constituent des dépendances du domaine public du GHT GPNE.
À ce titre, les voies de desserte internes échappent, en conséquence, à certaines dispositions du Code de la route, notamment celles relatives à la police de la circulation et du stationnement abusif.
Dans l'intérêt du domaine public, du bon fonctionnement du service public hospitalier et de l'intérêt général, la circulation et le stationnement des véhicules au sein du GHT GPNE sont réglementés par le présent règlement intérieur.
En cas de stationnement irrégulier, gênant ou abusif sur les voies et espaces de l'établissement, il peut être procédé à l'enlèvement et à la mise en fourrière des véhicules dans les conditions prévues par le décret n° 72-824 du 6 septembre 1972 relatif aux véhicules laissés sans droit sur les voies non ouvertes à la circulation publique.
À cet effet :

- Lorsque l'identité du propriétaire du véhicule est connue, le directeur général du GHT GPNE (ou toute personne habilitée par lui) lui adresse une mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, de retirer son véhicule dans un délai de huit jours à compter de la réception. À défaut d'exécution dans ce délai, l'établissement saisit l'officier de police judiciaire territorialement compétent, aux fins de l'enlèvement et de la mise en fourrière du véhicule, aux frais du propriétaire dudit véhicule, en justifiant de la mise en demeure préalable.
- Lorsque l'identité du propriétaire du véhicule n'est pas connue, le directeur général du GHT GPNE (ou son délégataire) saisit l'officier de police judiciaire territorialement compétent afin d'obtenir cette identification. Une mise en demeure est ensuite adressée dans les conditions précitées. En cas d'inexécution, le directeur général du GHT GPNE (ou son délégataire) saisit à nouveau l'officier de police judiciaire, en justifiant de la mise en demeure restée sans effet, afin qu'il soit procédé à l'enlèvement et à la mise en fourrière du véhicule, aux frais du propriétaire du véhicule.

La mise en demeure préalable constitue une formalité substantielle, sauf impossibilité d'identifier le propriétaire dans les conditions prévues ci-dessus.

E. AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (POLITIQUE QUALITÉ ET DÉMARCHE DE CERTIFICATION)

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé définissent et mettent en œuvre une politique adéquate, évaluent leur activité et font l'objet, périodiquement d'une procédure d'évaluation externe spécifique dénommée Certification.

1. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITÉ

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins fait partie intégrante du projet d'établissement.

La Commission médicale d'établissement (CME) contribue à son élaboration, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- La prise en charge de la douleur ;
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

Elle contribue également à l'amélioration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- Le fonctionnement de la permanence des soins.

La formalisation, le suivi et l'évaluation de la politique sont assurés par la direction en charge de la qualité et de la gestion des risques du GHT GPNE, en associant l'ensemble des acteurs impliqués (coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, coordonnateurs généraux des soins, représentants des usagers, correspondants des vigilances sanitaires, direction de la clientèle...) ainsi que les instances (CME, Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, Commission des usagers...).

La politique qualité est révisée au moins tous les quatre ans. Elle décrit les principaux objectifs du GHT GPNE ainsi que l'organisation mise en place pour les atteindre.

2. ORGANISATION DE LA DÉMARCHE DE CERTIFICATION

La procédure de certification donne lieu à la visite d'experts-visiteurs, professionnels de santé, missionnés par la Haute Autorité de santé (HAS). Elle vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité de l'établissement par rapport à un référentiel national, dit « Manuel de certification ». À l'issue de cette procédure, pour l'ensemble des établissements du GHT GPNE, la HAS prononce une décision sur le niveau de certification, communiquée à l'Agence régionale de santé (ARS) et rendue publique.

Les actions visant à satisfaire au référentiel de certification et la préparation de la visite sont intégrées dans la politique qualité.

TITRE II. CONSULTATIONS, ADMISSION, SEJOUR ET SORTIE DU PATIENT

A. L'ACCÈS AUX SOINS

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et à un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination.
Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.
De même, ces actes ne doivent pas être réalisés dans le cadre d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris dans les conditions réglementaires prévues, par le médecin, qui sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs (cf. loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des patients et à la fin de vie).

B. ACCUEIL, CONSULTATION ET SOINS EXTERNES

Le GHT GPNE accueille, en consultation comme en hospitalisation, toutes les personnes dont l'état exige des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, sans distinction d'origine, de sexe, de condition sociale et familiale, d'opinions politiques, de religion, ni de leur handicap ou de leurs caractéristiques génétiques. Son accès est adapté aux personnes en situation de handicap, qu'il soit physique, mental ou sensoriel. Le personnel du GHT GPNE est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants.
Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles, leur permettant de faire valoir leurs droits.
Les consultations et soins externes s'adressent aux patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation.
Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour assurer un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en veillant notamment à la qualité de l'accueil des consultants, en particulier en matière de prise de rendez-vous et de délais d'attente.

C. ACCUEIL ET ADMISSION EN HOSPITALISATION

1. CONDITIONS D'ADMISSION

L'admission est décidée, hors cas d'urgence, par le Directeur général du GHT GPNE ou son représentant dûment habilité, sur avis du médecin ou d'un interne de l'hôpital. Elle peut également faire suite à la demande d'un médecin traitant ou à une consultation. Dans ce cas, la présentation d'un certificat médical attestant de la nécessité du traitement hospitalier est indispensable. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation.
Dès son admission, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance, qui sera contactée lors des démarches administratives et en cas d'aggravation de l'état clinique de la personne soignée.
Tout patient admis en hospitalisation au sein du GHT GPNE se voit remettre un livret d'accueil comportant les informations utiles relatives aux conditions de séjour, à l'organisation de l'établissement, ainsi qu'aux droits et obligations des patients. Ledit livret précise, en outre, les noms et coordonnées des représentants des usagers au sein de l'établissement. Il est précisé que ces derniers, conformément au Code de la santé publique, doivent suivre une formation de base délivrée par les associations habilitées par le ministère des solidarités et de la santé.

2. FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

Sous réserve de certaines dispositions, 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.

À cet effet, le patient ou le cas échéant son représentant doit présenter au service des admissions sa carte Vitale, une pièce d'identité (comportant une photographie) et, le cas échéant, un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant. Le patient doit être en mesure de justifier son adresse par tout document.

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention, par le GHT GPNE, de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.
Le service des admissions procède, lors de l'accueil du patient, à la vérification systématique de ses droits administratifs. À ce titre, une consultation du logiciel GAP (Gestion administrative du patient) est effectuée de manière systématique, tant lorsque le patient n'est pas en mesure de présenter sa carte Vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, que lorsqu'il présente des justificatifs de droits, afin de s'assurer de leur ouverture effective, de leur validité et de la conformité des informations nécessaires à sa prise en charge.

S'il n'est pas assuré social, le patient, ou le cas échéant une personne susceptible de s'acquitter du règlement des frais dans le cadre légal, est tenu de signer un engagement de payer et un devis couvrant l'intégralité des frais d'hospitalisation du patient auprès de la Direction des recettes et du parcours administratif patient du GHT GPNE, avec les pièces justificatives nécessaires. À défaut de signature du devis, et sauf avis médical contraire, tenant notamment à l'état du patient, l'hospitalisation pourra être reportée ou reprogrammée.

Dans les cas d'urgence, la signature de l'engagement de payer sera demandée soit à la première rencontre avec la famille du patient, soit dès que l'état de santé du patient le permet. Les patients et leur famille doivent s'assurer de faire les démarches nécessaires pour le règlement ou la prise en charge des frais liés aux soins reçus, avec l'assistance du service social si besoin.

D. ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE

1. CONDITIONS D'ADMISSION

Le Directeur général ou son représentant dûment habilité prend toutes les mesures nécessaires, si l'état d'un patient requiert des soins urgents, pour que ceux-ci soient assurés au sein du GHT GPNE, sous la responsabilité directe d'un médecin. Le Directeur général doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.
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 la constitution de son dossier doivent être recueillies le plus rapidement possible.
Lorsqu'un patient, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état de santé, refuse de quitter l'établissement, il peut être, selon le cas, sur certificat médical établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie du GHT GPNE, soit adressé à un organisme à caractère social.

2. INFORMATIONS DES FAMILLES DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN URGENCE

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par le GHT GPNE.

Que le patient soit conduit au sein du GHT GPNE par le SAMU, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du Directeur général, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation, conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

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

En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions du Code civil et du Code de déontologie médicale.

E. CONDITIONS DE SÉJOUR DU PATIENT

1. PRINCIPES RÉGISSANT LE SÉJOUR

La vie en milieu hospitalier requiert le respect des règles fondamentales de la vie en collectivité. Les patients doivent veiller à adopter un comportement et un langage respectueux, afin de ne pas perturber les autres malades ni le bon fonctionnement du service.

Le respect strict des règles d'hygiène est essentiel. Lorsque les patients se déplacent dans l'enceinte de l'établissement, ils doivent porter une tenue décente.

Les patients sont également tenus de préserver l'état des locaux et du matériel mis à leur disposition. Toute dégradation volontaire peut entraîner des sanctions, pouvant aller jusqu'à l'exclusion, conformément aux articles R. 1112-49 et R. 1112-58 du Code de la santé publique, en plus de l'indemnisation des dommages causés.

Les patients ont la possibilité de circuler librement au sein de l'hôpital, sous réserve de l'accord des responsables de l'unité de soins, dès lors que leur état de santé le permet et que cela ne perturbe pas l'organisation du service.

Enfin, le séjour hospitalier est structuré selon des horaires adaptés aux besoins individuels des patients.
Les activités de diagnostic, de prévention et de soins sont menées dans le strict respect des droits des patients, tels que définis par le Code de la santé publique. Ces droits incluent notamment la protection de la santé, le respect de la dignité, l'égalité d'accès aux soins et à la prévention, ainsi que la préservation de la vie privée, garantissant le secret médical et la protection de l'image. Chaque patient doit également bénéficier de soins adaptés à son état.

L'intimité des patients doit être protégée en toute circonstance, que ce soit lors des soins, des consultations, des examens médicaux, des interventions pré- et post-opératoires, des radiographies ou des déplacements en brancard, et plus généralement tout au long de leur séjour à l'hôpital.

Dans le cadre de l'enseignement clinique, tout examen d'un patient nécessite son consentement préalable.
Les internes doivent être informés de l'importance du respect des droits des patients.
Le personnel hospitalier ainsi que les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans une chambre et attendre l'autorisation du patient, dans la mesure du possible, avant d'y pénétrer. Par ailleurs, le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont interdits, sauf accord explicite de leur part.

Enfin, le GHT GPNE met en place des mesures visant à garantir la tranquillité des patients et à limiter les nuisances sonores et lumineuses, en particulier pendant les heures de repos et de sommeil.

2. DÉPÔT ET RESTITUTION DES OBJETS APPARTENANT AU PATIENT

a. MODALITÉS DE DÉPÔT

Lors de son admission, le patient est invité à confier à ses proches les sommes d'argent et objets de valeur en sa possession.

Doivent notamment être entendus par « valeurs » l'ensemble des moyens de paiement, tels que les sommes d'argent (billets et pièces), les titres et valeurs commerciales, les livrets d'épargne, les titres de pension, les

timbres fiscaux, les amendes, les devises étrangères, les chèques, les effets de commerce, les testaments olographes, les titres de convention obsèques, les timbres-poste et les tickets de transport.

Sont également considérés comme des valeurs les actes sous seing privé valant titre de créance pour la personne qui les dépose, ainsi que les moyens de règlement (chèques, cartes de crédit, cartes bancaires, cartes magnétiques…). Enfin, les objets de valeur comprennent les bijoux (à l'exclusion des bijoux fantaisie) et les objets précieux.

À défaut, il pourra les déposer auprès du régisseur du GHT GPNE, à condition qu'ils soient de valeur. Le dépôt doit être effectué par le patient lui-même ou par ses représentants légaux, tels que les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur en cas de protection juridique. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, les parents ou le tuteur sont, autant que possible, responsables des formalités de dépôt des affaires personnelles. Il leur est demandé de conserver avec eux les effets du patient et de récupérer ceux dont la conservation à l'hôpital n'est pas justifiée. Toutefois, le personnel hospitalier tiendra compte, avec discernement, des demandes de dépôt et de restitution des biens formulées par les patients mineurs ou majeurs protégés durant leur séjour, à l'exception des valeurs.

Un reçu détaillant les objets déposés ainsi que ceux autorisés à être conservés sous la responsabilité de l'hôpital est remis au patient (ou à ses représentants légaux). Une copie de ce document est également versée à son dossier administratif.

En cas de prise en charge en urgence, lorsque le patient ne peut manifestement pas s'en charger lui-même, ou s'il est inconscient, la mise à l'abri de ses affaires personnelles doit être effectuée dès que possible après son admission dans l'établissement.

Les dépôts volontaires d'objets de valeur sont inventoriés par le personnel soignant du service de soins, puis remis au régisseur du GHT GPNE. Les dépôts effectués auprès de l'établissement peuvent également être stockés temporairement dans les coffres du service. Toutefois, ces valeurs ne peuvent être déposées qu'à titre provisoire, en dehors des heures de fermeture de la régie, et doivent être transférées dès que possible à cette dernière.

Un patient ne peut être contraint de déposer ses affaires. Cependant, les objets personnels qu'il choisit de conserver demeurent sous sa seule responsabilité. Il peut les ranger dans un placard ou un coffre prévu à cet effet dans sa chambre.

b. MODALITÉS DE RESTITUTION

Les objets de valeur sont restitués au patient par le régisseur du GHT GPNE ou par la trésorerie, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt, d'une pièce d'identité et, en cas de décès, d'un certificat d'hérédité. Les dispositions relatives aux objets abandonnés ou déposés par le défunt sont précisées à l'article I.2.b. du présent titre.
Le patient peut mandater une tierce personne pour récupérer ses biens. Le mandataire devra présenter le reçu du dépôt, une pièce d'identité ainsi qu'une procuration sous seing privé. Dans ce cas, la restitution pourra être effectuée par la trésorerie.

c. RESPONSABILITÉS

Lors de sa pré-admission ou, au plus tard, lors de son admission, le patient (ou ses représentants légaux) est informé, à la fois oralement et par écrit, des règles de responsabilité applicables en cas de vol, de perte ou de détérioration de ses effets personnels, selon qu'ils ont fait l'objet ou non d'un dépôt, conformément à la législation en vigueur.

Sous réserve du respect de ces formalités, le GHT GPNE est automatiquement responsable en cas de vol, de perte ou de détérioration des objets figurant sur le reçu d'inventaire. En revanche, si un patient conserve des effets personnels sans autorisation du représentant de l'établissement, le GHT GPNE ne peut être tenu responsable d'un vol, d'une perte ou d'une détérioration, sauf en cas de faute avérée de l'établissement ou de son personnel.

Enfin, le GHT GPNE décline toute responsabilité si la perte ou la détérioration d'un objet résulte de sa nature, d'un défaut inhérent à celui-ci, ou si celle-ci survient dans le cadre d'un acte médical ou d'un soin nécessaire.

3. PRATIQUES RELIGIEUSES

Dans la mesure du possible, les patients doivent pouvoir pratiquer leur religion dans le respect de la liberté des autres. À cette fin, le GHT GPNE met à disposition un espace accessible et adapté, dédié au culte, à la prière ou au recueillement, quelle que soit la confession du patient. Des représentants des différentes religions, agréés par la direction de l'établissement, sont également disponibles auprès des patients.

4. RESPECT DE L'IMAGE D'AUTRUI ET UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX

Il est strictement interdit de capturer l'image de toute personne (patient, visiteur, professionnel hospitalier...) sans son autorisation expresse ou celle de son représentant légal.

Toute diffusion d'images ou de vidéos, quel que soit le support, doit également faire l'objet d'un consentement libre, éclairé et écrit de la personne concernée. Celle-ci a le droit de définir l'usage de son image, en précisant les modalités et le niveau de diffusion souhaités.

La captation ou la diffusion non autorisée de l'image d'une personne peut engager la responsabilité civile et pénale de son auteur. Il est rappelé à toute personne publiant du contenu sur Internet ou sur les réseaux sociaux :

- Qu'elle est responsable des informations diffusées et peut être tenue pour responsable en cas d'infractions ;
- Que toute publication d'image d'un tiers nécessite une autorisation écrite conformément au droit à l'image ;
- Que la liberté d'expression ne doit pas faire l'objet d'un abus, notamment par des propos injurieux, diffamatoires ou excessifs.

5. RÈGLES DIVERSES

a. DROITS CIVIQUES

Les patients hospitalisés, dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin en raison de leur état de santé, peuvent voter par procuration. À cet effet, le cadre de santé du service est disponible pour les informer des démarches à suivre.

Par ailleurs, en cas de danger de mort imminente, un patient peut demander que son mariage soit célébré au sein de l'hôpital, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

b. NEUTRALITÉ DU SERVICE PUBLIC

Au sein du GHT GPNE, chacun est tenu de respecter le principe de neutralité du service public, tant dans ses paroles que dans ses actes. À ce titre, les visites d'élus au sein du GHT GPNE ne doivent en aucun cas donner lieu à des manifestations à caractère politique.
Les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas acceptés lorsqu'ils constituent une pression, une provocation, un acte de prosélytisme ou de propagande, ou lorsqu'ils perturbent le bon fonctionnement de l'hôpital et du service public.
Toute réunion publique, quelle qu'en soit la nature, est interdite au sein du GHT GPNE, sauf en cas d'autorisation expresse du Directeur général.

c. INTERDICTION DES POURBOIRES

Les patients et leurs familles ne doivent en aucun cas remettre de l'argent aux personnels, que ce soit sous forme de gratification ou de dépôt.

Les sommes d'argent destinées à être déposées doivent être remises directement au régisseur du GHT GPNE (cf. Titre II. E.2.). Toutefois, en cas d'admission en urgence, le personnel peut intervenir dans le cadre de l'inventaire des biens.

d. ANIMAUX DOMESTIQUES

L'interdiction des animaux domestiques au sein de le GHT GPNE ne s'applique pas aux chiens-guides accompagnant les personnes non-voyantes ou malvoyantes. Leur accès est autorisé dans le respect de la réglementation en vigueur et selon les conditions établies avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

F. SORTIE DU PATIENT

1. COMPÉTENCE DU DIRECTEUR DU GHT GPNE

Lorsque l'état de santé d'un patient ne justifie plus son maintien dans une unité de soins du GHT GPNE, sa sortie est décidée par le Directeur de l'établissement sur proposition du médecin responsable du service concerné. Le Directeur ou son représentant dûment habilité enregistre cette sortie sur la fiche individuelle du patient.

Si le patient est militaire, sa sortie est signalée au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, les dispositions sont prises pour le transfert immédiat du patient dans un autre hôpital adapté à son cas.

2. MODALITÉS DE SORTIE

À sa sortie, le patient reçoit un bulletin indiquant les dates de son hospitalisation, sans mention de diagnostic ni d'information médicale liée à son motif d'hospitalisation. Avant de quitter l'établissement, il se voit remettre les certificats médicaux et ordonnances nécessaires à la poursuite de ses soins et traitements, ainsi qu'aux démarches justifiant ses droits.

Si son état de santé l'exige, un médecin hospitalier peut établir une prescription pour un transport sanitaire (ambulance ou autre moyen adapté). Cette prescription peut, le cas échéant, permettre une prise en charge par un organisme de protection sociale.

Si le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci est libre de choisir l'entreprise de transport. Le GHT GPNE met à disposition une liste complète des sociétés d'ambulances agréées du département.
Lors de son admission, chaque patient reçoit un questionnaire joint au livret d'accueil destiné à recueillir ses avis et ses observations. Il peut le retourner à l'administration sous pli cacheté, s'il le souhaite, de manière anonyme. Ces questionnaires sont conservés et consultables par les autorités sanitaires.

a. CAS PARTICULIER DE LA SORTIE DES MINEURS

En principe, la personne exerçant l'autorité parentale est informée de la sortie du mineur. Si celui-ci doit être confié à une tierce personne expressément autorisée, la direction de l'établissement doit en être avertie et des justificatifs seront exigés au moment de la sortie.

Ces règles s'appliquent également aux permissions de sortie durant l'hospitalisation ainsi qu'aux situations où l'état de santé d'un mineur pris en charge aux urgences ne nécessite pas d'hospitalisation.

Cependant, elles ne s'appliquent pas si le mineur s'oppose à ce que ses représentants légaux soient informés et s'il est accompagné, lors de sa sortie, par une personne majeure de son choix.

b. CAS PARTICULIER DE LA SORTIE DES NOUVEAU-NÉS

Pour chaque maternité du GHT GPNE, l'enfant sort en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en situation de force majeure.
Ces exceptions sont établies par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

3. SORTIE CONTRE AVIS MÉDICAL

Sauf disposition particulière, les patients peuvent demander à quitter le GHT GPNE à tout moment.

Cependant, si le médecin responsable considère que la sortie est prématurée et présente un danger pour la santé du patient, celle-ci est assimilée à un refus de soins. Dans ce cas, il est demandé au patient de signer une décharge confirmant sa volonté de sortie contre l'avis médical, après avoir été informé des risques éventuels encourus. Si le patient refuse de signer cette décharge, un procès-verbal est rédigé et signé par deux témoins (accompagnant, tierce personne, personnel soignant...).

Si un mineur (ou ses représentants légaux) demande à sortir contre avis médical, et que cette sortie prématurée présente un danger pour lui, le médecin responsable, le cadre de département ou, le cas échéant, l'administrateur de garde, saisit le Procureur de la République afin de prendre les mesures d'assistance nécessaires, en complément de la procédure de décharge.

Si la demande de sortie est faite par un mineur qui s'oppose à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, la sortie ne pourra avoir lieu qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure, et le Procureur de la République devra également être saisi.

Le médecin responsable informe le médecin traitant, dans les plus brefs délais, de la sortie prématurée du patient. Les modalités de sortie sont obligatoirement enregistrées dans le dossier médical.

4. SORTIE À L'INSU DU SERVICE

Lorsqu'un patient quitte l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées dans l'enceinte du site où a lieu la prise en charge. Si ces recherches, sont infructueuses, et en concertation avec la direction, le commissariat de police est informé, notamment au moyen d'un signalement, si la situation le justifie sur le plan médical ou légal. Dans ce cas, la famille ou le représentant légal du patient est informé sans délai.

Si l'état de santé le justifie, un courrier est envoyé au patient, si possible à son domicile, dans les plus brefs délais afin de l'informer des risques pour sa santé et de l'encourager à réintégrer le service ou à se faire soigner. Le médecin traitant est également informé de la sortie prématurée du patient.

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

5. SORTIE DISCIPLINAIRE

À l'exclusion des cas où l'état de santé du patient ne le permet pas, et lorsque le transfert vers un autre service n'est ni possible ni suffisant, la sortie d'un patient peut être décidée par le Directeur, après avis médical, en cas de manquement grave aux dispositions du Code de la santé publique et du présent règlement.
Dans de telles circonstances, la continuité des soins doit être garantie par la mise en place d'une alternative, dont le patient doit être informé.

G. DISPOSITIONS FINANCIÈRES

1. ACTIVITÉ LIBÉRALE AU SEIN DU GHT GPNE

Les praticiens statutaires peuvent être autorisés à exercer, au sein du GHT GPNE, une activité libérale dans les conditions prévues par le Code de la santé publique, sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement des missions de l'établissement et du service public hospitalier.

Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation ainsi que des actes médico-techniques, dès lors que des actes de même nature sont également réalisés au titre de leur activité publique. Dans certaines spécialités, le patient peut être pris en charge, à sa demande expresse et avec l'accord du praticien, dans le cadre d'une activité libérale de ce dernier, lorsque celui-ci y est autorisé conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

Cette prise en charge ne peut résulter que d'un choix libre et éclairé du patient, exprimé en l'absence de toute sollicitation.

Préalablement à ce choix, le patient est informé par le praticien des conditions d'exercice de l'activité libérale, notamment en ce qui concerne les modalités de tarification et les conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Lorsque le patient opte pour une prise en charge au titre de l'activité libérale, un document formalisant ce choix est signé dès son admission par le patient ou, le cas échéant, par son représentant. Un patient ne peut être pris en charge au titre de l'activité libérale s'il n'en a pas exprimé le choix lors de son admission, ni être pris en charge successivement, au cours d'un même séjour, dans les deux secteurs.

Les prestations non médicales relèvent des tarifs applicables au secteur public. En revanche, des honoraires médicaux, fixés par entente directe entre le patient et le praticien, s'y ajoutent.

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Les jours et horaires de consultation ainsi que les honoraires ou fourchettes d'honoraires font l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations relevant de l'activité publique.

2. TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital sont affichés dans la mesure du possible ou consultables auprès de l'Assurance Maladie ; ils correspondent aux tarifs appliqués par les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés avec l'assurance maladie.
Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes sur le site.

Lorsqu'il bénéficie d'un « tiers payant » pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers.

Le service social hospitalier peut intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de ressources suffisantes en s'appuyant sur les aides sociales légales et facultatives.

Lorsque la situation du patient répond aux critères d'éligibilité, la délivrance d'un bon PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) permet d'assurer la prise en charge sans qu'il soit nécessaire de reporter la consultation ou, le cas échéant, l'hospitalisation.

De plus le service social accompagne le patient pour une ouverture de droits (AME, PUMACSS) afin de garantir l'accès aux soins.

3. FRAIS DE SÉJOURS

a. RÉGIMES D'HOSPITALISATION

Le GHT GPNE comporte deux régimes d'hospitalisation : le régime commun et le régime particulier, lequel comprend des chambres à un lit.

Le régime commun ne donne lieu à la facturation d'aucun supplément par rapport au prix de journée et au forfait journalier (sous conditions de prise en charge). Le régime particulier peut donner lieu à la facturation d'un supplément, dit « chambre particulière », aux tarifs arrêtés par le GHT GPNE, pouvant être pris en charge par la complémentaire santé du patient.

Lorsque l'état d'un patient requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

b. TARIFS DES PRESTATIONS

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur.

c. FORFAIT JOURNALIER

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du patient à ses frais de séjour et est dû en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet. Il est décompté par journée civile et non sur une durée de vingt-quatre heures. Le forfait journalier doit être réglé au service des admissions du site le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

d. PAIEMENT DES FRAIS DE SÉJOUR ET PROVISIONS

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat – sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée – d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour.

Lorsque le patient relève d'un régime de sécurité sociale permettant la prise en charge de ses frais, aucun engagement de payer n'est exigé à l'admission. Les frais restant éventuellement à la charge du patient font l'objet d'une facturation ultérieure ou d'un règlement lors de la sortie de l'établissement.

Quel que soit le statut du patient, en cas de reste à charge du patient, le non-paiement des frais de séjour oblige la trésorerie du GHT GPNE à exercer des poursuites contre le patient, ses débiteurs ou les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Le service des admissions peut fournir des précisions sur les règles spécifiques applicables à diverses catégories de patients en matière de prise en charge des frais de séjour.

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturés sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement. La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un patient en fin de vie.

H. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINS PATIENTS

1. LES PATIENTS MINEURS

a. GARDE ET PROTECTION DES MINEURS

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, le GHT GPNE se trouve investi du droit de garde de l'enfant, incluant un devoir de surveillance adapté ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble des besoins de l'enfant et de mettre en œuvre les mesures appropriées qui s'imposent pour sa protection.
En outre, tout membre du personnel qui constaterait qu'un enfant est en danger ou susceptible de l'être est tenu d'en faire le signalement, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment auprès des services de protection de l'enfance et, le cas échéant, du Procureur de la République.

b. CONSULTATIONS POUR MINEURS

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

c. ADMISSION DES PATIENTS MINEURS

Les mineurs âgés de moins de 16 ans doivent être orientés prioritairement dans le service de pédiatrie. Des dérogations peuvent être autorisées par le Directeur général ou son représentant, permettant la dispensation de soins dans un service d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans.
L'admission d'un patient mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale ou par l'autorité judiciaire. Lorsque le mineur se présente seul à l'hôpital, l'établissement doit tout mettre en œuvre pour en informer les titulaires de l'autorité parentale, afin de pouvoir prononcer l'admission, sauf cas d'urgence et situations où le mineur refuse que les titulaires de l'autorité parentale soient informés de son état de santé (cf. Titre IV. D. 4. du présent règlement).
L'admission d'un mineur sans l'autorisation préalable du ou des titulaires de l'autorité parentale n'est possible qu'en application de l'article L.1111-5 du Code de la santé publique. Celui-ci prévoit que, par dérogation aux dispositions du Code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.
Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.
Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur. Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la protection universelle maladie, son seul consentement est requis.

▪ *Mineurs relevant de l'autorité judicaire*

Lorsqu'un mineur a été placé par le juge – statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes régissant l'enfance délinquante – dans un établissement d'éducation ou chez un particulier (« le gardien »), l'admission est prononcée à la demande du directeur de l'établissement d'éducation ou à la demande du gardien.

▪ *Mineurs relevant de l'aide social à l'enfance*

o Situation où les parents sont titulaires de l'autorité parentale : Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents sont titulaires de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des parents. Si les parents ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service de l'aide sociale à l'enfance.

o Situation où les parents ne jouissent pas de l'autorité parentale : Lorsque les enfants bénéficient de l'aide sociale à l'enfance et que les parents ne jouissent plus de l'autorité parentale, l'admission est prononcée à la demande des services de l'aide sociale à l'enfance.

o Situation des pupilles : Lorsque les enfants sont pupilles, le préfet est alors titulaire de l'autorité parentale. C'est alors la délégation territoriale de l'agence régionale de santé qui demande l'admission de l'enfant à l'hôpital.

Pour tous les mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance, le Directeur général ou son représentant adresse, sous pli cacheté, dans les 48 heures suivant l'admission, au service de l'aide sociale à l'enfance, le certificat confidentiel du médecin indiquant le diagnostic et la durée de l'hospitalisation.
En cas d'urgence, le médecin doit donner au patient mineur les soins qui s'imposent. Toutes les mesures utiles sont prises pour que la personne exerçant l'autorité parentale ou un membre de la famille soit informé dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence.
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 tenue informée de l'admission dans les meilleurs délais. Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation.
Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission. Conformément à l'article

L.1111-4 du Code de la santé publique, dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables. En outre, lorsque ce refus ou cette opposition est de nature à mettre gravement en danger la santé ou l'intégrité du mineur, le Directeur général ou son représentant peut saisir le Procureur de la République territorialement compétent, afin que soient prises les mesures appropriées à sa protection.
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.
Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant peuvent 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 peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins.
S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet, et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

2. LES FEMMES ENCEINTES

a. ADMISSION EN MATERNITÉ

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le Directeur général ou son représentant dûment habilité ne peut refuser la demande d'admission:
- D'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- D'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

b. ACCOUCHEMENT SOUS ANONYMAT

Toute femme qui souhaite accoucher dans l'anonymat doit être reçue dans la maternité sans obligation de divulguer son identité. Si la patiente est mineure, l'admission a lieu dans les mêmes conditions : il n'y a pas lieu de solliciter une autorisation parentale de soins, l'identité de la personne ne pouvant pas être recueillie.
Dans tous les cas, aucune pièce d'identité n'est demandée et il n'est procédé à aucune enquête. La mère de naissance peut choisir un à trois prénoms pour l'enfant ; le troisième prénom sert de patronyme à l'état civil. Dans le cas où la mère ne prénomme pas son enfant, seul l'officier d'état civil est habilité à lui attribuer trois prénoms.
Durant le séjour, des informations sont données à la patiente concernant ses droits, notamment le délai de rétractation (deux mois) et les aides existantes (centre parental, aides financières, accueil provisoire).
Des informations sur les conséquences juridiques lui sont également données : l'enfant, après l'accouchement dans l'anonymat, est déclaré pupille de l'État à titre provisoire, et ce pendant le délai de deux mois de rétractation. La patiente peut transmettre son identité, sous pli fermé, qui sera ensuite remis au correspondant du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP). Elle peut également transmettre des objets personnels, tels que des courriers ou des photographies.
Dans l'intérêt de l'enfant qui souhaiterait, à l'âge adulte, effectuer des recherches sur ses origines, il est important de recueillir auprès de la patiente un certain nombre d'informations, dans le respect de l'anonymat, à travers le questionnaire du CNAOP. Ces formalités sont accomplies par le service accueil et adoption du conseil départemental, avisé sous la responsabilité du Directeur ou, à défaut, par l'assistante de service social de l'établissement ou un membre de l'équipe soignante.

c. ADMISSION POUR UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Des interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse.
Pour une femme mineure non émancipée qui désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement afin que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés.
Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche a été réalisée.

Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins liés peuvent être pratiqués à sa demande, sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix.
Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG, mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires. Cette information doit également être donnée en cas d'indisponibilité de places sur le site, en orientant vers d'autres structures environnantes.
L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes de nationalité étrangère dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans condition spécifique de durée ni de régularité du séjour en France.
Toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une IVG, ou les actes ou soins préalables, de quelque manière que ce soit, se rend coupable d'un délit. Lorsque cette infraction est commise, le Directeur général est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave à l'interruption légale de grossesse.
Une interruption de grossesse peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical, dans les conditions légales et réglementaires.

3. AUTRES PATIENTS

a. PATIENTS ÉTRANGERS

Les personnes étrangères sont admises dans l'Etablissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français, à l'exception des modalités de prise en charge financières.

b. MILITAIRES ET VICTIMES DE GUERRE

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont hors les cas d'urgence, admis dans le GHT GPNE sur la demande de l'autorité militaire. A noter que l'admission de militaires en urgence dans un hôpital civil est signalée aux autorités militaires.

c. PATIENTS GARDES À VUE ET DÉTENUS

Les détenus, malades ou blessés, qui ne peuvent être transférés dans un hôpital pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du ministre de la Justice et à la diligence du préfet, admis soit dans le service spécialement aménagé au sein du GHT GPNE, soit dans une chambre ou un local permettant un certain isolement et où la surveillance par un agent pénitentiaire, les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients.
En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle ou préfectorale. Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du ministre de la Justice, prise en application de l'article D.382 du Code de procédure pénale, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier, dans le cadre de l'activité libérale des praticiens, si la surveillance prévue à l'article ci-dessus ne gêne pas les autres patients.
Si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il peut être procédé à son alimentation, mais seulement sur décision et sous surveillance médicale, lorsque ses jours sont en danger. Les agents de l'administration pénitentiaire et les forces de police sont invités à respecter le repos des patients et à exercer leur mission avec discrétion et tact, en tenant compte notamment du travail des personnels hospitaliers.
L'administration pénitentiaire doit être avisée de toute nouvelle affectation des détenus hospitalisés, qu'il s'agisse d'une mutation au sein du GHT GPNE ou d'une évacuation vers un autre hôpital. Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du Code de procédure pénale.
Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police et de gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

d. TOXICOMANES

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans le GHT GPNE pour y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être

levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L.3413-1 à L.3413-3 du Code de la santé publique.

e. PERSONNES VICTIMES DE VIOLENCES

Lorsqu'il ressort qu'une victime de violences, de quelque nature que se soit, se présente au GHT GPNE, les agents assurant sa prise en charge lui proposent de déposer plainte au commissariat de police ou la brigade de gendarmerie, ou au sein du GHT GPNE dès lors que son état ne lui permet pas.

Les forces de l'ordre se déplacent, le cas échéant, dans les meilleurs délais pour recueillir les déclarations de la victime. Le GHT GPNE met à disposition un local dédié respectant les règles de confidentialité afin de recevoir la plainte ou la main courante ou le procès-verbal de renseignement judiciaire de la victime. Il ne communique aucune déclaration de la victime à l'auteur des violences, s'il est présent.

Il appartient aux personnels de santé et aux enquêteurs de s'assurer que la victime se trouve dans les conditions médicales permettant le recueil de sa parole de façon optimale.

Tout membre du personnel constatant ou suspectant des violences est tenu de procéder à un signalement de violences sur personne vulnérable auprès du Procureur de la République ou des services sociaux compétent.

I. DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET DÉCÈS

1. NAISSANCES

Les naissances ayant lieu au sein du GHT GPNE sont déclarées par le père, la mère ou, à défaut, par un agent de l'établissement chargé de l'état civil. Cette déclaration est effectuée, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement. Un document déclaratif est établi à cet effet par le Directeur général ou son représentant dûment habilité, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est transmis par un agent du GHT GPNE à la mairie de la commune où a eu lieu la naissance. Un second exemplaire est inscrit au registre alphabétique des naissances tenu par le GHT GPNE.
Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant les dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants, quelle qu'ait été la durée de la gestation.
S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier d'état civil établit un acte d'enfant sans vie, dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère.
Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse ni les interruptions volontaires de grossesse. La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du GHT GPNE.

2. DÉCÈS

a. ANNONCE ET CONSTAT DU DÉCÈS

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par le médecin responsable. Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du GHT GPNE et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le GHT GPNE d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le GHT GPNE sont à la charge des personnes qui en bénéficient.
Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du groupe hospitalo-universitaire. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens. 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 président du conseil départemental ;
- 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 chez laquelle le mineur à son domicile habituel ;
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- Pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Le décès est ainsi constaté par un médecin dûment habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic et conformément aux dispositions du Code civil. Le certificat de décès est établi sur le site légal https://certdc.inserm.fr/, l'application CertDc (disponible sur smartphones et tablettes) ou, à défaut, sur support papier.

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte chez un patient hospitalisé, le médecin responsable l'indique aux termes du certificat de décès et informe le directeur de l'établissement afin que l'autorité judiciaire en soit dûment avisée.

b. OBJETS ABANDONNÉS OU DEPOSÉS PAR LE DÉFUNT

Deux membres de l'équipe soignante sont chargés d'inventorier tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc., que le patient avait en sa possession. Cet inventaire est inscrit dans le dossier du patient et un registre est tenu par le régisseur. L'inventaire est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) ainsi que par un témoin, puis remis dans les 24 heures au régisseur des dépôts, avec les objets listés, soigneusement enveloppés dans des sacs prévus à cet effet.

Aucun objet ne peut être directement remis aux ayants droit du patient ou à ses proches par le personnel. Le régisseur des dépôts ne prend en charge que les objets de valeur (bijoux, argent, carte bancaire, chéquiers). Ces objets et sommes sont remis au comptable de l'établissement dans un délai de 48 heures ouvrables, qui les restitue ensuite aux ayants droit, sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires.

En cas de non-respect des règles, l'agent engage sa responsabilité ainsi que celle du GHT GPNE. La dévolution de sommes d'argent, objets de valeur, bijoux et autres biens laissés par le défunt est effectuée conformément aux dispositions prévues par le code civil.

Si un dépôt avait été effectué chez le régisseur avec le décès, seul le Trésor Public peut restituer ce dépôt aux héritiers, sur présentation de justificatifs de leurs droits.

Enfin, les effets et objets mobiliers appartenant au patient décédé peuvent être incinérés si la sécurité sanitaire le nécessite, avec la rédaction d'un procès-verbal.

c. DÉPÔT DU CORPS À LA CHAMBRE MORTUAIRE

Lorsqu'un décès est médicalement constaté, une toilette et un habillage du défunt sont réalisés selon le protocole institutionnel.

Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire avant tout transfert, sauf en cas de transport sans mise en bière. Il ne peut être transféré du site hospitalier sans les autorisations légales nécessaires. Dans la mesure du possible, la famille peut accéder au défunt avant que le corps ne soit transféré à la chambre mortuaire. Les familles peuvent également demander à voir le corps à la chambre mortuaire pendant les heures d'ouverture.

Dans ce cas, un espace dédié, garantissant discrétion et recueillement, est aménagé.

Avant toute présentation, le GHT GPNE, et en particulier le personnel de la chambre mortuaire, s'efforce de respecter les souhaits des familles concernant les rites religieux souhaités, après en avoir pris connaissance.

Un règlement spécifique encadre le fonctionnement de la chambre mortuaire et est affiché dans ses locaux pour consultation publique.

d. MISE EN BIÈRE ET TRANSPORT APRÈS MISE EN BIÈRE

En principe, le corps du défunt est mis en bière dans la chambre mortuaire de l'établissement avant d'être transporté pour inhumation ou incinération. Si le défunt porte une prothèse contenant des radioéléments, un médecin procède à son retrait préalable.
La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès, sur présentation du certificat requis, dans le cadre des formalités de déclaration de décès et d'obtention du permis d'inhumer.
Quel que soit le lieu de destination, le transport du corps en cercueil doit être préalablement autorisé par le maire de la commune où la fermeture du cercueil a eu lieu. Si le corps doit être transporté hors du territoire métropolitain, cette autorisation relève du préfet du département concerné.
Ces dispositions (ainsi que celles qui suivent relatives au transport sans mise en bière préalable) s'appliquent également aux enfants nés vivants et viables mais décédés avant la déclaration de naissance. Il s'agit des enfants pour lesquels un acte de naissance et un acte de décès ont été établis simultanément.
Lorsque la famille choisit d'organiser des funérailles, elle peut faire appel à un opérateur funéraire pour les enfants déclarés comme « enfant sans vie » auprès des services de l'état civil. De manière exceptionnelle, si la commune accepte l'inhumation, cette possibilité peut aussi s'appliquer aux enfants mort-nés ne pouvant faire l'objet d'une déclaration auprès de l'état civil.

e. CAS SPÉCIFIQUES DU TRANSPORT SANS MISE EN BIÈRE

i. TRANSPORT SANS MISE EN BIÈRE EN CHAMBRE FUNÉRAIRE

Le transport du corps et son admission en chambre funéraire doivent avoir lieu dans un délai de 48 heures suivant le décès. Une déclaration écrite préalable doit être adressée, par tout moyen, au maire du lieu de dépôt du corps (ou, à Paris, au préfet de police). Cette déclaration doit préciser la date et l'heure prévues de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur habilité en charge du transport, ainsi que les lieux de départ et d'arrivée du corps.

Le transport et l'admission sont effectués sur demande écrite d'une personne ayant qualité pour organiser les funérailles, justifiant de son identité et de son domicile. En outre, le transport et l'admission ne peuvent être réalisés qu'après présentation d'un extrait de décès confirmant l'absence de problème médico-légal et attestant que le défunt n'était pas porteur d'une infection transmissible répertoriée par arrêté du ministère chargé de la santé. Les formalités liées à la déclaration du décès doivent également être préalablement accomplies.

ii. TRANSPORT SANS MISE EN BIÈRE AU DOMICILE DU DÉFUNT OU D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Conformément à la réglementation en vigueur, le corps des personnes décédées dans l'établissement peut être transporté, sans mise en bière à partir de la chambre mortuaire vers le domicile du défunt ou d'un membre de sa famille.
Le transport du corps est subordonné à une déclaration écrite préalable adressée, par tout moyen, au maire du lieu de dépôt (ou, à Paris, au préfet de police). Cette déclaration doit préciser la date et l'heure prévues du transport, le nom et l'adresse de l'opérateur habilité en charge de l'opération, ainsi que les lieux de départ et d'arrivée du corps.
Ce transport doit être effectué dans un délai de 48 heures suivant le décès et nécessite :

- Une demande écrite d'une personne habilitée à organiser les funérailles, accompagnée d'une justification de son identité et de son domicile ;
- Une mention sur le certificat de décès attestant qu'il ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt

n'était atteint d'aucune infection transmissible répertoriée par arrêté du ministère chargé de la santé ;
- L'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où le décès est survenu ou, à défaut, d'un médecin du GHT GPNE ;
- L'accord écrit du Directeur du GHT GPNE ;
- L'accomplissement préalable des formalités légales liées à la déclaration de décès.

Le médecin en charge du patient peut s'opposer au transfert dans les cas suivants :
- Le décès présente un problème médico-légal ;
- L'état du corps ne permet pas un transport sécurisé ;
- Le défunt était atteint d'une maladie contagieuse nécessitant des mesures sanitaires spécifiques définies par arrêté ministériel.

En cas d'opposition, le médecin doit en informer immédiatement, par écrit, la famille ainsi que le Directeur du GHT GPNE. Sauf dérogation justifiée, le transport du corps doit avoir lieu durant les heures d'ouverture de la chambre mortuaire du GHT GPNE.

f. OPÉRATIONS FUNÉRAIRES

Les corps identifiés et réclamés par les familles leur sont restitués, et celles-ci prennent en charge les frais de transport et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix. La commune du lieu de décès met à disposition des familles une liste de régies, entreprises, associations et établissements habilités à assurer les services funéraires. De plus, la liste des chambres funéraires agréées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire et accessible à toute personne en faisant la demande.

Si, dans un délai maximal de 10 jours, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, la commune du lieu de décès ou, le cas échéant, la commune du dernier domicile connu du défunt, compétente pour pourvoir à l'inhumation conformément aux dispositions applicables, prend le relais de la prise en charge des opérations funéraires en tenant compte des éventuelles volontés exprimées par le défunt. A défaut de dispositions connues, les règles applicables à l'inhumation des personnes dépourvues de ressources suffisantes (indigents) sont mises en œuvre. Si le défunt est militaire, l'inhumation est réalisée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les conditions d'accès des familles ainsi que celles des personnels des régies, entreprises et associations habilitées.

TITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

A. PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT

1. DEMANDES D'INFORMATION

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

2. SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients, garantissant le respect de leur vie privée et la confidentialité des informations le concernant. Il s'impose à l'ensemble du personnel, sachant que les informations relatives à un patient pris en charge par une équipe de soins du GHT GPNE sont réputées confiées à l'ensemble de cette équipe. Toute violation du secret professionnel peut entraîner des sanctions disciplinaires et pénales.

Toutefois, l'article 226-13 du Code pénal prévoit des exceptions lorsque la loi impose ou autorise la levée du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- Lorsqu'une personne informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou sévices, y compris les mutilations sexuelles, infligés à un mineur ou à une personne vulnérable incapable de se protéger en raison de son âge ou d'une incapacité physique ou psychique ;
- Lorsqu'un médecin ou un professionnel de santé, avec l'accord de la victime, signale au procureur de la République ou à la cellule de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes des sévices ou privations constatés chez un mineur ou une personne vulnérable. Si la victime est mineure ou incapable de se protéger, son accord n'est pas requis ;
- Lorsqu'un médecin ou un professionnel de santé signale au procureur de la République des violences conjugales mettant en danger immédiat la vie d'une victime majeure, en raison de l'emprise exercée par l'auteur des violences. L'accord de la victime doit être recherché, mais, en cas d'impossibilité, elle doit être informée du signalement ;
- Lorsqu'un professionnel de santé ou de l'action sociale informe le préfet (ou le préfet de police à Paris) du danger que représente une personne détenant ou souhaitant acquérir une arme.

Ces dispositions garantissent la protection des patients tout en permettant, dans certaines situations, la transmission d'informations essentielles pour la prévention et la lutte contre les violences et les dangers graves.

Il ne peut être dérogé au secret professionnel que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi, notamment :

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

3. DEVOIR DE RÉSERVE ET DISCRÉTION PROFESSIONNELLE

Indépendamment du secret professionnel, les personnels du GHT GPNE sont soumis à une obligation de discrétion professionnelle concernant tous les faits et informations dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.
Sauf dans les situations prévues par la réglementation, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, cette obligation ne peut être levée que par décision expresse de l'autorité compétente (chef de service ou, à défaut, administrateur de garde). Elle s'applique en particulier vis-à-vis des journalistes, des agents d'assurance et des démarcheurs.
De plus, le personnel doit respecter un devoir de stricte neutralité dans l'exécution de ses missions. Il doit éviter tout propos, discussion ou comportement excessif ou discourtois susceptible de heurter ou d'incommoder les patients, les visiteurs et leurs collègues.

4. RESPECT DE LA LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET D'OPINION

La liberté de conscience doit être strictement respectée. Il est interdit d'exercer toute forme de propagande ou de pression, quelle qu'en soit la nature, sur les patients et leurs familles.

5. SOLLICITURE ENVERS LES PATIENTS

Les personnels, quels que soient leur grade ou leur fonction, s'efforcent d'assurer au mieux le bien-être physique et moral des patients dont ils ont la charge.

Ils veillent particulièrement à informer les usagers dans les situations d'attente et adoptent, dans l'exercice de leurs fonctions, toutes les mesures nécessaires pour garantir un climat de calme et de sécurité au sein de l'établissement hospitalier.

Le soulagement de la souffrance des patients constitue une priorité constante pour l'ensemble du personnel.

6. ACCUEIL ET LIBRE CHOIX DES FAMILLES

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

7. OBLIGATION DE BIENTRAITANCE

Le personnel du GHT GPNE agit dans l'intérêt du patient, en étant attentif à ses besoins et à ses demandes, tout en respectant ses choix et refus. Ils s'engagent à mettre en œuvre des actions concrètes garantissant l'effectivité des droits du patient et l'amélioration de sa qualité de vie.

Le GHT GPNE veille en permanence à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, quelle qu'elle soit, y compris sous ses formes non intentionnelles ou passives.

La charte de bientraitance du GHT GPNE est annexée au présent règlement.

B. PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

1. OBLIGATION DE DÉSINTÉRESSEMENT

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

2. INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITÉ PRIVÉE LUCRATIVE

Les personnels du GHT GPNE sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls d'activités.

3. INTERDICTION DE BÉNÉFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPÈCES

Il est formellement interdit au personnel du GHT GPNE d'accepter des avantages en nature ou en espèces, de manière directe ou indirecte, de la part d'entreprises fournissant des prestations ou commercialisant des produits financés par les régimes de sécurité sociale obligatoires.

Cependant, cette interdiction ne s'applique pas aux activités de recherche ou d'évaluation scientifique, à condition que les avantages matériels, prévus par une convention, soient accessoires par rapport à l'objectif scientifique et professionnel et qu'ils ne bénéficient qu'aux professionnels directement impliqués.

Les agents ne doivent en aucun cas accepter des avantages en nature ou en espèces, de manière directe ou indirecte, de la part de patients ou de leurs proches en rapport avec l'exercice de leurs fonctions.

4. EXÉCUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES

Tout agent du GHT GPNE, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public (art. L.121-10 du Code général de la fonction publique ; Loi n° 83-634 du 13 juill. 1983, art. 28, al. 1er, phr. 2.).

Il ne peut être dégagé des responsabilités qui lui incombent du fait de la responsabilité propre de ses subordonnés. En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire au 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 obstacle aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

5. ASSIDUITÉ ET PONCTUALITÉ

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein du GHT GPNE avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national et définis par les tableaux de service et les plannings.
Le personnel médical est tenu de répondre aux convocations du service de santé au travail.
La participation de l'ensemble du personnel concerné aux formations relatives à la sécurité et à la radioprotection des travailleurs et des patients est obligatoire.

6. INFORMATION AU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE

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

7. UTILISATION DES VEHICULES DE L'HOPITAL GPNE

Tout agent amené à conduire un véhicule de l'hôpital dans le cadre de ses fonctions doit être en mesure de présenter un permis de conduire à jour. En cas de mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire, l'agent amené à utiliser un véhicule de l'hôpital doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique et cesser toute conduite du véhicule.

En cas d'infraction au Code de la route, l'agent demeure responsable pénalement. En cas d'avis d'infraction, il lui appartient de procéder à la régularisation de la contravention.

En tout état de cause, le directeur du GHT GPNE est tenu de désigner auprès de l'autorité judiciaire l'agent concerné par l'infraction, c'est-à-dire celui qui était conducteur du véhicule au moment des faits, conformément à l'article L121-6 du Code de la route.

8. OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES ACCIDENTS MÉDICAUX, AFFECTIONS IATROGÈNES, INFECTIONS NOSOCOMIALES OU DES ÉVÈNEMENTS INDESIRABLES ASSOCIÉS À DES SOINS OU À UN PRODUIT DE SANTÉ

Tout agent du GHT GPNE qui a constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un évènement indésirable associé à des soins ou à un produit de santé est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés ou le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins pour les EIGS par le biais d'une fiche d'évènement indésirable[1].

9. AUDITION EN JUSTICE OU AUPRÈS DES AUTORITÉS DE POLICE

Tout agent du GHT GPNE appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service doit en aviser immédiatement le Directeur général.

10. BON USAGE DES BIENS ET DU SYSTÈME D'INFORMATION DE L'HÔPITAL GPNE

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le GHT GPNE. Les dégradations volontaires causées par la faute ou la négligence du personnel peuvent conduire le GHT GPNE à en demander la réparation pécuniaire.
Chaque agent, dans le cadre de ses fonctions, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication.
Il doit appliquer les dispositions légales en la matière, en respectant la charte informatique annexée au présent règlement ainsi que les règlements de l'institution. Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.
Le GHT GPNE est doté d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité et de ses responsabilités, notamment exprimée par son logo et sa charte graphique. Sans préjudice des modalités d'identification complémentaires propres aux différentes composantes de l'établissement (instituts, etc.), les personnels sont tenus de veiller en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent.
De façon générale, toute communication extérieure ou événement nécessite la validation préalable du service de communication du GHT GPNE.

11. OBLIGATION DE DÉPOSER LES BIENS CONFIÉS PAR LES PATIENTS OU TROUVÉS DANS L'HOPITAL GPNE

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés exceptionnellement par des patients. Ces biens sont déposés sans délai auprès du régisseur ou, en dehors des heures d'ouverture de la régie, dans un coffre destiné à cet usage. Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au cadre désigné par le Directeur général, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

12. RESPECT DES RÈGLES D'HYGIÈNE OU DE SÉCURITÉ

Les membres du personnel de l'hôpital doivent scrupuleusement respecter les règles d'hygiène et de sécurité pendant l'exercice de leurs fonctions. En particulier, ils doivent suivre les prérequis pour une hygiène des mains optimale, tels que l'interdiction de porter des bijoux (y compris les alliances) au niveau des mains et des poignets, avoir les ongles courts, sans vernis ni faux ongles, et porter des manches courtes.

[1] Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

L'encadrement veille à promouvoir, au sein des services, l'ensemble de ces règles d'hygiène et de protection des patients. Des sanctions disciplinaires peuvent être appliquées en cas d'irrespect répété de ces règles d'hygiène et de sécurité par les agents.

De plus, les agents doivent obligatoirement porter les tenues fournies par le GHT GPNE en présence des patients et respecter l'interdiction de fumer et de vapoter, conformément à l'article 13 du présent règlement (Titre III, B, 13).

Les personnels sont également tenus de participer activement aux mesures de prévention et aux formations spécifiques visant à garantir la sécurité et la qualité des soins au sein du GHT GPNE. Ils doivent se soumettre aux contrôles de santé et aux actions de prévention des risques professionnels organisées sur leur lieu de travail, en fonction de leurs fonctions (visites médicales périodiques, mesures spécifiques liées à certains postes).

13. INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER

Il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans tous les lieux couverts ainsi qu'aux abords des entrées principales accessibles au public des sites du GHT GPNE. Les agents sont tenus de respecter cette interdiction, quel que soit le lieu où ils exercent. Le non-respect de cette interdiction est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à l'égard du personnel ne respectant pas cette règle. Une signalisation apparente au sein de l'établissement rappelle cette interdiction.

14. INTERDICTION DE CONSOMMER DE L'ALCOOL ET DES SUBSTANCES ILLICITES DANS LE CADRE DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL OU SUR LE SITE DE L'HÔPITAL GPNE

Chaque agent de l'établissement est tenu de prendre soin de sa santé, de sa sécurité ainsi que de celle des personnes concernées par ses actes. L'agent public a pour obligation d'exercer ses missions avec dignité, impartialité, intégrité et probité[2].

C'est pourquoi la consommation d'alcool ainsi que de substances illicites est strictement interdite pour tout le personnel de l'établissement sur le lieu et pendant le temps de travail[3].

Tout agent ayant connaissance de la présence, sur le lieu de travail, d'une personne en état d'ébriété ou sous l'emprise de stupéfiants, susceptible de compromettre sa sécurité ou celle d'autrui, est tenu de signaler sans délai à l'encadrement les risques identifiés.

En vertu du pouvoir de police interne du Directeur général et de l'obligation faite à l'employeur d'assurer la sécurité au sein de l'établissement, en cas de trouble du comportement manifeste susceptible de constituer un danger pour l'agent ou pour son environnement de travail, la direction peut, afin de prévenir ou de faire cesser une situation dangereuse, procéder au retrait immédiat de l'agent du service et prononcer sa suspension à titre conservatoire.

Dès lors que la nature du poste occupé par l'agent le justifie, et plus particulièrement lorsque l'agent est en exercice auprès de patients ou qu'il intervient sur des installations techniques nécessaires à la continuité de l'activité, le chef d'établissement, ou son représentant dûment habilité suivant les instructions de l'administrateur de garde ou de la Direction des ressources humaines, peut soumettre l'agent à un éthylotest ou à un test salivaire[4].

En effet, ni l'air expiré issu de l'éthylotest ni le recueil salivaire ne sont considérés comme des échantillons biologiques[5]. Par conséquent, un éthylotest ou un test salivaire peuvent être réalisés par l'employeur[6].

[2] Article L121-1 du Code de la fonction publique.
[3] Article R4228-21 du Code du travail.
[4] Conseil d'Etat, 4ème – 5ème chambres réunies, 05 décembre 2016, n°394178, publié au Recueil Lebon.
[5] Au sens de l'article des dispositions de l'article L. 6211-1 du code de la santé publique et n'est donc pas au nombre des actes qui, en vertu des dispositions de son article L. 6211-7, doivent être réalisés par un biologiste médical ou sous sa responsabilité.
[6] Arrêts de la Cour de Cassation, Chambre sociale, 22 mai 2022, n°99-45878, du 24 février 2004 – n°01-47000, du 31 mars 2015- n°13-25.436.

Lors de la réalisation du dépistage par éthylotest ou par un test salivaire, l'agent concerné peut demander la présence d'un autre agent ou d'un représentant du personnel.

L'agent est orienté par la direction vers la médecine du travail.

Le dépistage doit pouvoir être contesté par l'agent, qui peut demander une contre-expertise afin qu'un nouveau dépistage soit effectué.

Le refus par l'agent de se soumettre à un tel test constitue un manquement au présent règlement, passible de sanction disciplinaire[7].

En tout état de cause, l'état d'ébriété ou la consommation de stupéfiants avérée d'un agent public constitue un manquement à ses obligations professionnelles susceptible de donner lieu à une sanction disciplinaire. Cet état peut notamment être constaté par le résultat du test précité.
L'orientation vers les unités ou services d'addictologie pourra être envisagée à tout moment, indépendamment de toute sanction. Cette démarche s'inscrit dans une politique de prévention spécifique, qui fera l'objet d'une procédure formalisée au sein de l'établissement.

15. EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE

Une tenue correcte, tant dans l'habillement (tenues et accessoires) que dans le comportement et le langage, est exigée de l'ensemble des agents du GHT GPNE, dans le respect dû aux patients, aux usagers et au bon fonctionnement du service public hospitalier.
Les tenues et accessoires portés par les agents doivent être conformes aux exigences de neutralité, de laïcité, de sécurité, d'hygiène et de bon fonctionnement du service.
L'encadrement médical, paramédical, administratif et technique est tenu de faire respecter ces règles au sein des services placés sous leur responsabilité.
En effet, la tenue constitue un élément essentiel du respect dû aux patients, au regard de la qualité de la prise en charge et de la prévention des risques. Elle permet également l'identification claire du professionnel intervenant auprès d'eux. Les tenues fournies par le GHT GPNE sont adaptées aux différents emplois, secteurs d'activité et zones de risques identifiées (bloc opératoire, thérapie cellulaire, réanimations, urgences gynéco-obstétriques et bloc d'accouchement, stérilisation, restauration, SAMU, etc.).
Les agents sont tenus de porter ces tenues pendant toute la durée de leur service, en respectant scrupuleusement les circuits définis pour leur utilisation. Cette obligation s'applique à l'ensemble du personnel soumis au port d'une tenue professionnelle. Le port des équipements de protection individuelle est obligatoire chaque fois que l'activité l'exige.
Pour des raisons de sécurité et d'hygiène, il est formellement interdit de porter :
- Les tenues professionnelles spécifiques aux zones de risques en dehors des services concernés ;
- Les tenues professionnelles à l'extérieur du GHT GPNE ou pour se rendre au self hospitalier.

La « coiffe » (charlotte, bonnet, cagoule ou calot) doit être portée exclusivement, pour des raisons d'hygiène visant à prévenir le risque infectieux, dans les services qui l'exigent.
À titre exceptionnel, le port du calot peut être autorisé ponctuellement, sur instruction expresse et préalable de l'encadrement, lorsque la nature d'un acte de soins le justifie. Cette autorisation est strictement limitée à la durée nécessaire à la réalisation de cet acte.
Toute utilisation du calot en dehors des conditions prévues au présent article est prohibée, notamment lorsqu'elle est susceptible de porter atteinte aux exigences de neutralité, de sécurité, d'hygiène ou au bon fonctionnement du service public hospitalier.

16. UTILISATION D'OBJETS CONNECTÉS

L'utilisation du téléphone portable personnel (ou de la tablette) est autorisée uniquement en mode silencieux. Son usage doit être limité et discret afin de respecter l'environnement de travail et de ne pas déranger les patients.
L'utilisation, par le personnel du GHT GPNE, de matériel audio (type écouteurs) ou de tout autre objet connecté, à des fins autres que professionnelles, pendant le service, est interdite dès lors qu'elle nuit au bon fonctionnement du service, à la sécurité des professionnels et des usagers ou à l'image du GHT GPNE.

[7] Cour administrative d'appel de Nantes, 3e chambre, du 30 décembre 1996, 95NT00311, inédit au recueil Lebon.

17. IDENTIFICATION AUPRÈS DES INTERLOCUTEURS

Afin d'être facilement identifiables, les personnels et prestataires du GHT GPNE sont tenus de porter, de manière visible, dans l'exercice de leurs fonctions, un badge ou tout autre moyen d'identification mentionnant au minimum leur prénom et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles.

18. UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX ET RESPECT DU DROIT À L'IMAGE

Tout professionnel du GHT GPNE qui s'exprime sur les réseaux sociaux, même sous pseudonyme, doit conserver une attitude professionnelle et respecter les règles suivantes : distinguer sa vie privée de sa fonction professionnelle, respecter le secret médical et le secret professionnel, ne pas tenir de propos portant atteinte à l'image ou aux intérêts de l'établissement, y compris indirectement, et respecter le droit à l'image.
À titre de principe, il est rappelé à toute personne publiant un message sur internet ou sur les réseaux sociaux :

- Qu'elle est responsable des informations produites et publiées et qu'elle doit répondre des infractions qui pourraient en découler ;
- Que toute publication de l'image d'un tiers (professionnels, usagers, patients) sur un réseau social ou sur internet doit faire l'objet d'une autorisation écrite de diffusion émanant de la personne concernée, conformément au droit à l'image ;
- Que si la liberté d'expression s'applique, elle ne doit pas faire l'objet d'un abus, notamment en cas de propos injurieux, diffamatoires ou excessifs.

Par ailleurs, il est rappelé que le secret médical ainsi que le secret professionnel doivent être respectés sur internet et les réseaux sociaux. Tout agent manquant à ses obligations professionnelles (droit de réserve, devoir d'obéissance hiérarchique, atteinte à l'image du GHT GPNE, non-respect du secret professionnel ou du secret médical, etc.) encourt des sanctions disciplinaires et pénales, y compris pour des propos publiés sur les réseaux sociaux.
Ces consignes s'appliquent également aux comptes personnels des agents.
En outre, il est formellement interdit de capter l'image de toute personne (patients, visiteurs, autres professionnels hospitaliers, etc.) sans l'autorisation expresse de la personne concernée ou de son représentant légal. La diffusion d'images ou de vidéos doit également faire l'objet d'une autorisation expresse, libre et éclairée de la personne concernée, quel que soit le support de diffusion (site internet, réseaux sociaux, forums de discussion, messagerie, etc.).
La personne peut déterminer les modalités d'utilisation de son image, notamment en choisissant le mode de diffusion ainsi que le caractère public ou non de celle-ci.
La captation ou la diffusion de l'image d'une personne sans son accord est susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de son auteur.
La charte relative au bon usage des réseaux sociaux est annexée au présent règlement.

C. DROITS DU PERSONNEL

1. LIBERTÉ D'OPINION – NON-DISCRIMINATION

La liberté d'opinion est garantie aux agents du GHT GPNE. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou non-appartenance, réelle ou supposée, à une ethnie ou à une race.

Toutefois, des distinctions peuvent être opérées afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leur sexe. La carrière d'un fonctionnaire candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de sa campagne électorale ou de son mandat.

De même, la carrière des agents siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

2. PROTECTION CONTRE LE HARCÈLEMENT

La carrière de l'agent ne peut en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il a subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, a tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires ayant relaté ces faits ou en ayant témoigné sont également protégés.

Aucun agent ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

3. LIBERTÉ D'EXPRESSION, NEUTRALITÉ ET LAÏCITÉ

La liberté d'expression est garantie aux agents, dans le respect, d'une part, de l'obligation de stricte neutralité et, d'autre part, du devoir de réserve.

Les personnels sont soumis à un devoir de stricte neutralité. Conformément au principe de laïcité, ils ne peuvent manifester leurs convictions religieuses dans l'exercice de leurs fonctions, notamment par le port de signes ostensibles.

4. LIBERTÉ SYNDICALE – DROIT DE GRÈVE

Le droit syndical est garanti aux agents. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats, dans le cadre fixé au niveau institutionnel.

Les organisations syndicales assurent la défense des intérêts collectifs et individuels de leurs membres. L'activité syndicale doit se concilier avec le fonctionnement du GHT GPNE et permettre d'assurer en toutes circonstances les soins et la sécurité des patients.

Chaque agent peut s'affilier à l'organisation syndicale de son choix, participer à la vie de son syndicat et bénéficier, pendant son temps de travail, d'une heure mensuelle d'information organisée par une organisation syndicale représentative, sous réserve du bon fonctionnement du service. L'activité syndicale doit se dérouler en dehors de la présence des patients et des lieux accessibles au public.

Toute activité politique est interdite dans l'enceinte du GHT GPNE. Les fonctionnaires et agents exercent leur droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent. Toutefois, afin de préserver le principe de continuité du service public, le Directeur général a la responsabilité d'assurer un service minimum, le cas échéant par un système d'assignation des personnels.

5. PROTECTION ORGANISÉE ET DROIT DE RETRAIT DES FONCTIONNAIRES

Les fonctionnaires 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 fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, le GHT GPNE doit, sous réserve de certaines conditions et dans la mesure où aucune faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions ne lui est imputable, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

Le GHT GPNE est tenu de protéger les fonctionnaires 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.

Les agents du GHT GPNE disposent du droit de retrait dans le cadre d'une situation de travail dont ils ont un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger. Les agents sont tenus d'en

informer immédiatement leur hiérarchie, oralement ou par écrit. Lorsque ce droit est exprimé oralement, il appartient au supérieur hiérarchique d'en assurer la retranscription dans son rapport.

Les agents disposent alors du droit de se retirer de certaines tâches ou de leur lieu d'exercice, ce qui n'implique pas l'arrêt de tout travail effectif.

L'agent faisant usage de son droit de retrait reste à la disposition de l'administration, qui procède immédiatement à une enquête afin de constater la réalité de la situation de danger et de prendre les mesures nécessaires pour la faire cesser.

L'agent faisant usage de son droit de retrait ne peut quitter l'établissement sans autorisation préalable de la direction.

6. DROIT D'ACCÈS À SON DOSSIER ADMINISTRATIF

Tout fonctionnaire a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines.

7. DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

Au sein du GHT GPNE, les diverses dispositions relatives au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées dans un vade-mecum disponible auprès de la Direction des ressources humaines. Ce guide est également accessible sur la plateforme en ligne du temps de travail.

Le guide du temps de travail est également disponible auprès de l'encadrement des services.

8. HYGIÈNE ET SÉCURITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents durant leur travail.

9. DROIT À LA FORMATION

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux agents, selon les conditions et modalités définies par décret.

Ceux-ci peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers. Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par ces statuts, tout agent bénéficie chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation.

Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent, en accord avec son administration, qui prend en charge les frais de formation. Les actions de formation suivies au titre du droit individuel à la formation peuvent avoir lieu, en tout ou partie, en dehors du temps de travail. Dans ce cas, les agents bénéficiaires perçoivent une allocation de formation.

Les agents peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois.

TITRE IV. DROITS DU PATIENT, INFORMATION ET SOINS

A. GESTION DES RÉCLAMATIONS

Toute personne admise au sein du GHT GPNE, ou son représentant légal, ou, en cas de décès, ses ayants droit, peut faire part au Directeur général du GHT GPNE de ses observations et de ses réclamations.
Les griefs peuvent être exprimés par voie écrite ou orale. Le service clientèle de la Direction des affaires juridiques, de la clientèle, de la recherche et de l'innovation (DAJC) du GHT GPNE accuse réception, pour le Directeur général du GHT GPNE, des observations et réclamations présentées par écrit, et offre à toute personne ne pouvant s'exprimer qu'oralement la possibilité de voir sa réclamation consignée par écrit, avec délivrance d'une copie.
Le Directeur général ou son représentant est tenu de fournir les explications sollicitées, de répondre aux observations et réclamations formulées et de faire connaître les voies de recours ouvertes.

1. LA RÉCLAMATION ORALE

Le service clientèle de la Direction des affaires juridiques et de la clientèle reçoit les réclamations orales du patient ou de ses proches, par téléphone ou lors d'une visite. Le chargé des relations avec les usagers enregistre la réclamation et y apporte une réponse.

2. LA RÉCLAMATION ÉCRITE À CARACTÈRE NON INDEMNITAIRE

Le service clientèle de la DAJC est saisi d'une réclamation simple par laquelle le patient ou ses proches contestent un manquement relatif au respect des droits des usagers. La réclamation est instruite par le service clientèle de la DAJC, qui diligente une enquête auprès du service concerné afin d'apporter une réponse la plus complète possible au demandeur.

3. LA RÉCLAMATION ÉCRITE À CARACTÈRE INDEMNITAIRE EN CAS DE DOMMAGE MATÉRIEL OU CORPOREL

En cas de dommage matériel, le Directeur général du GHT GPNE est saisi d'une réclamation à caractère indemnitaire (demande d'indemnisation à la suite d'un dommage matériel : perte d'effets personnels, perte de prothèses auditives ou dentaires, etc.). La réclamation est instruite par le service clientèle de la DAJC, qui déclare le sinistre auprès de l'assureur en responsabilité civile.
En parallèle, le chargé des relations avec les usagers informe le service concerné de la réclamation et sollicite du chef de service un rapport circonstancié. Les éléments nécessaires sont transmis à l'assureur afin de lui permettre de statuer sur la demande d'indemnisation.
En cas de dommage corporel ou de bris dentaire, le Directeur général du GHT GPNE est saisi d'une réclamation à caractère indemnitaire (demande d'indemnisation à la suite d'un dommage corporel), qui peut prendre la forme :
- D'un courrier du patient, de son représentant ou, en cas de décès, de ses ayants droit ;
- D'une saisine de la Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) ;
- D'une requête (y compris en référé) devant le tribunal administratif territorialement compétent ;
- D'une assignation (y compris en référé) devant le tribunal judiciaire territorialement compétent.

La réclamation est instruite par le chargé des relations avec les usagers, qui déclare le sinistre auprès de l'assureur en responsabilité civile. Celui-ci peut désigner un médecin-conseil et un expert afin d'étudier le dossier médical du patient, sous réserve de son accord écrit.
En parallèle, le chargé des relations avec les usagers informe le service concerné de la réclamation et sollicite du chef de service un rapport circonstancié. Les éléments nécessaires sont transmis à l'assureur afin de lui permettre de statuer sur la demande d'indemnisation.

4. LA RÉCLAMATION PORTANT SUR LA FACTURATION

Le Directeur général du GHT GPNE est saisi d'une réclamation relative à un avis de sommes à payer. Cette contestation est traitée par les services émetteurs, qui y apportent une réponse. Les voies de recours sont indiquées sur les avis de sommes à payer.

5. MÉDIATION

a. Le rôle du médiateur

Le GHT GPNE dispose d'un médiateur médical (et de son suppléant), compétent pour connaître les plaintes et réclamations mettant en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, ainsi que d'un médiateur non médical (et de son suppléant), compétent pour connaître les plaintes et réclamations mettant en cause l'organisation des soins paramédicaux.

b. Modalités de saisie

Le médiateur peut être saisi soit par l'usager lui-même, soit par le Directeur général ou son représentant, qui en informe le patient. Lorsque le médiateur souhaite consulter le dossier médical du patient, il doit obtenir l'accord de ce dernier, de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

Si la réclamation est formulée alors que l'usager est hospitalisé, son audition doit avoir lieu, dans la mesure du possible, avant sa sortie de l'hôpital (Art. R.1112-93 du Code de la santé publique).

Le médiateur saisi rencontre l'usager dans un délai de huit jours, sauf impossibilité pour celui-ci, et adresse le compte rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants au président de la Commission des usagers du site concerné. Ce dernier transmet sans délai le compte rendu du médiateur aux membres de la commission ainsi qu'à l'usager. La commission formule des recommandations visant à régler le litige ou émet un avis de classement.

Dans les huit jours suivant la séance, le Directeur général ou son représentant répond au plaignant en y joignant l'avis de la CDU. Les réclamations sont anonymisées et présentées régulièrement aux représentants des usagers afin qu'ils puissent en prendre connaissance et adresser au coordinateur des relations avec les usagers leurs observations, propositions d'actions d'amélioration et le suivi de la réponse institutionnelle.

B. CONSENTEMENT ET REFUS DE SOINS

1. DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être toute personne majeure qui est d'accord pour assumer cette mission (conjoint, concubin, parent, enfant, proche, traitant...). Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir. Sa mission ne concerne que la santé du patient.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance peut prendre connaissance d'éléments du dossier médical du patient en sa présence. Cependant, elle n'a pas accès à l'information en dehors de sa présence et ne devra pas divulguer des informations sans son accord.

La personne de confiance sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne de confiance est le référent de l'équipe médico-soignante lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements. Elle rend compte de la volonté du patient. Elle n'exprime pas ses propres souhaits, mais rapporte ceux du patient. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Elle n'a pas la responsabilité de prendre des décisions concernant les traitements du patient, mais doit témoigner de ses souhaits, volontés et convictions.

Si le patient a rédigé ses directives anticipées et les a confiées à la personne de confiance, celle-ci les transmet au médecin qui suit le patient. A défaut, la personne de confiance peut indiquer où elles sont rangées ou qui les détient, si elle en a connaissance. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

2. DÉSIGNATION DE LA PERSONNE À PRÉVENIR

Dès son admission, le patient est invité à désigner une personne à prévenir, qui pourra, en tant que de besoin, lui apporter son concours, notamment pour ses formalités administratives, lui apporter ses effets personnels, son courrier ou encore contacter sa famille.
Les informations pouvant être communiquées à la personne à prévenir sont limitées et ne peuvent en aucun cas relever du champ des informations couvertes par le secret médical et professionnel.

3. RÉDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées » dans le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie, notamment en ce qui concerne les conditions de limitation ou d'arrêt des traitements.
À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.
Le GHT GPNE met à disposition un formulaire accessible dans le livret d'accueil. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation, ou lorsqu'elles apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.
La décision de refus d'application des directives anticipées, lorsqu'elles sont jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.
Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients ainsi que les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Celles-ci sont notamment conservées dans un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.
Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille, s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. Les directives anticipées constituent un document écrit, daté et signé par leur auteur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.
Toutefois, lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.
Ces témoins indiquent leur nom et leur qualité, et leur attestation est jointe aux directives anticipées.
Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, lors de leur insertion dans le dossier médical, une attestation constatant que celui-ci est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il a reçu toutes les informations appropriées. Les directives anticipées constituent l'expression de la volonté du patient. Ce n'est qu'en leur absence qu'il est fait appel au témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, à tout autre témoignage de la famille ou des proches.

4. DROIT À L'INFORMATION

Chaque personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Ce droit à l'information incombe à tout professionnel de santé, dans la limite de son champ de compétences. Il porte sur l'état de santé, la nature, l'utilité et l'urgence des actes et des traitements médicaux, ainsi que sur leurs conséquences et les risques qu'ils peuvent comporter, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, au regard de l'état présent du patient et de ses antécédents.

Toutefois, le patient a le droit d'exprimer le souhait de ne pas être informé, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque. Par ailleurs, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peut dispenser le professionnel de santé de délivrer cette information.

Le patient est associé aux choix thérapeutiques le concernant. L'information doit être loyale, claire, accessible et appropriée.

Le patient qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à une activité de soins, ou son représentant légal, doit être informé des circonstances et des causes de ce dommage. Par ailleurs, toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées la concernant, détenues par l'hôpital, à l'exclusion de celles concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique.

Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour le patient hospitalisé et sont conservées conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et des dossiers, conformément notamment aux dispositions relatives aux traitements informatiques ainsi qu'aux obligations de secret et de discrétion professionnelle. En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) doivent être informées, par tous moyens appropriés, du nom des médecins et des autres professionnels appelés à leur dispenser des soins.

Toute personne a également droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein de l'hôpital à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. En chirurgie esthétique, un devis détaillé doit lui être remis.

Cette information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet destinés à l'information du public.

5. L'ENTRETIEN INDIVIDUEL

L'information sur l'état de santé du patient doit lui être délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles. Un nouvel entretien doit être organisé, éventuellement après la sortie du patient, lorsque des risques jusqu'alors inconnus sont identifiés postérieurement aux actes réalisés.

Le patient peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. En cas de risque pour la santé publique ou la santé d'une personne, et s'il apparaît que cette information n'a pas été réalisée, les pouvoirs publics peuvent mettre en demeure l'hôpital de la réaliser.

6. DROIT AU CONSENTEMENT

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé. Aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient, garant de son autonomie dans la relation de soins.

Pour consentir de manière éclairée, le patient doit avoir reçu toutes les informations lui permettant de prendre sa décision. Le consentement concerne un acte déterminé et doit être renouvelé pour chaque acte.

Le consentement doit être libre autrement dit le patient prend seul sa décision et doit être éclairé ainsi le patient doit être préalablement informé et un délai raisonnable de réflexion est laissé à celui-ci pour lui permettre de prendre une décision.

Le consentement doit être donné oralement à l'exception des actes de recherche de biomédicale, du don et de l'utilisation des produits du corps humain, de l'examen des caractéristiques génétiques du patient et de la collecte de sang humain, le consentement sera donné par écrit.

Le consentement est révocable à tout moment ainsi le patient peut le retirer dès qu'il le souhaite.
Il peut être dérogé au principe du consentement en cas d'urgence médicale ou d'impossibilité de recueillir le consentement car le patient est hors d'exprimer sa volonté, le médecin dispense alors les soins qu'il estime nécessaire dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient ensuite informé les accompagnants et l'un des proches du patient.

En cas d'urgence, les soins priment.

7. REFUS DE SOINS DU PATIENT MAJEUR

Sous réserve des dispositions prévues aux Titres II.F.3. et II.H.1., et à l'exception des mineurs, des personnes admises en soins psychiatriques sous contrainte pour troubles mentaux, des majeurs protégés et des détenus, les patients peuvent, à leur demande, quitter le GHT GPNE.

Cependant, si le médecin responsable considère que cette sortie est prématurée et qu'elle présente un risque pour la santé du patient, celle-ci est alors réalisée conformément aux procédures prévues au Titre II.F.3. du présent règlement. Le médecin doit néanmoins respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix, notamment lorsque ceux-ci sont susceptibles de compromettre gravement sa santé.

La sortie est prononcée après la signature, par le patient, d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui.

Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin attestant de la bonne foi et de la qualité des explications fournies par les soignants. Ce témoin peut être un agent de l'hôpital. Le médecin en informe immédiatement le Directeur général du GHT GPNE.

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

C. ACCÈS AU DOSSIER MEDICAL

1. LE CONTENU DU DOSSIER MÉDICAL

Un dossier médical est établi pour chaque patient pris en charge au sein du GHT GPNE, conformément aux dispositions de l'article R.1112-2 du Code de la santé publique. Les dossiers médicaux sont conservés dans le respect de la réglementation applicable aux archives hospitalières. En toute hypothèse, le Directeur général s'assure de la mise en œuvre des mesures nécessaires afin d'en garantir la conservation dans les délais légaux.
Le dossier médical contient les informations recueillies lors des consultations externes dispensées au sein de l'établissement, lors de l'accueil aux urgences ou au moment de l'admission, ainsi qu'au cours du séjour hospitalier (la lettre du médecin à l'origine de la consultation ou de l'admission ; le dossier d'anesthésie ; le compte rendu opératoire ; le compte rendu d'accouchement ; le dossier de soins infirmiers ; les motifs de l'hospitalisation ; la nature des soins dispensés ; les prescriptions établies lors des consultations externes…), ainsi que les informations établies à la fin du séjour (le compte rendu d'hospitalisation ; le double des ordonnances de sortie ; les modalités de sortie…).

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique, ainsi que les notes personnelles manuscrites des professionnels de santé.

2. LES MODALITÉS D'ACCÈS

a. PERSONNES AYANT ACCÈS AU DOSSIER MEDICAL

Dans le cas d'un patient majeur : le patient lui-même ; le tuteur, si le patient est majeur sous tutelle (une personne sous curatelle peut consulter elle-même son dossier) ; le médecin éventuellement désigné par le patient.

Dans le cas d'un patient mineur : son représentant légal, sauf si le mineur s'oppose expressément à la consultation de son dossier médical par le ou les titulaires de l'autorité parentale, afin de préserver le secret sur son état de santé, conformément aux dispositions de l'article L.1111-5 du Code de la santé publique.

Dans le cas d'un patient décédé : les héritiers et ayants droit, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant. Ces demandeurs doivent indiquer le motif de leur demande, leur droit d'accès étant limité aux informations nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits. Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à cet objectif.

Ne sont pas autorisés à accéder au dossier médical : le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité non désigné comme légataire à titre universel, la personne de confiance (sauf si elle a la qualité d'ayant droit), la personne à prévenir, le curateur, le médecin-conseil d'une assurance privée.

b. PREUVE DE L'IDENTITÉ

Si la demande émane du patient lui-même, il convient de lui demander la photocopie recto verso de sa pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour).

Si la demande émane du titulaire de l'autorité parentale, il convient de demander la photocopie de la pièce d'identité de ce dernier, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du mineur (si celui-ci en possède une), ainsi que la photocopie intégrale du livret de famille. En cas de séparation, il convient de demander le jugement relatif au maintien de l'autorité parentale.

Si la demande émane d'une personne mandatée, il convient de demander la photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du mandataire, ainsi qu'un mandat dûment rédigé, daté et signé par le patient.

Si la demande émane du tuteur, il convient de demander la photocopie recto verso de la pièce d'identité du tuteur, la photocopie recto verso de la pièce d'identité du patient, ainsi que la photocopie du jugement de mise sous tutelle.

Si la demande émane d'un médecin (notamment les médecins experts et les médecins du travail), l'accord écrit du patient doit être préalablement recueilli, ainsi que la photocopie recto verso de la pièce d'identité du demandeur.

c. LE DÉLAI DE TRANSMISSION

Le délai de transmission du dossier médical est de 8 jours lorsque les informations contenues dans celui-ci datent de moins de 5 ans. Toutefois, ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations datent de plus de 5 ans.

Les délais de conservation sont précisés au point 3. de la présente sous-section.

3. LES MODALITÉS DE RETRAIT

Le demandeur a la possibilité de retirer sur place la copie de son dossier médical auprès du service clientèle de la DAJC, sur rendez-vous, ou de la recevoir à son domicile (les frais d'envoi restant à sa charge).

La consultation du dossier sur place nécessite la prise d'un rendez-vous avec le service de soins concerné et s'effectue en présence d'un professionnel de santé du GHT GPNE.

Les frais de délivrance et d'acheminement des copies sont à la charge du demandeur. En cas de règlement, l'envoi est effectué en recommandé avec accusé de réception ; à défaut de règlement, l'envoi est effectué par courrier simple.

4. LE DÉLAI DE CONSERVATION ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Le délai de conservation des dossiers médicaux est de 20 ans à compter de la dernière hospitalisation ou consultation au sein du GHT GPNE.

Toutefois :
- En cas de décès du patient moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier médical est conservé pendant 10 ans à compter de la date du décès ;
- En cas de minorité du patient, le dossier médical est conservé pendant 10 ans à compter de sa majorité, soit jusqu'à son 28e anniversaire ;
- En cas de transfusion sanguine, le dossier médical est conservé pendant 30 ans ;
- En cas d'activités de collecte, le dossier médical est conservé pendant 15 ans ;
- En cas d'affection de nature héréditaire ou génétique, le dossier médical est conservé sans limitation de durée ;

En cas de recours ou de contentieux, ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale du GHT GPNE ou des professionnels de santé intervenant en son sein.
S'agissant de ses données personnelles, le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition. Il peut définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données après son décès, en s'adressant à tout moment, par courrier, au directeur du GHT GPNE ou au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@ght-gpne.fr.

Dans le cadre de la recherche dans le domaine de la santé, les personnes concernées peuvent également exercer leurs droits auprès des professionnels de santé qui les prennent en charge.

5. L'IMAGERIE MÉDICALE

L'imagerie médicale fait réglementairement partie des éléments constitutifs du dossier médical et est archivée sur un PACS (Picture Archiving and Communication System). Dans le respect des dispositions précédentes, des reproductions des clichés antérieurs essentiels figurant dans le dossier médical sont délivrées au patient qui en fait la demande.

Les images archivées sur le PACS sont également disponibles sur demande. Elles sont alors éditées sur support papier ou gravées sur un CD (à la charge du patient). Les examens d'imagerie médicale réalisés à la demande d'un médecin extérieur sont accessibles à ce dernier via une plateforme sécurisée et un code d'accès.

6. LA SAISIE JUDICIAIRE DU DOSSIER MÉDICAL

Le GHT GPNE ainsi que ses professionnels de santé peuvent être confrontés à des demandes émanant des services de police sollicitant, dans le cadre d'une enquête, l'accès aux informations médicales concernant un patient.

La saisie judiciaire nécessite la réception d'une réquisition dûment remplie et signée par les autorités de police compétentes. Il convient de vérifier que le tampon officiel (Marianne) est apposé et lisible, que la date est exacte et que la demande de saisie est claire et explicite.

La saisie judiciaire du dossier médical s'effectue exclusivement selon la procédure prévue par le Conseil de l'Ordre des médecins, en présence d'un de ses membres, d'un responsable de chaque service concerné, d'un représentant de l'administration ainsi que des autorités de police.

Le jour de la saisie, les autorités de police doivent être munies de la réquisition originale. Le représentant du Conseil de l'Ordre classe et dénombre les copies du dossier médical afin que l'expert puisse en constater l'intégralité.

Parallèlement, les autorités de police rédigent un procès-verbal (PV), signé par l'ensemble des personnes présentes lors de la saisie, sur lequel sont précisées la date et l'heure de celle-ci.

Une fois le procès-verbal signé et les copies dénombrées, les autorités de police procèdent à la mise sous scellés fermés des copies du dossier médical. La signature de chacune des personnes présentes est apposée sur la fiche de scellés.

L'original du dossier médical est saisi par les autorités de police ; il est donc nécessaire d'en conserver une copie.

La réquisition originale est conservée avec le dossier dupliqué. Une photocopie de la réquisition est remise au(x) secrétariat(s) du ou des service(s) concerné(s) et une autre est conservée par le représentant de l'administration.

7. LA COMMISSION D'ACCÈS AUX DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (CADA)

En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la personne référente désignée au sein du GHT GPNE ou la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.).

D. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX PATIENTS MINEURS

1. LE DROIT A L'INFORMATION DU PATIENT MINEUR

Lorsqu'un patient mineur est hospitalisé, l'information la plus complète possible est délivrée aux titulaires de l'autorité parentale par tout professionnel de santé afin de leur permettre de prendre une décision éclairée. Par ailleurs, l'enfant reçoit une information claire, adaptée à son degré de maturité, afin de comprendre les actes et traitements qui lui sont proposés. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même de manière claire et adaptée.

Toutefois, le mineur hospitalisé peut consentir seul à des soins nécessaires à la sauvegarde de sa santé. Cela implique la possibilité pour lui d'opposer expressément le secret à ses parents. Le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition.

Les autres dispositions relatives au droit à l'information et à ses modalités d'exercice s'appliquent au mineur, sous les réserves suivantes :

- L'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner, lors des entretiens et dans ses démarches, par une personne majeure de son choix ;
- Si le mineur accepte l'accès aux éléments de son dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger que cet accès s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin.

2. LE DROIT AU CONSENTEMENT DU PATIENT MINEUR

Lorsqu'un enfant mineur est hospitalisé, les titulaires de l'autorité parentale disposent du droit de consentir aux soins le concernant, quelle que soit leur situation juridique (mariés, pacsés, en union libre, divorcés ou séparés).

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché lorsqu'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans ce cadre, le médecin lui délivre une information portant sur son état de santé, en fonction de son âge et de son degré de maturité.

Le consentement des titulaires de l'autorité parentale est requis avant chaque acte médical. Lorsqu'un seul des deux parents est présent, la présomption de consentement de l'autre s'applique.

Les actes de soins courants (actes usuels) nécessitent l'accord de l'un des deux titulaires de l'autorité parentale, chacun des parents étant réputé agir avec l'accord de l'autre. À l'inverse, les actes lourds et invasifs (actes non usuels), comportant des risques pour l'enfant, requièrent le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale.

Dans le cas où un seul des parents est présent (lorsque la filiation n'a été établie qu'à l'égard d'un seul parent ou lorsqu'un des parents est décédé), ce parent exerce seul l'autorité parentale ; son seul consentement est alors requis pour les actes non usuels.

En cas d'urgence médicale, l'autorisation préalable du ou des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requise. Les actes médicaux indispensables doivent être réalisés.

Le consentement est donné oralement, sauf en cas d'intervention chirurgicale, pour laquelle une autorisation écrite d'opérer doit être signée par les deux parents.

Toutefois, s'il apparaît que cette autorisation ne peut être obtenue en raison d'un éloignement ou pour toute autre cause, les titulaires de l'autorité parentale sont invités, dès l'admission du mineur, à signer cette autorisation.

3. LE REFUS DE SOINS DU PATIENT MINEUR

En principe, l'acceptation ou le refus des soins doivent être exprimés par les titulaires de l'autorité parentale. En cas de refus de signer l'autorisation d'opérer ou si le consentement des titulaires de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucun acte invasif, sauf en cas d'urgence médicalement constatée ou de risque de conséquences graves pour la santé du mineur justifiant la délivrance des soins indispensables par le médecin.

Si le refus de soins émane du mineur mais que ses parents y sont favorables, le consentement des titulaires de l'autorité parentale prévaut. En revanche, si le refus de soins émane des parents, le médecin met tout en œuvre pour les convaincre. Si ces derniers maintiennent leur opposition et que ce refus ne met pas en cause de manière significative l'état de santé du mineur, le médecin ne peut aller à l'encontre de cette opposition.

En revanche, dans le cas où le refus entraîne des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.
En cas de refus de soins du mineur, lorsque le pronostic vital est engagé, le médecin prend, en conscience, les décisions nécessaires et, s'il y a lieu, accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur, proportionné à son état.

4. MINEURS REFUSANT L'INFORMATION DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Un mineur peut refuser que le ou les titulaires de l'autorité parentale soient informés de son état de santé dans les cas suivants :

- L'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder sa santé et le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de préserver le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Si le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ;

- Lorsque les liens familiaux du mineur sont rompus et qu'il bénéficie, à titre personnel, du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité ainsi que de la couverture complémentaire prévue par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle.

5. L'ACCÈS DU MINEUR À SON DOSSIER MÉDICAL

Pour le patient mineur et s'il le désire, ce dernier peut interdire la communication de son dossier médical à ses parents ou demander à ce qu'ils ne puissent le consulter qu'en présence d'un médecin.

E. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX MAJEURS PROTÉGÉS

1. LE DROIT À L'INFORMATION DU MAJEUR PROTÉGÉ

a. PATIENT SOUS TUTELLE

En principe, le dossier médical ne peut être communiqué à la personne sous tutelle. Celle-ci peut toutefois y accéder avec l'accord de son tuteur ou en sa présence. Ce dernier, quant à lui, peut accéder à l'ensemble des informations relatives à la santé de la personne protégée. Néanmoins, en fonction de sa capacité de discernement, le majeur sous tutelle a le droit de recevoir une information sur sa situation médicale.
Si le tuteur en fait la demande, les documents lui sont communiqués au plus tard dans un délai de huit jours suivant sa demande et au plus tôt après l'expiration d'un délai de réflexion de quarante-huit heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.
Une fois que le tuteur a accès aux informations relatives à la santé de la personne protégée, il est tenu de respecter le secret médical. Il lui est donc interdit de divulguer à des tiers toute information relative à l'état de santé de la personne sous tutelle.

b. PATIENT SOUS CURATELLE OU SAUVEGARDE DE JUSTICE

La personne protégée reçoit elle-même l'information et consent seule aux actes médicaux la concernant.

Son curateur ne peut pas intervenir ; il peut uniquement la conseiller. Le curateur n'a pas le droit d'accéder au dossier médical de la personne sous curatelle. S'il en a besoin, la personne protégée doit lui délivrer un mandat en ce sens.

Si la mesure de protection prévoit une assistance aux décisions personnelles, le curateur doit cosigner la demande d'accès au dossier médical formulée par le majeur protégé. Toutefois, le curateur ne peut pas effectuer lui-même cette demande.

2. LE DROIT AU CONSENTEMENT DU MAJEUR PROTÉGÉ

a. PATIENT SOUS TUTELLE

Si son état le permet, la personne protégée peut prendre seule les décisions médicales la concernant.
Si son état ne le permet pas, il appartient soit au juge des contentieux de la protection, soit au conseil de famille, s'il a été constitué, de prévoir qu'elle bénéficiera de l'assistance d'un tuteur, pour l'ensemble des actes concernant sa personne ou pour certains actes seulement.
Lorsque cette assistance ne suffit pas, le juge peut autoriser le tuteur à représenter l'intéressé, y compris pour les actes ayant pour effet de porter gravement atteinte à son intégrité corporelle, tels que les interventions chirurgicales. En cas de désaccord entre la personne protégée et son tuteur, le juge peut autoriser l'un ou l'autre à prendre la décision, à leur demande ou d'office.

Hors situation d'urgence, le tuteur ne peut, sans l'autorisation du juge des contentieux de la protection (ou du conseil de famille, s'il a été constitué), prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à

l'intimité de la vie privée de la personne protégée. Il s'agit, par exemple, de la stérilisation à visée contraceptive ou de l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

b. PATIENT SOUS CURATELLE OU SAUVEGARDE DE JUSTICE

Si son état le permet, la personne protégée peut prendre seule les décisions médicales la concernant.

Si son état ne le permet pas, le juge des contentieux de la protection peut décider qu'elle bénéficie de l'assistance d'un curateur pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou pour certains actes seulement.

Hors situation d'urgence, le curateur ne peut, sans l'autorisation du juge des contentieux de la protection, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée. Il s'agit, par exemple, d'interventions chirurgicales.

F. INFORMATIONS ET SOINS

1. RELATIONS AVEC LES PROCHES ET AYANTS DROIT

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

Avec l'accord du patient et dans le but de lui apporter un soutien, des informations d'ordre médical, telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie, peuvent être communiquées aux membres de la famille par les médecins, dans les conditions et limites définies par le Code de la santé publique et le Code de déontologie médicale.

De même, des renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, sauf opposition de la part du patient.

Si le patient majeur a désigné une « personne de confiance » et dans la mesure où il se trouve hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication.

Sur demande écrite, les ayants droit d'un patient décédé peuvent, notamment en accédant aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur sont nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne de son vivant. Ils doivent, par ailleurs, être informés des circonstances et des causes d'un dommage imputable à l'activité de soins, si la personne décédée en a été victime ou est susceptible de l'avoir été.

2. RELATIONS AVEC LES MÉDECINS TRAITANTS

L'hôpital est tenu d'informer, par courrier, le médecin traitant de l'admission du patient, ainsi que du service dans lequel celle-ci a lieu. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à manifester par écrit son souhait d'être informé de l'état de ce dernier.

À la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre résumant les observations faites, les traitements effectués ainsi que, le cas échéant, la thérapeutique à poursuivre est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, à la demande de celui-ci, au praticien qu'il a désigné ou à la personne titulaire de l'autorité parentale qu'il a désignée. Dans ce cas, les informations sont transmises par voie postale dans un délai maximal de huit jours suivant la sortie du patient. Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du patient.

Le médecin traitant peut, après accord du chef de service concerné, du médecin réalisant l'acte et du patient ou de ses représentants légaux, assister aux actes médicaux à caractère invasif que le patient subit au cours de son hospitalisation.

3. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX PATIENTS EN FIN DE VIE

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un patient en fin de vie qu'en lui administrant un traitement susceptible d'avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer le patient, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un proche. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Le patient n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments relatifs à son état de santé et, en conséquence, du pronostic le concernant.

4. TRAITEMENT SUR LES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du patient font, pour la plupart, l'objet de traitements informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers.

Le GHT GPNE veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires relatives à la conservation sur support informatique des informations médicales et à leur transmission par voie électronique entre professionnels, afin d'en garantir la confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour objet d'assurer le respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification pour le patient, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, concernant les informations nominatives le concernant et contenues dans un traitement informatique. La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est l'autorité compétente chargée de veiller au respect de ces dispositions.

Le GHT GPNE dispose d'un délégué à la protection des données (DPO), chargé d'établir un diagnostic sur l'utilisation et le traitement des données personnelles, conformément au règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, dit « règlement général sur la protection des données (RGPD) ».

Chaque agent doit se conformer aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17) ainsi qu'au règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 (règlement (UE) 2016/679 – RGPD).

Il est, par conséquent, interdit aux professionnels du GHT GPNE :
- De réaliser des traitements de données personnelles illégitimes ou illicites (notamment des données relatives aux convictions religieuses ou politiques des patients, à leur origine ethnique ou à leur orientation sexuelle) ;
- D'utiliser des données auxquelles ils ont accès à des fins autres que celles prévues dans le cadre de leurs attributions ;
- De divulguer ces données à des personnes autres que celles dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication ;
- D'effectuer des copies de ces données, sauf lorsque cela est nécessaire à l'exécution de leurs fonctions.

Les professionnels du GHT GPNE doivent :
- Prendre toutes les mesures conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de leurs attributions afin d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse de ces données ;
- Prendre toutes les précautions conformes aux usages et à l'état de l'art pour préserver la sécurité physique et logique de ces données et, à ce titre, se conformer à la charte d'usage du système d'information annexée ;
- S'assurer, dans la limite de leurs attributions, que seuls des moyens de communication sécurisés et mis à disposition par le GHT GPNE sont utilisés pour le transfert de ces données ;
- Signaler au délégué à la protection des données (dpo@ght-gpne.fr), ainsi qu'au service informatique interne, toute violation ou tentative de violation, notamment de leur compte informatique, et, de manière générale, tout dysfonctionnement relatif à l'usage des données à caractère personnel.

Il est porté à la connaissance des agents que toute violation des présentes dispositions les expose à des sanctions disciplinaires et pénales, conformément à la réglementation en vigueur, notamment au regard des articles 226-16 à 226-24 du Code pénal.

G. DON DU SANG ET RECHERCHE BIOMÉDICALE

1. DON DU SANG

À l'occasion de leur passage ou de leur séjour au sein de l'établissement, les personnes peuvent se proposer pour donner leur sang afin de contribuer à répondre aux besoins transfusionnels, dans le cadre d'une collecte de sang organisée par l'Établissement français du sang (EFS) au sein du GHT GPNE.
Le don de sang ou de ses composants doit être volontaire, bénévole et anonyme, et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin de l'Établissement français du sang. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ou indirecte.
Le prélèvement est réalisé par l'Établissement français du sang, sous sa responsabilité.

2. TRANSFUSIONS SANGUINES

L'administration de produits sanguins est réalisée à partir de produits validés fournis par l'Établissement français du sang (EFS).

Pour certaines interventions chirurgicales programmées, les patients peuvent, le cas échéant, faire prélever leur propre sang en vue d'une autotransfusion.

Au cours de son séjour hospitalier, avant l'administration d'un produit sanguin labile, le patient ou son représentant légal est informé par écrit, chaque fois que cela est possible.

Un suivi transfusionnel est recommandé pour tout patient transfusé.

3. SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

Les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires sont réalisées préalablement à toute administration de produits sanguins. L'hôpital établit, pour chaque patient bénéficiant d'une transfusion, un dossier transfusionnel classé dans le dossier médical de l'intéressé.

Si une pathologie susceptible d'être liée à une transfusion apparaît, le correspondant d'hémovigilance du GHT GPNE informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'Établissement français du sang (EFS) fournisseur. Le patient est tenu informé de la situation.

4. PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMÉDICALES

Les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à d'autres personnes volontaires de participer à une recherche biomédicale, dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires visant à protéger les personnes.

Avant de réaliser une recherche impliquant la personne humaine, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un Comité de protection des personnes (CPP).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucun essai ou expérimentation ne peut être mené sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprès de la personne concernée. Cet accord est consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne de manière complète et précise, selon les modalités prévues par la loi.

Toute personne (ou son représentant légal) est libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à une recherche biomédicale. Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement pour les mineurs, les majeurs protégés ou les personnes hors d'état d'exprimer leur consentement, ainsi que pour les femmes enceintes, parturientes ou allaitantes.

Les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé.

Avant le début d'une recherche, la direction du GHT GPNE doit être informée de la nature et des modalités de celle-ci et avoir donné son accord. Une procédure particulière s'applique lorsque le GHT GPNE est sollicité en qualité de promoteur du projet.

H. DONS ET PRÉLÈVEMENTS D'AUTRES ÉLÉMENTS ET PRODUITS DU CORPS

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

- Consentement : le consentement du donneur vivant est obligatoire ; l'absence d'opposition du donneur potentiel décédé doit être recherchée ;
- Gratuité : aucun paiement ne peut être versé ; les frais inhérents au prélèvement sont pris en charge, conformément à la réglementation ;
- Anonymat : sauf en cas de nécessité thérapeutique, l'identité du donneur et celle du receveur ne doivent pas être communiquées ;
- Sécurité sanitaire : une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont réalisés.

Aucun acte médical relatif au prélèvement ou à la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être réalisé dans le cadre d'une activité libérale.

2. PRÉLÈVEMENTS SUR UN PATIENT VIVANT

a. DONS D'ORGANES

Pour les personnes majeures et capables, les prélèvements peuvent intervenir sous réserve de présenter un intérêt thérapeutique direct pour le receveur et après recueil du consentement libre et éclairé du donneur.

Ce consentement doit être exprimé devant le tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par celui-ci. Il est révocable sans forme, à tout moment.

Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère, de conjoint, de frère ou sœur, de fils ou fille, de grand-parent, d'oncle ou tante, de cousin germain, ou être le conjoint du père ou de la mère du receveur. Par dérogation et sur autorisation d'un comité d'experts, il peut également s'agir d'une personne ayant avec le receveur un lien étroit et stable ou apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans.

Le prélèvement est interdit sur un mineur ou un majeur sous tutelle, sauf en ce qui concerne la moelle osseuse au bénéfice d'un frère ou d'une sœur ou, à défaut et à titre exceptionnel, d'autres personnes ayant l'un des liens de parenté légalement prévus, et sous réserve du consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal. Ce consentement est exprimé devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par celui-ci, avec constat de l'absence de refus du mineur.

b. PRÉLÈVEMENTS DE TISSUS ET CELLULES LORS D'OPÉRATIONS

Ces prélèvements peuvent être réalisés dans un but thérapeutique ou scientifique, et uniquement sur un majeur capable. Lorsqu'un résidu opératoire est conservé à des fins thérapeutiques, il est nécessaire d'informer le donneur des contraintes relatives aux contrôles sérologiques imposés par l'utilisation de ces éléments.

3. PRÉLÈVEMENTS SUR UN PATIENT DÉCÉDÉ

Sauf pour les mineurs et les majeurs bénéficiant de mesures de protection judiciaire, la règle du consentement présumé, selon laquelle chaque individu est considéré comme un donneur potentiel, s'applique.

Cependant, la volonté du défunt doit être recherchée, notamment par la consultation du Registre national des refus et auprès de son entourage, sauf en cas d'autopsie médico-légale.

Les mêmes démarches s'imposent pour les autopsies médicales visant à établir un diagnostic sur les causes du décès.

TITRE V. DISPOSITIONS FINALES

A. PROCÉDURE D'ADOPTION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Conformément au Code de la santé publique, le règlement intérieur est arrêté par le directeur général du GHT GPNE, après avis du conseil de surveillance, concertation avec le directoire, consultation de la commission médicale d'établissement et du comité social d'établissement, ainsi qu'information de la CSIRMT.

La décision adoptant le règlement intérieur devient exécutoire dès sa réception par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS). Celui-ci dispose d'un délai de deux mois, à compter de cette réception, pour la déférer devant le tribunal administratif compétent, dans le cadre du contrôle de légalité.

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

B. PROCÉDURE DE MODIFICATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le présent règlement intérieur est révisé en tant que de besoin, selon les mêmes modalités et procédures que celles mentionnées ci-dessus.

À l'exception des modifications se limitant à la prise en compte des évolutions législatives et réglementaires, qui font l'objet d'une information du CSE, de la CME ainsi que de la CSIRMT, les modifications apportées au règlement intérieur sont adoptées selon les mêmes formes et procédures que celles prévues à l'article précédent.

Références

Titre I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

A. LE GHT GPNE

- Arrêté n° DOS – 2025/4623 portant fusion-absorption du CHIRB, du GHILRM et du CHIAG, renommés GHT GPNE en date du 19 novembre 2025

B. DIRECTIONS ET INSTANCES

- Article L.6141-7-1 du Code de la santé publique
- Articles L.6143-1 et suivants du Code de la santé publique
- Article L.6143-7 du Code de la santé publique
- Articles L.6143-7-5 du Code de la santé publique
- Articles L.6144-1 et 2 du Code de la santé publique
- Article R.1112-81 du Code de la santé publique
- Articles R.6143-1 et suivants du Code de la santé publique
- Articles R.6144-1 et suivants du Code de la santé publique
- Articles R.6146-10 et suivants du Code de la santé publique

- Décret n°2021-1570 du 03 décembre 2021

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

- Protocole de fonctionnement du GHT GPNE

- Règlement intérieur du Conseil de Surveillance
- Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement et de site
- Règlement intérieur de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- Règlement intérieur du Comité Social d'Etablissement

C. ORGANISATIONS DES SOINS

- Article L.6146-1 du Code de la santé publique
- Article D.6146-1 du Code de la santé publique
- Articles R.6146-2 à R. 6146-3 du Code de la santé publique
- Articles R.6146-4 à R.6146-6 du Code de la santé publique
- Article R.6146-8 à R.6146-9-1 du Code de la santé publique
- Article R.6152-8 à R.6152-9 du Code de la santé publique
- Article R.6152-11 du Code de la santé publique
- Article 195 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements de santé et d'hébergement pour personne âgées dépendantes, modifié

- Décret n°2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé

D. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ ET L'HYGIÈNE

1. SÉCURITÉ GÉNÉRALE

- Article 81 du Code civil
- Article 122-5, 122-6 et 122-7 du Code pénal – légitime défense ou état de nécessité
- Article 223-6 du Code pénal – obligation d'assistance aux personnes en péril

- Article 40 du Code de procédure pénale
- Article 73 du Code de procédure pénale – crime ou délit flagrant
- Article 74 du Code de procédure pénale
- Article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

- Circulaire interministérielle N° DGOS/RH4/DGCS/DGAFP/2024/3 du 29 mai 2024 relative à la protection fonctionnelle des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière
- Circulaire DHOS/SDE/E1 n°2005-226 du 13 mai 2005 relative aux modalités de signalement aux services de police ou de gendarmerie des personnes hospitalisées non identifiées ou décédées en milieu hospitalier dans l'anonymat

- Lettre DH-AF1 n°316 du 2 juin 1998 relative à l'intervention des services de police dans un établissement public de santé

- Loi du 12 juillet 1983 modifiée
- Loi Informatique et Libertés

- Règlement (UE) 2016-679 sur la protection des données (« RGPD »)

2. SÉCURITÉ DE FONCTIONNEMMENT

- Articles L.4161-1 et suivants du Code du travail
- Articles L.4141-2 et suivants du Code du travail
- Article L.4612-1 et L.4612-16 du Code du travail
- Article R.123-51 du Code de la construction et de l'habitation
- Article L.3511-7 du Code de la santé publique
- Articles R.6511-1 à R.6511-8 du Code de la santé publique

- Article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application dans les services de l'Etat et les établissements publics qui en relèvent de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, prévue par le Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006
- Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé
- Circulaire DGS/MC2 n°2008-292 du 17 septembre 2008 relative aux modalités d'application de la seconde phase de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif
- Circulaire DGS/MC2 n°2007-370 du 9 octobre 2007 relative à l'entrée en vigueur de la seconde phase de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif

- Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

3. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT AUTOMOBILE

- Article L.625-12 du Code de la route
- Article R.325-47 et suivants du Code de la route
- Article 122-7 du Code pénal
- Article L.6148-1 du Code de la santé publique
- Article L.6148-21 du Code de la santé publique

- Circulaire n°2719 du 17 novembre 1977 relative à la circulation et au stationnement des véhicules automobiles à l'intérieur des établissements d'hospitalisation publics

- Décret n°72-824 du 6 septembre 1972

E. AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ (PROCÉDURE QUALITÉ ET DÉMARCHE DE CERTIFICATION)

TITRE II. CONSULTATIONS, ADMISSION, SÉJOUR ET SORTIE DU PATIENT

A. L'ACCÈS AUX SOINS

- Article L.1110-8 du Code de la santé publique
- Article L.6112-6 du Code de la santé publique
- Article 175 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Circulaire DGC n°2007-430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

B. ACCUEIL, CONSULTATION ET SOINS EXTERNES

- Article L.1111-6 du Code de la santé publique
- Article L.1112-1 du Code de la santé publique
- Article L.6112-1 à L.6112-3 du Code de la santé publique
- Article R.1112-11 du Code de la santé publique

- Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

C. ACCUEIL ET ADMISSION EN HOSPITALISATION

- Article L.1112-2 du Code de la santé publique
- Article R.1112-24 du Code de la santé publique
- Article R.1112-25 du Code de la santé publique
- Article R.1112-41 du Code de la santé publique

- Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

D. ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE

- Article L.3131-7 du Code de la santé publique
- Article R.1112-13 du Code de la santé publique
- Article R.1112-15 du Code de la santé publique
- Article R.3131-4 et suivants du Code de la santé publique
- Article R.4127-9 du Code de la santé publique

- Circulaire n°335 du 31 mars 1988 relative à l'intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate d'un établissement de soins publics ou privé
- Circulaire n°2006-401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis
- Circulaire DGCS/1AS/2010/375 du 15 octobre 2010 relative aux mesures hivernales

E. CONDITIONS DE SÉJOUR DU PATIENT

- Article L.1113-3 du Code de la santé publique
- Article R.1113-3 du Code de la santé publique
- Article R.1113-5 du Code de la santé publique
- Article R.1112-49 du Code de la santé publique
- Article R.1112-58 du Code de la santé publique

- Circulaire interministérielle du 27 mai 1994 relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et des établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, en application de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993

- Instruction DGFIP (section gestion comptable public n°14-005) du 7 février 2015 relative « aux modalités de gestion par les comptables publics des fonds et dépôts des personnes soignées ou hébergées en établissement public sanitaire »

F. SORTIE DU PATIENT

- Article R.1112-49 à R.1112-58 du Code de la santé publique

G. DISPOSITIONS FINANCIÈRES

- Article L.6154-1 à L.6154-7 du Code de la santé publique
- Article L.1111-3 du Code de la santé publique
- Article L.1111-3-2 du Code de la santé publique
- Article 138 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Ordonnance n°2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicale hospitalières

H. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINS PATIENTS

- Article L.1110-6 du Code de la santé publique
- Article L.1111-4 du Code de la santé publique
- Articles L.1111-5 et article L.1111-5-1 du Code de la santé publique
- Article L.2212-4 du Code de la santé publique
- Article L.2212-7 du Code de la santé publique
- Article L.3211-10 du Code de la santé publique
- Article R.1112-27 du Code de la santé publique
- Article R.1112-28 du Code de la santé publique
- Article R.1112-34 du Code de la santé publique
- Article R.1112-36 du Code de la santé publique
- Article R.1112-57 du Code de la santé publique
- Article R.1112-64 du Code de la santé publique
- Article 7 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016
- Article 127 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Circulaire n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SDIC/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

- Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques
- Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine

- Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse

I. DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET AU DÈCES

1. NAISSANCES

- Article 55 et suivants du Code civil
- Art. 79-1 du Code civil

- Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

- Circulaire interministérielle DGC L.DACS/ DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 1 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus

- Décret nº 2008- 800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'Art. 79-1 du Code civil

- Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle

2. DÉCÈS

- Article R.1112-16 du Code de la santé publique
- Article R.1112-68 du Code de la santé publique
- Article R.1112-69 du Code de la santé publique
- Article R. 1112-71 du Code de la santé publique
- Article R.1112-72 et suivants du Code de la santé publique
- Article R.1112-73 du Code de la santé publique
- Article R.1112-75 du Code de la santé publique
- Article L.1113-6 du Code de la santé publique
- Article L.1113-7 du Code de la santé publique
- Article L.2223-39 du Code de la santé publique
- Article L.6111-5 du Code de la santé publique
- Article L.6145-12 du Code de la santé publique
- Articles R.2213-7 à R.2213 du Code général des collectivités territoriales
- Article R.2213-13 du Code général des collectivités territoriales
- Article R.2213-15 à R.2213-29 du Code général des collectivités territoriales
- Article R.2223-71 du Code général des collectivités territoriales
- Article R.2223-93 du Code général des collectivités territoriales
- Article 79-1 du Code civil
- Article 80 du Code civil
- Article 81 du Code civil
- Article 909 et 910 du Code civil

- Décret n°2013-938 du 18 octobre 2013
- Décret n°2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires R.2223-76 du Code général des collectivités territoriales
- Décret n°2022-719 du 27 avril 2022

- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A nº 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- Circulaire interministérielle DGC L.DACS/ DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 1 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus

- Loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles
- Loi nº 93-23 du 8 janvier 1993 modifiant le titre VI du livre III du Code des communes et relative à la législation dans le domaine funéraire

TITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

A. PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT

- Article L.1110-4 du Code de la santé publique
- Article L.1431-2 du Code de la santé publique
- Article L.3113-1 du Code de la santé publique
- Article L.2132-1 et suivants du Code de la santé publique
- Article L.3212-1 du Code de la santé publique
- Article L.3212-4 du Code de la santé publique
- Article R.1110-1 du Code de la santé publique
- Article R.1112-7 du Code de la santé publique
- Articles 226-13 et 226-14 du Code pénal
- Article 40 du Code de procédure pénale
- Articles 55 et 78 du Code civil
- Articles L.441-6, L.461-5 et L.461-6 du Code de la sécurité sociale
- Articles 26 et 27 de la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- Article 96 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Circulaire nº 1796 du 20 avril 1973 relative au secret professionnel dans les établissements d'hospitalisation publics
- Circulaire DHOS/DGS/SD1B/SD1C/SD4A nº 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

- Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

B. PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

- Article L.4612-1 du Code de la santé publique
- Article L.6112-1 du Code de la santé publique
- Article L.6111-2 du Code de la santé publique
- Article R.1112-42 du Code de la santé publique
- Article R.1112-51 du Code de la santé publique
- Article R.1113-2 du Code de la santé publique
- Article R.1221-49 et suivants du Code de la santé publique
- Article R.5212-4 du Code de la santé publique
- Article R.6134-4 du Code de la santé publique
- Articles 25, 28 et 47 de la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- Article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Décret n°2021-1802 du 23 décembre 2021
- Décret nº 2006-99 du 1er février 2006 relatif à l'établissement français du sang et à l'hémovigilance et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)

- Loi n°2021-1109 du 24 août 2021

C. DROITS DU PERSONNEL

- Article L.6144-6 du Code de la santé publique
- Articles 96, 97 et 98 de la loi nº 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

- Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi nº 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

TITRE IV. DROITS DU PATIENT, INFORMATION ET SOINS

A. GESTION DES RÉCLAMATIONS

- Article L. 1142-4 du Code de la santé publique
- Article L. 1142-5 et suivants du Code de la santé publique
- Article L. 1112-3 du Code de la santé publique
- Article L.1114-1 du Code de la santé publique
- Articles R. 1112-79 à R. 1112-94 du Code de la santé publique
- Article R. 1112-82 du Code de la santé publique
- Article R. 1112-79 et suivants du Code de la santé publique
- Article 183 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

B. CONSENTEMENT ET REFUS DE SOINS

- Article L.1110-5 du Code de la santé publique
- Article L.1110-8 et suivants du Code de la santé publique
- Article L.1111-4 et suivants du Code de la santé publique
- Article R.1112-62 du Code de la santé publique
- Article R.1112-35 du Code de la santé publique
- Article 8 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016
- Article 175 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- Loi n°2016-87 du 2 février 2016

C. ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

- Article L. 1110-4 du Code de la santé publique
- Article R.1112-2 du Code de la santé publique
- Article R. 1112-2 et suivants du Code de la santé publique
- Article L. 1111-7 du Code de la santé publique
- Article L. 1111-18 du Code de la santé publique
- Article 189 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

D. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX PATIENTS MINEURS

- Article L.1110-6 du Code de la santé publique
- Article R. 1112-34 du Code de la santé publique

- Circulaire nº 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/ SD1C/SD4A nº 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

E. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AUX MAJEURS PROTÉGÉS

- Article L.1111-2 du Code de la santé publique
- Article L.1111-4 du Code de la santé publique
- Article 459 du Code civil
- Article 459-1 du Code civil

- Loi n°2007-308 du 5 mars 2007

F. INFORMATIONS ET SOINS

- Article L.1111-2 et suivants du Code de la santé publique
- Article L.1111-6 du Code de la santé publique
- Article R.1112-42 du Code de la santé publique
- Article R.1112-6 du Code de la santé publique

G. DON DU SANG ET RECHERCHE BIOMÉDICALE

H. DONS ET PRÉLÈVEMENTS D'AUTRES ÉLÉMENTS ET PRODUITS DU CORPS

TITRE V. DISPOSITIONS FINALES

A. PROCÉDURE D'ADOPTION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

- Article L. 6143-7 du Code de la santé publique
- Article L. 6143-4 du Code de la santé publique

B. PROCÉDURE DE MODIFICATION DE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Annexes

- Annexe 1 – Règlement intérieur de la CME GHT GPNE
- Annexe 2 – Règlement intérieur CSIRMT
- Annexe 3 – Règlement intérieur CSE FSSSCT GHT GPNE
- Annexe 4 – Règlement intérieur des CDU GHT GPNE
- Annexe 5 – Note sur le conseil de surveillance de site
- Annexe 6 – Charte de bientraitance GHT GPNE
- Annexe 7 – Charte de bon usage informatique
- Annexe 8 – Charte relative à l'utilisation de l'intelligence artificielle
- Annexe 9 – Charte relative au bon usage des réseaux sociaux

Groupement Hospitalier de Territoire
Grand Paris Nord-Est
Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil

REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DES ETABLISSEMENTS REGROUPES DU GHT GRAND PARIS NORD-EST

Article 1 – Composition 3
Article 2 – Collèges 4
Article 3 – Attributions de la commission médicale d'établissement 5
Article 4 – Réunion et convocation 7
Article 5 – Secrétariat de la commission 7
Article 6 – Séances de la CME 7
Article 7 – Bureau de CME 8
Article 8 – Sous-commissions 8
Article 9 – Quorum et Vote 12
Article 10 – Révision du règlement intérieur 13
Article 11 – Désignation 13
Article 12 – Démission d'un membre titulaire ou cession d'appartenance à un collège 13
Article 13 – Convocation et organisation des élections 14
Article 14 – Déroulement des élections 14
Article 15 – Conditions pour être électeur 14
Article 16 – Conditions pour être éligibles 14
Article 17 – Affichage 15
Article 18 – Candidatures 15
Article 19 – Matériel et conditions de vote 15
Article 20 – Proclamation des résultats 15
Article 21 – Elections partielles 16
Article 22 – Election du président et des vice-présidents 16
Article 23 – Temps consacré et durée du mandat 17
Article 24 – Formation du président 17
Article 25 – Les vice-présidents 17
Article 26 – Fin de fonction 18
COMMISSIONS MEDICALES LOCALES 19

PROJET

COMPOSITION DE LA COMMISSION

Article 1 – Composition

La CME est composée de la manière suivante :

- **Sont membres de droit** : l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement[1] ;

- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles[2] ;

- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;

- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;

- Des représentants élus des sages-femmes ;

- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie ;

- Des représentants des étudiants hospitaliers 2ème cycle « externes ».

En outre, assistent à la Commission médicale d'établissement avec voix consultative :

- Le président du directoire ou son représentant ;

- Le président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ;

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

- Le représentant du Comité technique d'établissement (CTE)[3], élu en son sein ;

- Le praticien responsable du Département d'information médicale (DIM) de territoire[4] ;

- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;

- Le praticien responsable de la qualité (CGRAS).

[1] Sur le GHT, il s'agit actuellement des chefs de département
[2] Les chefs de pôle de site actuels peuvent se présenter dans le collège 1, s'ils sont chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle (UF), ou 2
[3] Le CTE n'existe plus mais l'article R6144-3 du code de la santé publique définissant la composition de la CME CSP n'a pas été modifié, il s'agit aujourd'hui du Comité social d'établissement (CSE)
[4]

Les présidents des Commissions médicales locales élus sont membres de droit de la Commission médicale d'établissement.

Article 2 – Collèges

La répartition et le nombre de sièges au sein de la Commission sont déterminés de la manière suivante :

REPRESENTANTS DES COLLEGES	AULNAY		MONTFERMEIL		MONTREUIL		CME FUSION	
	NOMBRE DE SIEGES		NOMBRE DE SIEGES		NOMBRE DE SIEGES		TOTAL MEMBRES TITULAIRES	TOTAL MEMBRES SUPPLEANTS
	TITULAIRES	SUPPLEANTS	TITULAIRES	SUPPLEANTS	TITULAIRES	SUPPLEANTS		
MEMBRES DE DROIT CHEFS DE POLE (=CHEFS DE DEPARTEMENT)	5		4		5		14	
Collège 1 – ELUS RESP DE STRUCTURE	12	12	12	12	12	12	36	36
Collège 2 – ELUS PRATICIENS HOSPITALIERS	12	12	12	12	12	12	36	36
Collège 3 – ELUS PERSONNELS TEMPORAIRES OU NON TITULAIRES ET PERSONNELS CONTRACTUELS (Assistants – P. Attachés – P. Contractuels)	1	1	1	1	1	1	3	3
Collège 4 – ELUS SAGES-FEMMES	1	1	1	1	1	1	3	3
Collège 5 – Représentants des internes	1	1	1	1	2	2	4	4
Collège 6 – Représentants des externes	1	1	1	1	1	1	3	3
TOTAL CME	33	28	32	28	34	29	**99**	**85**

Pour les membres de droit, la répartition des sièges par site est susceptible d'évoluer, en cas de changement de chef de département ou de nouvelle nomination.

PROJET

ATTRIBUTIONS

Article 3 – Attributions de la commission médicale d'établissement

1. Attributions générales

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, la Commission médicale d'établissement est **consultée** sur les matières suivantes :

- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 (projet d'établissement, convention avec le CHU, compte financier, rapport annuel, règlement intérieur…) ;

- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;

- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

- L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143- et notamment la gestion des pôles multi-sites ;

- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;

- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) ;

- Le projet médical de l'établissement ;

- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;

- La politique de recherche clinique et d'innovation de l'établissement ;

- La politique d'accueil et de formation des étudiants et des internes ;

- La politique de recrutement des emplois médicaux sur le plan stratégique ;

- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

- La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 (mise en œuvre du service public hospitalier) ;

- Le plan de développement professionnel continu (DPC) relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques sur le plan stratégique ;

- Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre ;

- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;

- Le règlement intérieur de l'établissement.

PROJET

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, la Commission médicale d'établissement est **informée** sur les matières suivantes :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;

- Les contrats de pôles ;

- Le bilan annuel des tableaux de service ;

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

2. Attributions dans le domaine de l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La Commission médicale d'établissement **contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,** notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;

- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

- La prise en charge de la douleur.

La Commission médicale d'établissement **contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,** notamment :

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;

- L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;

- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;

- Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;

- L'organisation des parcours de soins.

La Commission médicale d'établissement **propose au directeur le programme d'actions** mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme **prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables**. Il comprend les actions nécessaires **pour répondre aux recommandations du rapport de certification** et mettre en

PROJET

œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement **en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité**. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

Elle élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

FONCTIONNEMENT

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

Article 4 – Réunion et convocation

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

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

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

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

Article 5 – Secrétariat de la commission

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

Article 6 – Séances de la CME

Les membres de la CME s'engagent à participer aux séances avec assiduité et régularité. Ils ont un devoir d'information aux électeurs et praticiens, mais aussi de discrétion professionnelle au regard des informations présentant un caractère confidentiel.

PROJET

Le président dirige les débats et le déroulé de la séance. Il peut prendre toute disposition utile pour assurer le bon ordre et la discipline lors des séances.

La CME siège en formation plénière. Elle peut être amenée à siéger en formation restreinte dans le cas de dispositions relatives aux statuts des personnels médicaux. Dans ce cas, si la question individuelle concerne un des membres de la CME, l'examen de cette question doit se faire hors de sa présence.

Les séances de la CME ne sont pas publiques, seuls peuvent y assister les membres permanents, élus et invités. Si des visioconférences sont organisées, elles n'ont pas vocation à être enregistrées et diffusées.

Article 7 – Bureau de CME

Un bureau de CME peut être créé. Il a pour missions :

- De proposer l'ordre du jour de la CME
- De coordonner l'action des différentes sous-commissions et d'en faire la synthèse en vue de préparer les avis, vœux et désignations qui seront émis par la CME.

Le bureau peut être consulté par le président à tout moment sur toute question entrant dans le champ des compétences de la CME ou du président.

Il est réuni autant que de besoin par le président qui informe la CME de ses travaux.

Lors des réunions de bureau, le président peut inviter ponctuellement toute personne appartenant ou non à la commission, susceptible d'aider le bureau dans la réalisation de ses missions.

Il n'a pas pouvoir de décision.

Article 8 – Sous-commissions

Les sous-commissions de la CME ont pour mission de préparer les travaux de ses réunions en formulant des propositions. Elles n'ont pas de pouvoir de décision.

Le président de chaque sous-commission et le vice-président, sont désignés parmi les membres de la CME et soumis à la validation de la Commission médicale d'établissement.

Les sous-commissions se réunissent à l'initiative de leur président ou à la demande de la moitié de leurs membres ou à la demande du président de la CME.

A la demande de son président, chaque sous-commission permanente peut entendre ou associer à ses travaux toute personne qualifiée.

Les présidents de sous-commissions organisent leur secrétariat (convocation, ordre du jour, PV, etc.).

PROJET

Chaque séance donne lieu à procès-verbal.

Le président de la CME peut proposer la création de sous-commissions temporaires. Les sous-commissions temporaires ont pour mission d'étudier et de faire des propositions sur des thèmes spécifiques. La durée de ces groupes temporaires est limitée à la réalisation de leur mission.

Le président et les membres des sous-commissions temporaires sont désignés selon les modalités prévues pour ceux des sous-commissions permanentes. Ils peuvent, à la demande du président de la CME, participer aux travaux du bureau pour les questions dont l'étude leur a été confiée.

Les sous-commissions ayant une assise règlementaire doivent présenter un bilan annuel à la dernière séance de la Commission médicale d'établissement.

➢ ***Les sous-commissions réglementaires de la CME***

La législation prévoit la mise en place de sous-commissions réglementaires :

- La Commission d'activité libérale[5],
- La Commission d'organisation de la permanence des soins[6],
- Le Conseil de Bloc[7].

- La Commission de l'activité libérale (CAL)

La commission de l'activité libérale doit veiller au bon déroulement de l'activité libérale au sein de l'établissement.

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission comprend :

1° **Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins**, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

2° **Deux représentants désignés par le conseil de surveillance** parmi ses membres non médecins ;

3° **Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant** ;

4° **Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie** désigné par son directeur ;

[5] Articles R6154-11 à R6154-14 du code de la santé publique
[6] Arrêté du 30 avril 2003
[7] Circulaire DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

PROJET

5° **Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés** par la Commission médicale d'établissement. Toutefois, lorsqu'un seul praticien exerce une activité libérale au sein de l'établissement, la commission est complétée par un praticien mentionné au 6° ;

6° **Un praticien hospitalier** mentionné au 1° de l'article L. 6152-1 **n'exerçant pas d'activité libérale**, désigné par la commission médicale d'établissement ;

7° **Un représentant des usagers du système de santé** choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Le président de la Commission médicale d'établissement, qu'il exerce ou non une activité libérale, et les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'établissement ne peuvent être élus président de la commission.

- La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)

L'arrêté du 30 avril 2003 définit la composition et les missions de la COPS.

La COPS est compétente en matière d'organisation de la permanence des soins et elle définit annuellement la permanence des soins (PDS) par secteur d'activité en fonction du budget alloué à ce titre.

Elle est composée :

- Du directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix,

- Du président de la CME ou son représentant,

- Des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du président de la commission, sont arrêtés par la commission médicale d'établissement. Parmi ces représentants, la moitié au moins devront être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jours fériés sous forme de permanence sur place ou d'astreinte.

- du directeur des affaires médicales ou son représentant.

- Le Conseil de Bloc

Le conseil de bloc doit permettre l'organisation rationnelle du travail au sein du bloc opératoire en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail et de règles de sécurité sanitaire et anesthésique.

PROJET

Les missions du conseil de bloc portent notamment sur :

- La programmation du tableau opératoire,

- La résolution des dysfonctionnements rencontrés,

- La mise en place des protocoles d'hygiène et la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc,

- La réclamation et l'actualisation de la charte de fonctionnement du bloc,

- Des propositions de formation.

Il est composé de la manière suivante (membres désignés par la CME) :

- Un chirurgien du bloc opératoire,

- Un médecin anesthésiste-réanimateur,

- Le responsable du secteur opératoire (président du conseil du bloc),

- Le cadre de santé IADE,

- Le responsable de la « sécurité transfusionnelle », en tant que de besoin.

- ***Les comités réglementaires et sous-commissions spécialisées de la Commission médicale d'établissement***

Les comités réglementaires et sous-commissions spécialisées contribuent par leurs avis et propositions à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la qualité de la prise en charge des usagers.

- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

- La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

- Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

- Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

- Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, comité d'éthique

- La Commission de la recherche et de l'innovation,

- La Commission de la formation médicale continue et DPC.

Les représentants ou responsables médicaux sont désignés ou élus en leur sein et validés par la Commission médicale d'établissement.

La CME désigne ou propose dans le respect de la réglementation les membres devant assurer sa représentation au sein des instances et commissions, notamment :

PROJET

- Le Conseil de surveillance,

- Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)[8],

- Le Comité technique d'établissement (CTE)[9],

- Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN),

- Le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS),

- La Commission des antiinfectieux (COMAI),

- Le Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH),

- La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT),

- Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD),

- Le Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN).

Cette liste n'est pas limitative et susceptible d'évoluer dans le temps.

Article 9 – Quorum et Vote

En cas de vote, et pour délibérer valablement, la CME doit réunir au moins la moitié de ses membres + 1 ayant voix délibérative lors de la séance (soit 50 membres). Dans le cas où le quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est envoyée aux membres de la CME sous huit jours francs. La CME peut ainsi se réunir sans obligation de quorum et les avis sont valables quel que soit le nombre de membres présents.

Les votes par correspondance et par procuration ne sont pas admis. Le vote en distanciel est admis uniquement pour les avis.

La CME émet un avis sur les points sur lesquels elle est consultée. Ces avis s'expriment par un vote, à main levée. Le vote à bulletin secret est toutefois de droit lorsqu'il est demandé par un de ses membres. Les avis donnés par la CME sont adoptés à la majorité simple. S'il y a partage de voix, la voix du président est prépondérante. Dans le cas d'un vote à bulletin secret, le président dévoile alors son vote.

L'organisation du vote est confiée au secrétariat de séance. Pour chaque vote, les scrutateurs établissent le nombre des membres de la commission ayant voix délibérative présents au moment du vote, le nombre d'entre eux qui ne prennent pas part au vote, ceux qui s'abstiennent, les votes nuls ainsi que les votes exprimés. Seuls les votes exprimés servent au calcul de la majorité. En cas de vote à scrutin secret, les bulletins sont distribués au moment du vote.

Les résultats du vote sont annoncés en séance par le président.

[8] Devenu la Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (FSSSCT)
[9] Devenu le Comité social d'établissement (CSE)

PROJET

Article 10 – Révision du règlement intérieur

Le règlement intérieur sera révisé au regard des éventuelles évolutions règlementaires.

Le règlement intérieur peut également être révisé sur proposition du président de la CME ou de la moitié de ses membres. La révision devra être adoptée à la majorité absolue des suffrages exprimés.

ORGANISATION DES ELECTIONS

Article 11 – Désignation

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des externes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection **au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.**

Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir **la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au quart du nombre des électeurs inscrits.** Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la **majorité relative**, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage.

Les représentants des externes sont désignés pour deux ans.

Article 12 – Démission d'un membre titulaire ou cession d'appartenance à un collège

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il peut être pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, en organisant des élections partielles.

PROJET

Tout nouveau chef de service nommé est invité à participer aux séances de la CME locale dans l'attente des nouvelles élections.

Article 13 – Convocation et organisation des élections

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement par la voie d'un régime électoral établi lors de chaque renouvellement.

Les électeurs sont convoqués à une date fixée après avis des présidents des commissions médicales d'établissement en exercice au moment de l'organisation de l'élection.

Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

Article 14 – Déroulement des élections

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

- La qualité de chef de pôle emporte prioritairement l'appartenance au collège de chefs de pôle.

- La qualité de chef de service emporte prioritairement l'appartenance au collège de chefs de service.

- La qualité de responsable d'unité fonctionnelle (UF) emporte prioritairement l'appartenance au collège des responsables d'unité fonctionnelle.

Article 15 – Conditions pour être électeur

Sont électeurs les personnels en position d'activité à la date de clôture définitive de la liste.

La liste des électeurs est établie par collège par la Direction des affaires médicales.

Article 16 – Conditions pour être éligibles

Les personnels inscrits sur la liste électorale sont tous éligibles sauf :

- Les personnels effectuant une période probatoire d'un an (praticiens hospitaliers nommés à titre probatoire)[10].

- Les personnels contractuels effectuant moins de quatre demi-journées hebdomadaires.

- Les personnels en congés maladie depuis plus d'un an ou en congés parental à la date de la clôture de la liste.

- Les personnels mis à disposition par un établissement extérieur et les personnels mis à disposition à temps plein en dehors de l'établissement.

[10] Article R 6152-13 du code de la santé publique

La liste des éligibles est établie dans la même forme que la liste des électeurs.

Article 17 – Affichage

Les listes des personnels électeurs et des personnels éligibles sont arrêtées par le Directeur et affichées simultanément pendant huit jours, et ce, au moins un mois avant la date fixée pour le scrutin.

Pendant la durée de l'affichage, les personnels électeurs et les personnels éligibles peuvent présenter des réclamations contre les erreurs ou omissions de ces listes. Il appartient au Directeur de statuer sans délai en cas de contestation.

A l'expiration du délai d'affichage, les listes sont définitivement closes.

Article 18 – Candidatures

Les déclarations de candidature, dûment signées, comportent l'indication des noms, prénoms, qualités ainsi que du collège d'appartenance, au titre desquels se présentent les intéressés. Elles sont adressées ou remises en main propre à la Direction des affaires médicales quinze jours au moins avant la date fixée pour le scrutin, le récépissé de dépôt à la Direction des affaires médicales faisant foi.

Une tierce personne peut déposer la candidature à la Direction des affaires médicales.

Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée passé la date limite.

Le directeur de l'établissement arrête la liste des candidats par collège et l'affiche immédiatement.

Article 19 – Matériel et conditions de vote

Le scrutin se déroule par vote électronique.

Une note d'information précisera les horaires et les modalités du vote.

Article 20 – Proclamation des résultats

Un procès-verbal des opérations électorales est établi pour chaque tour de scrutin. Il est affiché immédiatement et pendant six jours francs au cours desquels les éventuelles réclamations sur la validité des opérations électorales sont adressées au directeur de l'établissement.

Passé ce délai, le directeur de l'établissement proclame les résultats du scrutin et convoque les membres de la Commission médicale d'établissement en vue de l'élection de son président.

PROJET

Article 21 – Elections partielles

Les élections partielles en cours de mandats se feront en séance de CME (appel à candidature, vote). Elles seront organisées selon l'avis de la CME.

PRESIDENT, VICE-PRESIDENT(S)

Article 22 – Election du président et des vice-présidents

La Commission élit son président et ses vice-présidents parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Les déclarations de candidature ont lieu en séance. Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

Le vote a lieu au **scrutin uninominal secret et à la majorité absolue**. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Le mandat du président de la Commission médicale d'établissement est de **quatre ans**. Le mandat est renouvelable une fois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la Commission médicale d'établissement, ses fonctions au sein de la CME sont assumées par le doyen des vice-présidents de cette Commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Le président peut créer des sous-commissions locales, temporaires ou à plus long terme.

Le président coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure les missions suivantes :

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales,

- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient,

- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique,

- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux,

- Il présente au directoire et au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Les chefs de pôles sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la Commission médicale d'établissement.

PROJET

Les responsables de structures internes, chefs de service ou responsables d'UFs, sont nommés après avis du chef de pôle de l'établissement regroupé et du chef du pôle du site concerné tant qu'ils subsistent, par décision conjointe de la Directrice Générale et du Président de la commission médicale de l'établissement regroupé, sur avis conforme du Président de la Commission médicale du site concerné.

En cas de désaccord, une réunion de concertation a lieu afin de dégager un accord sur la nomination.

Il peut être mis fin à leurs fonctions, après avis du Président de la CME et du chef de pôle, sur décision du Directeur.

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de président de Commission médicale locale ou de chef de pôle.

Article 23 – Temps consacré et durée du mandat

Le temps consacré aux fonctions de président est comptabilisé dans les obligations de services des praticiens concernés.

En application de la règlementation en vigueur, une indemnité de fonction est versée au président.

Article 24 – Formation du président

Une formation est proposée au président à la prise de fonction.

A la fin de son mandat, le président peut également demander une formation pour la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

Article 25 – Les vice-présidents

La commission élit ses trois vice-présidents parmi les praticiens titulaires de la Commission médicale d'établissement. Les trois vice-présidents sont issus de chacun des trois sites (Aulnay-sous-Bois, Montfermeil, Montreuil).

Au cas où il n'y aurait pas de candidat à la vice-présidence pour un site, la candidature d'un praticien d'un autre site n'est pas recevable.

L'élection a lieu au scrutin uninominal majoritaire à trois tours. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour.

En cas de pluralité de candidatures pour un même site, est retenu celui qui obtient la majorité des voix.

PROJET

En cas d'empêchement temporaire du président, la présidence de la CME est assurée par le doyen des vice-présidents. En l'absence du président et du doyen des vice-présidents, la commission est présidée par le deuxième vice-président en âge.

Article 26 – Fin de fonction

Les fonctions de président prennent fin sur présentation de sa démission au Directeur ou au terme du mandat de la CME qui l'a élu.

En cas d'empêchement définitif du président, il est procédé à une nouvelle élection au cours de la séance plénière suivant la constatation du caractère définitif de l'empêchement. Dans le cas où le premier vice-président accède à la présidence, un nouveau premier vice-président est élu.

PROJET

COMMISSIONS MEDICALES LOCALES

La Commission médicale locales (CML) est composée des membres de la CME rattachés au site concerné, titulaires et suppléants, membres de droit, élus et désignés, auxquels s'ajoutent les chefs de pôle de site actuels ainsi que les invités permanents de la CME. Seuls les membres titulaires de la CME, membres de droit et élus, peuvent voter.

La Commission médicale locale, lors de sa première réunion, élit son Président parmi les membres de droit et titulaires de la CME, qui devient alors candidat du site à la Vice-présidence de la CME. Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

La fonction de Président de CME est incompatible avec la fonction de Président de CML.

Les trois présidents de CML aident à la réalisation du projet médical d'établissement et collaborent avec le Président de la CME.

Sur proposition conjointe du Président de la CME et du Président de la CML, chaque site pourra émettre des vœux et motions qui pourront s'intituler « vœux ou motion de la CML d'Aulnay-sous-Bois, de Montreuil ou de Montfermeil ».

La Commission médicale locale peut notamment proposer des actions dans les domaines suivants :

- Les coopérations avec la médecine de ville et le projet médical de territoire ;
- La qualité et la sécurité des soins, notamment sur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.
- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale.

La Commission médicale locale peut être informée sur l'ensemble des sujets pour laquelle la CME est consultée, notamment sur :

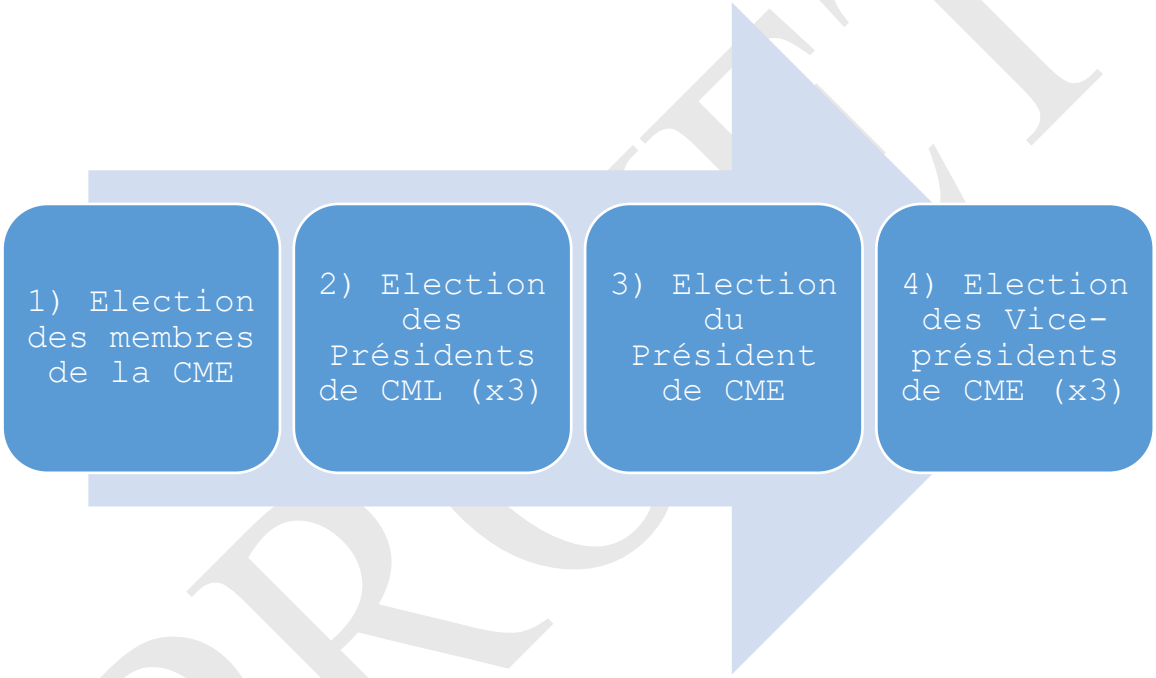
- L'organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance ;
- La politique et les modalités d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques décliné localement ;
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins du site.

PROJET

- Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins du site ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence avec la politique territoriale de l'établissement ;

La commission médicale locale peut contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.



Toute modification du fonctionnement des Commissions médicales locales et de la CME donnera lieu à une actualisation de ce règlement.

PROJET

Règlement intérieur de la Commission des Sons Infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée du GHT GPNE

Approuvé par la C.S.I.R.M.T. en sa séance du : 6 décembre 2022.

Préambule

Objet du règlement intérieur
Le présent règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée du GHT. Il intègre les éléments du règlement intérieur qui fixe le nombre de membres avec voix délibérative ainsi que les modalités du scrutin (annexe 2).

Références législatives et réglementaires

Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification- art. 31
Décret n°2010-449 du 30 avril 2010, relatif à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico – Techniques
Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

La présidente de la CSIRMT unifiée de groupement est la coordonnatrice générale des soins désignée par la Directrice générale du GHT. Cette commission est composée des présidentes et des élus des CSIRMT et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements des différents sites du groupement. Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis au comité stratégique.

I. Attributions de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

Article 1 :

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 est consultée pour avis sur

- le projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques élaboré par la Coordonnatrice Générale des Soins ;
- L'accompagnement et l'engagement des équipes paramédicales dans la mise en œuvre des filières de soins graduées ainsi que l'organisation et le suivi des parcours de soins coordonnés prioritairement définis dans le projet médical partagé et le projet de soins partagé;
- La politique d'encadrement des étudiants en discipline paramédicale en stage en lien avec la coordination des instituts de formation paramédicale au niveau du groupement hospitalier de territoire.
- La contribution et le soutien à la politique qualité, de sécurité des soins et de gestion des risques à l'échelle du groupement hospitalier de territoire, en lien avec l'expression des usagers ainsi que l'engagement dans les dispositifs d'évaluation et de certification nationaux ;
- La politique et le développement de programmes et d'actions de recherche paramédicale et d'innovation en santé au niveau groupement.
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.
- La politique de développement professionnel continu ;

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2 (participation des auxiliaires médicaux libéraux aux activités de l'EPS)
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement

Article 2 :

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée de représentants élus des différentes catégories professionnelles qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques réparties en 3 collèges (cadres de santé, personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et aides-soignants) et filières.

Article 3 :

Le nombre de membres élus, siégeant avec voix délibérative, est fixé par le règlement intérieur : il est de **30 titulaires et 30 suppléants** répartis ainsi **: 26 membres au CHI d'Aulnay sous bois, 18 membres au GHI du Raincy Montfermeil et 16 membres au CHI de Montreuil.**

Article 4 : Membres siégeant avec voix consultative

- Les directrices et CGS du GHT
- les cadres supérieur(e)s de santé (adjointes) qui assistent les directrices et la coordonnatrice générale des soins,
- un représentant des CME de chaque établissement,

Article 5 : Membres associés

La commission intègre en son sein, avec voix consultative :

- **un représentant des usagers et**

des professionnels de santé qui ne relèvent pas de la Direction des Soins ou qui ne sont pas membres de l'un des collèges :

- un ASH,
- un brancardier
- un représentant du service social des patients,
- les directeurs d'institut de formation et écoles paramédicaux préparant aux professions paramédicales : IFSI, IADE, IBODE, IFCS, IFMEM… rattachés au GHT
- un représentant des étudiants de **troisième** année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- un **élève aide-soignant** nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- un directeur des soins d'un établissement de santé hors GHT (VE sollicité)
- une sage-femme, cadre ou cadre supérieure de santé

Article 6 : Membres invités

Ils sont invités à titre ponctuel, en fonction de leur expertise ou des missions transversales exercées sur le GHT (hygiéniste, technicien de l'information médicale, informatique, référent douleur, qualiticien…)

La Directrice générale du GHT siège en qualité d'invitée permanente.

III. Fonctionnement de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

Article 7 :

Présidence
La présidence de la commission est assurée par la coordonnatrice générale des soins du GHT. La présidente n'étant pas élue, elle ne participe pas au scrutin. La présidente anime la commission et se charge de l'organisation des séances plénières et du bureau (ordre du jour, invitations, procès-verbal, rapport d'activité …).

Article 8 :

Désignation des membres siégeant dans les instances

Membres siégeant au **Conseil de surveillance** :
- Désignation par scrutin uninominal secret et à la majorité absolue, en présence de l'ensemble des membres de la commission. Si la majorité absolue n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas d'égalité des voix, le plus âgé est élu.

Les membres de la commission siégeant dans les instances mentionnées ci-dessous sont désignés par scrutin uninominal secret majoritaire à deux tours. Le vote à main levée est accepté.
- La sous-commission de la CME **(CLIN)**
- La Commission des usagers **(CDU)**

Les membres siégeant dans l'ensemble de ces instances rendent compte régulièrement à la commission des points qui y sont traités et des décisions prises.

Sur présentation d'une liste de propositions établie par la présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, la directrice générale du GHT nomme un membre du personnel non médical pour **siéger au directoire** de chaque site.

.

Article 9 : Le bureau

La commission se dote d'un bureau.

Article 9-1 : Composition du bureau

- La présidente, membre de droit,
- La ou les directeurs des soins du GHT et les cadres supérieurs de santé qui assistent les directeurs des soins, membres de droit,
- Le membre de la commission la représentant au Conseil de surveillance, membres de droit,
- 4 représentants du collège cadre,
- 4 représentants du collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- 4 représentants du collège des aides-soignants et axillaires de puériculture.

Les membres représentant les groupes de professionnels sont désignés par la commission en séance plénière.
Le bureau peut associer les membres siégeant dans les autres instances, en tant que besoin, et en fonction du calendrier de ces instances.

Article 9-2 : Missions du bureau

Le bureau est plus particulièrement chargé de :
- Préparer les séances plénières de la commission, (ordre du jour, personnes à inviter …),
- Préparer les instances

- Initier des travaux et des réflexions à proposer à la commission,
- Elaborer le rapport annuel d'activité,

La présidente peut inviter des personnes qualifiées aux réunions du bureau, notamment, en fonction de l'ordre du jour de certaines instances.
Le bureau n'a pas de pouvoir décisionnel. Il n'y a pas de vote en son sein. Les débats sont restitués à la commission, qui statue en séance plénière.
Un compte rendu des réunions du bureau est établi et transmis à l'ensemble des membres de la commission.

Article 9-3 : Modalités de fonctionnement du bureau

Le bureau se réunit au moins une fois par trimestre, en fonction de la date des instances (CSE, CS). La présidente fixe l'ordre du jour et convoque les membres.

Article 10 : Calendrier des réunions plénières et ordre du jour

La commission se réunit au moins 4 fois par an. Elle est convoquée par la présidente. Cette convocation est de droit à la demande du directeur du GHT ou de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé. L'ordre du jour est fixé par la présidente, en lien avec le bureau.

Article 11 : Participation à la séance plénière

L'ensemble des membres titulaires et suppléants est invité aux réunions du mandat. Les membres titulaires sont tenus d'assister aux séances plénières. Un membre titulaire empêché adressera l'information le plus tôt possible au secrétariat de la Direction des Soins afin que la continuité puisse être assurée par le suppléant.
Le ou les membre(s) titulaire(s) absents sont remplacés par le ou les suppléant(s), dans l'ordre du nombre de voix obtenus par les suppléants lors du scrutin.

Article 12 : Délibérations, quorum

La commission délibère valablement lorsque **la moitié au moins des membres élus** est présente. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Article 13 : Procès-verbal

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un procès-verbal adressé à la Directrice générale du GHT, aux membres du comité stratégique, de la CSIRMT, à tous les cadres supérieurs et cadres de santé pour diffusion aux équipes, ainsi qu'aux intervenants, dans un délai de quinze jours.
Le procès-verbal est diffusé en version électronique à tous les cadres de santé, les annexes étant insérées sur l'espace commun du serveur bureautique.
Les membres titulaires et suppléants disposent d'une boîte aux lettres électronique pour la durée de leur mandat.

Article 14 : Rapport d'activité

La présidente rend compte chaque année de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du GHT dans un rapport d'activité adressé au directoire.

Article 15 :

Le présent règlement intérieur est révisable à tout moment, à la demande de la présidente et/ou des membres de la commission, afin de l'adapter au mieux aux évolutions du GHT.

Annexe 1

Désignation des membres de la C.S.I.R.M.T. siégeant dans les instances :
Conseil de surveillance : XX (titulaire) YY suppléante
Sous-Commission de la CME (CLIN) : XX (titulaire) YY suppléante
CDU : XX (titulaire) YY suppléante

Annexe 2

Additif au règlement intérieur de l'établissement fixant la composition et les modalités du scrutin relatif à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé

Art 1 : Composition de la Commission (membres avec voix délibérative) :

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiée est présidée par la directrice des soins, coordonnatrice générale des soins nommée par la Directrice générale du GHT.
Elle est composée de représentants des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**, élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour** parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés ci-après :

1) Collège des cadres de santé :
- a) filière infirmière : corps des infirmiers cadres de santé ; corps des infirmiers de blocs opératoires cadres de santé, corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé, corps des puéricultrices cadres de santé.
- b) filière de rééducation : corps des pédicures-podologues cadres de santé, corps des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé, corps des ergothérapeutes cadres de santé, corps des psychomotriciens cadres de santé, corps des orthophonistes cadres de santé, corps des orthoptistes cadres de santé, corps des diététiciens cadres de santé.
- c) filière médico-technique : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé, corps des techniciens de laboratoire cadres de santé, corps des manipulateurs d'électroradiologie cadres de santé.

2) Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques :
- a) filière des infirmiers : corps des infirmiers, corps des infirmiers de blocs opératoires, corps des infirmiers anesthésistes, corps des puéricultrices.
- b) filière des personnels de rééducation : corps des pédicures-podologues, corps des masseurs-kinésithérapeutes, corps des ergothérapeutes; corps des psychomotriciens, corps des orthophonistes, corps des orthoptistes, corps des diététiciens.
- c) filière des personnels médico-techniques : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière; corps des techniciens de laboratoire, corps des manipulateurs d'électroradiologie.

3) Collège des aides-soignants : corps des aides-soignants et des auxillaires de puericulture.

Le présent règlement fixe le nombre de sièges de la commission à 60 répartis de la façon suivante:
- Collège des cadres de santé : 24
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : 30
- Collège des aides-soignants : 6

La répartition des sièges dans les collèges et les filières attenants s'effectue de la façon suivante

Pour le Collège cadres :
- filière des cadres infirmiers et spécialisés : 18 sièges (9 titulaires et 9 suppléants)
- filière des cadres de rééducation et filière des cadres médico-techniques : 6 sièges (3 titulaires et 3 suppléants). **Pour garantir la confidentialité des votes compte-tenu du faible effectif des cadres issus des filières de rééducation et médico-'technique, le vote par filière n'est pas retenu dans ce collège.**

Pour le Collège infirmier, rééducation et médico-techniques :
- filière des personnels infirmiers et spécialisés : 18 sièges (9 titulaires et 9 suppléants)
- filière des personnels de rééducation : 6 sièges (3 titulaires et 3 suppléants)
- filière des personnels médico-techniques : 6 sièges (3 titulaires et 3 suppléants)

Collège des AS-AP : 6 sièges (3 titulaires et 3 suppléants)

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

Chacun de ces sièges donne lieu à l'élection d'un membre titulaire et d'un membre suppléant. L'élection des suppléants ne donne pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.
Les deux premiers collèges sont répartis en trois filières : Filière infirmière, de rééducation et médicotechnique. Chaque collège dispose à la commission d'au moins un représentant.

Art 2 : Durée du mandat et conditions de représentation

La durée du mandat est fixée à 4 ans, conformément à l'article xxx. Ce mandat est renouvelable. Le règlement intérieur de la commission définit les conditions de la suppléance des membres titulaires momentanément empêchés de siéger. En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège en ce qui concerne les deux premiers groupes mentionnés à l'article R6146-51, ou au sein du groupe des aides-soignants.
Lorsque, au moins sept mois avant le renouvellement général de la commission, le dernier suppléant d'un collège d'un des deux premiers groupes mentionnés à l'article R6146-51 ou du groupe des aides-soignants est nommé titulaire, il est aussitôt pourvu au remplacement des suppléants de ce collège dans les conditions fixées aux articles R. 6146-52 et R. 6146-54.

Art 3 : Electeurs

Sont **électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction** dans l'établissement à la date du scrutin : le **14 avril 2023** et ressortissant des catégories de personnels visés à l'article 1.
La liste des électeurs est établie par collège et par filière.

Art 4 : Eligibilité

Les électeurs sont éligibles au titre de leur collège **à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.**

Les déclarations de candidatures dûment signées comportent l'indication du nom, prénom, matricule, grade, service, groupe et collège au titre desquels se présentent les intéressés. Aucune **candidature ne peut être déposée ou retirée après le 31 mars 2023.**

La Directrice du GHT arrête la liste des candidats éligibles par collège. Elle est affichée le **14 mars 2023** sur les 3 sites. Les candidatures sont portées sur un bulletin unique, par collège et par filière.

Art 5 : Réclamations

Pendant un délai de huit jours francs à compter de l'affichage, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations contre les erreurs ou omissions de ces listes.
En cas de contestation la directrice générale du GHT statue sans délai. A l'expiration d'un délai de 8 jours, ces listes sont définitivement closes : **le 24 mars 2023 à minuit.**

Art 6 : Modalités du scrutin

La date de l'élection est fixée par la Directrice du GHT. 3 semaines au moins avant, la directrice publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Pour l'année 2023, les élections se dérouleront **exclusivement par voie électronique** et auront lieu du **14 au 21 avril 2023.** Une assistance est assurée par le prestataire de la plateforme de vote retenu, aux heures et numéros affichés. Un accompagnement à la connexion est assuré dans chaque **direction des soins des 3 sites** de 9h à 17 h du lundi au vendredi.

Art 7 : Proclamation des résultats

Le déverrouillage électronique des urnes a lieu en présence des Directrices, coordinatrices générales des soins de chaque établissement et du GHT.
Sont déclarés élus dans chaque collège, en qualité de titulaire, puis en qualité de suppléant, dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.
Si plusieurs candidats ont obtenu un nombre égal de voix leur permettant de prétendre à un même siège de titulaire ou de suppléant, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.
Un procès-verbal des opérations électorales est établi. Il est affiché immédiatement et pendant six jours francs au cours desquels les réclamations sur la validité des opérations électorales peuvent être adressées à la Directrice Générale du GHT
A l'expiration du délai de six jours, la Directrice générale du GHT proclame les résultats du scrutin. La présidente du Directoire arrête la liste des membres composant la commission.

Art 9 : Représentation dans d'autres instances

Lors de l'installation de la Commission il est procédé conformément aux dispositions réglementaires à la désignation des membres représentants la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au Conseil de surveillance; à la Commission des usagers et les autres instances ou commissions.

REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT ET DE LA FORMATION SPECIALISEE EN MATIERE DE SANTE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

du GHT GPNE

La Directrice Générale du GHT GPNE ;

Vu l'article L 6143-7 du Code de la Santé Publique ayant trait aux attributions du Directeur,

Vu la partie législative du Code Général de la Fonction Publique, et notamment les articles L251-1 à L254-6 ;

Vu la partie réglementaire du Code Général de la Fonction Publique, et notamment les articles R251-1 à R254-93 ;

Vu l'avis des CSE du GHI Le Raincy Montfermeil du 4 octobre 2025, du CSE du CHI André Grégoire du 9 octobre 2025 et du CSE du CHI Robert Ballanger du 14 janvier 2026

Vu l'avis du CSE du GHT GPNE du 4 février 2026

Vu l'avis de la Formation spécialisée en matière de Santé, Sécurité et de Conditions de Travail du GHT GPNE du 17 février 2026

Décide

Article 1. Le présent règlement intérieur du Comité Social d'Etablissement et de la Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et de Conditions de Travail du GHT GPNE est adopté.

Article 2. La présente décision prend effet à compter du 17 février 2026.

Article 3. Le Directeur des ressources humaines veillera à l'exécution de la présente décision.

À , le

Sommaire du règlement intérieur

Sommaire du règlement intérieur 2
Préambule 3
Partie 1. Dispositions générales 3
Article 1. Organisation des élections 3
Article 2. Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (FSSSCT) 3
Partie 2. Composition du CSE et de la FSSSCT 4
Article 3. Publication de la composition nominative du CSE et de la FSSSCT 4
Article 4. Présidence du CSE et de la FSSSCT 4
Article 5. Composition du CSE 4
Article 6. Composition de la FSSSCT 5
Article 7. Remplacement définitif ou provisoire au CSE 5
Partie 3. Attributions du CSE 7
Article 8. Débats au CSE 7
Article 9. Consultation pour avis du CSE 7
Article 10. Information 8
Article 11. Articulation entre Comité Social de Site et Comité Social d'administration 9
Partie 4. Les attributions de la FSSSCT 10
Article 12. Compétences générales de la FSSSCT 10
Article 13. Consultation, avis et information de la FSSSCT 10
Article 14. Analyse et prévention des risques professionnels 11
Article 15. Accès au registre spécial 12
Article 16. Visite des services 12
Article 17. Les enquêtes 12
Article 18. Recours à une expertise extérieure 13
Article 19. Droit d'alerte en cas de danger grave et imminent 13
Partie 5. Fonctionnement du CSE et de la FSSSCT 15
Article 20. Tenue des réunions du CSE et de la FSSSCT 15
Article 21. Modalités de convocation des membres du CSE et de la FSSSCT 15
Article 22. Secrétariat du CSE et de la FSSSCT 16
Article 23. Quorum 16
Article 24. Présence des membres suppléants aux instances 16
Article 25. Présence des personnes qualifiées 16
Article 26. Vote 17
Article 27. Procès-verbal 17
Article 28. Information et suivi des avis 17
Article 29. Discrétion professionnelle 17
Article 30. Moyens mis à la disposition des membres du CSE et de la FSSSCT 18

Préambule

Le document présent résulte de l'installation du Comité Social d'Etablissement (CSE) et de la Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et de Conditions de Travail (FSSSCT).

Ce règlement intérieur a pour objet de fixer, dans le cadre des lois et des règlements en vigueur, les conditions de fonctionnement et le champ de compétences des instances au sein du GHT GPNE.

Il est élaboré sur la base du Code Général de la Fonction Publique, et notamment de ses dispositions législatives et réglementaires relatives aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public.

Partie 1. Dispositions générales

Article 1. Organisation des élections

L'organisation des élections des représentants du personnel du CSE fait l'objet d'un protocole qui est signé par l'ensemble des organisations syndicales inscrites au scrutin de l'établissement.

Article 2. Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (FSSSCT)[1]

Une formation spécialisée du comité, en charge de la santé, de la sécurité et des conditions de travail est instituée.

[1] Articles R251-39 à R251-42.

Partie 2. Composition du CSE et de la FSSSCT

Article 3. Publication de la composition nominative du CSE et de la FSSSCT

Le Directeur de l'établissement publie une note d'information sur la composition nominative du CSE et de la FSSSCT. Elle est portée à la connaissance du personnel.

Article 4. Présidence du CSE[2] et de la FSSSCT[3]

Le comité social d'établissement est présidé par le directeur de l'établissement ou son représentant. Le président du CSE ou son représentant préside la FSSSCT.

Article 5. Composition du CSE[4]

Le CSE comprend deux catégories de membres :

1. **Membres ayant voix délibérative**

Le CSE comprend le directeur de l'établissement ou son représentant et les représentants du personnel élus, dont le nombre est fixé comme suit :

Dans les établissements comptant 2000 agents et plus :

- 15 titulaires ;
- 15 suppléants.

Leur mandat est fixé à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

2. **Membres ayant voix consultative**

Le CSE accueille à chacune de ses réunions un représentant élu de la Commission Médicale d'Etablissement, qui dispose d'une voix consultative.

3. **Désignation des représentants titulaires et suppléants du CSE dans les instances de dialogue social de l'établissement**

Le CSE désigne un membre titulaire et un membre suppléant à la Commission Médicale d'Etablissement.

Les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections du CSE désignent deux membres au Conseil de surveillance. Le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.[5]

[2] Article L254-5 du Code Général de la Fonction Publique.
[3] Articles R254-1 et R254-30 du Code Général de la fonction Publique.
[4] Articles R252-60, R252-65, R252-66, R252-67, et R252-78 à 81.
[5] Article R.6143-4 du Code de la Santé Publique.

Article 6. Composition de la FSSSCT[6]

Chaque organisation syndicale siégeant à la FSSSCT dispose d'un nombre de représentants titulaires et suppléants égal au nombre de siège qu'elle détient dans le comité social d'établissement.

Chaque organisation syndicale siégeant au CSE désigne des représentants titulaires de la FSSSCT parmi les représentants titulaires et suppléants de ce comité.

Chaque organisation syndicale siégeant au sein du CSE désigne librement des représentants suppléants de la FSSSCT qui doivent satisfaire aux conditions d'éligibilité à ce comité fixées à l'article R211-40 du Code Général de la Fonction Publique.

La FSSSCT comprend deux catégories de membres :

1. **Membres ayant voix délibérative**

La FSSSCT est composée de représentants du personnel dont le nombre est fixé comme suit[7] :

Dans les établissements comptant plus de 2000 agents :

- 15 titulaires ;
- 15 suppléants.

Lorsqu'un membre se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un membre désigné dans les mêmes conditions.

Chaque organisation syndicale siégeant au CSE désigne librement des représentants suppléants qui doivent satisfaire aux conditions d'éligibilité à ce comité.

2. **Membres ayant voix consultative**

Les membres suivants sont conviés à titre consultatif à chaque réunion de la FSSSCT :

- Les médecins du travail de chaque site ;
- Les représentants de l'administration en charge de dossiers spécifiques ;
- Le représentant du service compétent en matière d'hygiène ;
- Les psychologues auprès du personnel de chaque site ;
- Le conseiller prévention ;
- Le responsable du pôle social de la Direction des Ressources Humaines du GHT ;
- L'assistant social auprès du personnel ;
- Deux représentants titulaire et deux représentants suppléants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes, désignés par la commission médicale d'établissement[8].

Article 7. Remplacement définitif ou provisoire au CSE[9]

Un représentant du personnel titulaire amené à cesser ses fonctions de manière définitive au sein du CSE est remplacé par un suppléant. Le suppléant est remplacé par le premier candidat non élu sur la liste de l'organisation syndicale concernée. Si la liste est épuisée, l'organisation syndicale titulaire du siège désigne son représentant parmi les agents éligibles au comité.

[6] Articles R252-68 à R252-77 du Code Général de la Fonction Publique.
[7] Articles R252-67 et 68, R252-70 et R252-83 du Code Général de la Fonction Publique.
[8] Articles R252-69 et R252-76 du Code Général de la Fonction Publique.
[9] Articles R252-82, 254-18 et 19 du Code Général de la Fonction Publique.

Dans le cas d'une absence provisoire, le représentant titulaire est remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu.

Partie 3. Attributions du CSE

Article 8. Débats au CSE[10]

Le comité social d'établissement débat une fois par an sur :

- La programmation des travaux de l'instance
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

Article 9. Consultation pour avis du CSE[11]

Le comité social d'établissement est obligatoirement consulté sur :

- Du projet de règlement intérieur de l'établissement ;
- Des projets de réorganisation de service après avis du comité social de site concerné ;
- Du projet de plan global de financement pluriannuel ;
- Des projets relatifs à l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- Des projets d'aménagement important modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- Les projets de délibération du conseil de surveillance[12]:
  - Le projet d'établissement ;
  - La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique;
  - Le compte financier et l'affectation des résultats ;
  - Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
  - Les prises de participation et les créations de filiales ;
  - Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé;
  - Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
  - Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
  - Le plan pluriannuel d'investissement.
- Du projet de plan de redressement présenté à l'ARS[13] ;
- Des projets relatifs à l'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L6143-7 du Code de Santé Publique ;
- Des projets relatifs aux modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- Du projet de plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et ses révisions[14] ;
- Des projets de décision relatifs au recours au vote électronique pour l'élection des représentants du personnel dans les instances de dialogue social[15] ;

[10] Article R253-14 du Code Général de la Fonction Publique.
[11] Article R253-11 du Code Général de la Fonction Publique.
[12] Article L.6143-1 du Code de la Santé Publique.
[13] Article L6143-3 du Code de Santé Publique
[14] Article L253-7 du Code Général de la Fonction Publique
[15] Article R211-507 du code Général de la Fonction Publique

- Des projets relatifs à la nature des équipements indispensables à l'exercice de l'activité syndicale[16] ;
- Des projets relatifs aux modalités d'utilisation par les organisations syndicales des technologies numériques[17] ;
- Des projets de lignes directrices de gestion relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels[18] ;
- Des projets de décision fixant les modalités de gestion des dossiers individuels sur support électronique[19] ;
- Des projets de décision relatifs aux modalités d'évaluation des agents hospitaliers ;
- Des projets relatifs à la politique générale de formation du personnel, y compris le projet de document pluriannuel d'orientation de la formation des agents et le projet de plan de formation ;
- Des projets de suppression d'emploi[20] ;
- Des projets de décision relatifs au dispositif collectif d'accompagnement en cas de suppression d'emplois[21] ;
- Des projets de décision relatifs au temps de travail[22] ;
- Des projets d'orientation-cadre de l'établissement en matière de politique d'engagement collectif ;
- Des autres questions pour lesquelles la consultation du comité social d'établissement est prévue par des dispositions législatives et réglementaires.

Article 10. Information[23]

Le CSE est informé chaque année de :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses ;
- Les projets de coopération et de participation aux réseaux de santé [24].
- De la mise en œuvre du plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ;
- Du bilan de la mise en œuvre des lignes directrices de gestion sur la base des décisions individuelles ;
- De l'actualisation de la base de données sociales mentionnées à l'article R232-6 du Code Général de la Fonction Publique ;
- De la création d'emploi à temps non complet, en application des dispositions de l'article 3 du décret n°2020-791 du 26 juin 2020 ;
- Du bilan de la mise en œuvre des mesures prévues à titre individuel ou collectif mentionné à l'article 3 du décret n°2020-1106 du 3 septembre 2020 relatif aux

[16] Article R213-30 du Code Général de la Fonction Publique
[17] R.213-63 du Code Général de la Fonction Publique
[18] chapitre III du titre Ier du décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 relatif aux lignes directrices de gestion
[19] Article R137-3 du Code Général de la Fonction Publique
[20] Article L543-1 du Code Général de la Fonction Publique
[21] Article 3 du décret 2020-1106 du 3 septembre 2020
[22] Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 ;
[23] Article R253-15 du Code Général de la Fonction Publique.
[24] Articles L.6143-7 8°, L. 6327-2 et L. 6327-6 du Code de la Santé Publique.

mesures d'accompagnement en cas de suppression d'emploi dans la fonction publique hospitalière ;

Article 11. Articulation entre Comité Social de Site et Comité Social d'établissement

Les avis du comité social de site sont transmis au Président du Comité social d'Etablissement qui les met à l'ordre du jour du prochain CSE.

Les débats et votes se font alors dans les conditions fixées au Règlement intérieur du Comité Social d'établissement

Partie 4. Les attributions de la FSSSCT

Article 12. Compétences générales de la FSSSCT et articulation avec la FSSSCT de Site[25]

La FSSSCT relevant du Comité Social d'Etablissement est saisie pour avis des questions relatives :

- À la protection de la santé physique et mentale des agents ;
- A l'hygiène ;
- À la sécurité des agents dans leur travail ;
- À l'organisation du travail ;
- Au télétravail
- Aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques ;
- À l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

Son président, à son initiative ou à la demande de la moitié des représentants du personnel et après avis du secrétaire de la formation spécialisée, décide de soumettre au vote tout ou partie de ces questions.

La FSSSCT relevant du Comité Social d'Etablissement exerce ses attributions à l'égard du personnel du ou des services de son champ de compétence et du personnel mis à la disposition et placé sous la responsabilité de l'autorité administrative.

La formation spécialisée instituée au sein du comité social d'établissement exerce ses attributions sur le périmètre du comité dont elle émane.

La formation spécialisée de site est seule compétente pour exercer ses attributions sur le périmètre du site pour lequel elle a été créée.

La formation spécialisée de site ou de service informe chaque année la formation spécialisée du comité social dont elle émane de son activité et des résultats de la politique de prévention des risques professionnels mise en œuvre.

Article 13. Consultation, avis et information de la FSSSCT[26]

La FSSSCT est consultée sur le contenu de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

En outre, elle est consultée sur :

- Les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail.

[25] Articles R253-28 et R254-71.

[26] Articles R253-28, R253-29 et R254-71 du Code Général de la Fonction Publique .

Elle n'est toutefois pas consultée lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par le comité social d'établissement au sein duquel ou en complément duquel elle est instituée ;

- Les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents ;
- Le plan blanc de l'établissement[27].
- La mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.
- De l'élaboration et la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

La FSSSCT est informée des visites et de toutes observations de l'inspection du travail ainsi que des réponses apportées par le directeur de l'établissement[28].

Article 14. Analyse et prévention des risques professionnels[29]

La FSSSCT formule un avis[30] sur :

- Le rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale, de la sécurité et des conditions de travail et les actions menées ;
- Le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, sur la base du contenu du rapport social unique.

Elle peut proposer un ordre de priorité et des mesures complémentaires au programme annuel de prévention.

La FSSSCT est également associée au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Elle examine le rapport annuel des médecins du travail[31] et a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique[32].

Elle examine le rapport annuel d'activité des psychologues auprès du personnel.

La FSSSCT procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents, notamment les femmes enceintes[33], et ceux mentionnés à l'article L.4161-1 du Code du Travail[34].

Elle contribue à la prévention des risques professionnels et suscite toute initiative qu'elle estime utile. Elle peut proposer des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des violences sexistes et sexuelles[35].

[27] Article L3131-7 du Code de Santé Publique
[28] R253-32 du Code Général de la Fonction Publique
[29] Articles R253-30, R253-33 à 34, R253-38 à 40 du Code Général de la Fonction Publique.
[30] Article R253-30 du Code Général de la Fonction Publique.
[31] Article R253-33 du Code Général de la Fonction Publique.
[32] Article R253-34 du Code Général de la Fonction Publique.
[33] Article R253-38 du Code Général de la Fonction Publique.
[34] Article L.4161-1 du Code du Travail.
[35] Article R253-39 du Code Général de la Fonction Publique.

Elle suggère toute mesure de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail, à assurer la formation des agents dans les domaines de la santé et de la sécurité. Elle coopère à la préparation des actions de formation à la santé et à la sécurité et veille à leur mise en œuvre[36].

Article 15. Accès au registre spécial[37]

Le registre spécial est à la disposition des membres de la FSSSCT et des agents de contrôle de l'inspection du travail. Les représentants de la FSSSCT y ont accès à tout moment dans le respect du secret professionnel.

Tout avis figurant sur le registre doit être daté et signé. Il indique les postes de travail concernés par la cause du danger constaté, la nature et la cause de ce danger, le nom des travailleurs exposés ainsi que les mesures prises par le directeur de l'établissement.

Au sein de l'établissement, le registre physique est sur chacun des sites :

- Site Robert Ballanger : secrétariat de direction
- Site de Montreuil : porterie
- Site de Montfermeil : standard
-

Une version dématérialisée sera proposée aux membres de la FSSSCT au cours de leur mandature. Si cette version dématérialisée recueille un avis favorable de la FSSSCT, elle se substituera au registre physique.

Article 16. Visite des services[38]

La FSSSCT procède à intervalle régulier des visites de service. Une délibération de la formation spécialisée prise en séance par la majorité des membres précise :

- Le périmètre de la visite ;
- Les membres de la délégation : le président de la formation spécialisée ou son représentant, des représentants du personnel membres de la formation, Peuvent y être conviés : des agents du service, le médecin du travail, le conseiller de prévention et l'inspection du travail.

A l'issue de la visite, un Procès-Verbal est présenté à la formation.

Article 17. Les enquêtes[39]

La FSSSCT est réunie dans les plus brefs délais suite à tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves. Elle procède à une enquête conformément aux cas énoncés à l'article R253-49 du Code Général de la Fonction Publique.

Peuvent y participer ou y être associés le médecin du travail, le conseiller en prévention ainsi que l'agent de contrôle de l'inspection du travail et le cas échéant, le psychologue auprès du personnel.

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

[36] Article R253-40 du Code Général de la Fonction Publique.
[37] Article R253-58 et R253-64 du Code Général de la Fonction Publique.
[38] Articles R253-41 à R253-47 du Code Général de la Fonction Publique.
[39] Articles R253-49 à R253-52 du Code Générale de la Fonction Publique.

Article 18. Recours à une expertise extérieure[40]

La FSSSCT peut avoir recours à un expert certifié si elle ne dispose pas d'éléments nécessaires à l'évaluation des risques professionnels, des conditions de santé et de sécurité ou des conditions de travail. Ce recours se fait à l'initiative du Président ou à la suite d'un vote majoritaire favorable des membres de la FSSSCT en cas de :

- Risque avéré, révélé ou non par un accident de service, un accident de travail ou une maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
- Projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité (hors projet de réorganisation de service).

L'expertise est encadrée par les modalités suivantes : ses frais sont assumés par l'établissement dont relève la FSSSCT ; sa durée ne peut excéder 45 jours à compter du choix de l'expert certifié ; l'administration fournit tous les éléments nécessaires à la réalisation de l'expertise. L'expert certifié est soumis à une obligation de discrétion.

Le recours à une expertise peut être l'objet d'un désaccord entre le Président FSSSCT et les représentants du personnel. La décision de refus du Président doit être substantiellement motivée et communiquée à la FSSSCT.

En cas de désaccord sérieux et persistant, l'inspection du travail est saisie. Ce dernier adresse un rapport au directeur de l'établissement et à la FSSSCT. Le directeur de l'établissement adresse une réponse motivée sous 15 jours à l'auteur du rapport, précisant les mesures prises et leur calendrier de mise en œuvre précisées à l'article R253-65 du Code Général de la Fonction Publique et ci-dessous.

Une copie de cette réponse motivée est communiquée à la FSSSCT.

Article 19. Droit d'alerte en cas de danger grave et imminent[41]

Si le représentant du personnel de la formation spécialisée constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, il en avise immédiatement le directeur de l'établissement ou son représentant qui fait procéder sur le champ à une enquête avec le membre de la formation spécialisée qui lui a signalé le danger et prend toutes dispositions utiles pour y remédier.

L'avis du représentant du personnel de la formation spécialisée est consigné par écrit dans le registre spécial.

En cas de divergence sur la réalité du danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents, la formation spécialisée est réunie en urgence dans un délai de 24 heures. L'inspection du travail est informée et peut assister à la réunion de la FSSSCT. Après avoir pris connaissance de l'avis émis par la formation spécialisée, le directeur de l'établissement ou l'administrateur du groupement arrête les mesures à prendre.

A défaut d'accord entre le directeur de l'établissement et la formation spécialisée, l'inspection du travail est saisie. Cette intervention donne lieu à un rapport adressé au directeur d'établissement et à la formation spécialisée. Ce rapport indique, s'il y a lieu, les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et les mesures proposées pour remédier à la situation.

Le directeur de l'établissement adresse à son auteur une réponse motivée des mesures prises dans un délai de quinze jours indiquant :

- Les mesures prises immédiatement après l'enquête prévue au deuxième alinéa ;

[40] Articles R253-54 à R253-57 du Code Général de la Fonction Publique.
[41] Articles R253-58 et R253-65 du Code Général de la Fonction Publique.

- Les mesures prises à la suite de l'avis émis par la formation spécialisée réunie en urgence ;
- Les mesures prises au vu du rapport ;
- Les mesures qu'elle va prendre et le calendrier de leur mise en œuvre. Le directeur d'établissement ou à l'administrateur du groupement communique, dans le même délai, copie de sa réponse à la formation spécialisée.

Partie 5. Fonctionnement du CSE et de la FSSSCT

Article 20. Tenue des réunions du CSE et de la FSSSCT[42]

Le CSE est réuni au moins une fois par trimestre.

La FSSSCT est réunie au moins quatre fois par an, à l'exception de séances exceptionnelles organisées en cas de besoin.

Les réunions du CSE et de la FSSSCT se déroulent sur une journée, la séance du matin étant consacrée au CSE et celle de l'après-midi à la FSSSCT.

Les réunions sont organisées en présentiel et pour les membres de l'administration qui le souhaitent, en conférence audiovisuelle.

Les réunions du CSE et de la FSSSCT seront organisées exclusivement en présentiel, sauf en cas de force majeure, et après accord de la majorité des membres représentants du personnel sous réserve du respect des règles de confidentialité et de l'identification des participants. Pour assister à ces réunions audiovisuelles, les élus et mandatés disposent d'un matériel électronique fourni par l'employeur[43].

Le Président de ces instances veille au respect des règles du débat tout au long de la séance.

Un calendrier des instances sera transmis aux membres titulaires et membres suppléants du CSE et de la FSSSCT à chaque début d'année. Ce calendrier est également transmis aux cadres.

Les questions sont réparties en fonction du nombre de sièges détenu par les organisations syndicales au CSE et à la FSSSCT. Le nombre de questions mis à l'ordre du jour est au maximum égal au nombre de sièges.

L'alternance des questions par organisation syndicale et l'alternance des questions avec les points de la direction sont actés.

Article 21. Modalités de convocation des membres du CSE et de la FSSSCT[44]

Le CSE se réunit sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou dans un délai maximum d'un mois sur une demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Sur simple présentation de leur convocation, les membres titulaires et les membres suppléants du CSE et de la FSSSCT se voient accorder une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger dans leurs instances. Les membres suppléants du CSE et de la FSSSCT bénéficient d'une autorisation d'absence lorsqu'ils sont appelés à siéger conformément à l'article 24 du présent règlement intérieur.

Les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou règlementaire sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le Président.

Les membres de chaque instance sont convoqués par voie électronique, au moins 15 jours avant la séance. Ce délai peut être amené à 8 jours en cas d'urgence.

L'ordre du jour de chacune des instances est fixé par le Président du CSE, après consultation préalable du secrétaire du CSE et de la FSSSCT. L'ordre du jour du CSE inclut également les points demandés par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

[42] Articles R254-35 à R254-44.
[43] Article R254-45 à R254-47.
[44] Articles R254-35 à R254-44.

Toutes les pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission doivent être transmises aux membres au plus tard 8 jours avant la date de la séance.

Article 22. Secrétariat du CSE et de la FSSSCT[45]

21-1. La désignation du secrétariat

Le CSE et la FSSSCT élisent parmi leurs membres titulaires un secrétaire et un secrétaire suppléant.

L'élection se réalise par un vote à main levée, sauf si un vote à bulletin secret est demandé par la majorité des représentants titulaires de l'instance.

21-2. Rôle du secrétaire lors des instances

Le secrétaire de chaque instance :

- Propose au Président de l'instance les points à inscrire à l'ordre de jour.
- Anime les débats lors de la présentation des questions syndicales.
- S'assure que les points abordés à l'ordre du jour par une organisation syndicale soient traités par celle-ci sans interruption de son argumentation.

21-3. Secrétariat administratif des instances

Le secrétariat administratif est assuré par un agent désigné par le directeur de l'établissement.

Article 23. Quorum[46]

Le CSE et la FSSSCT ne délibèrent valablement que si la moitié au moins de leurs membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la séance.

Si ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours. Le CSE et la FSSSCT siègent alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Article 24. Présence des membres suppléants aux instances[47]

Les membres suppléants du CSE et de la FSSSCT, lorsqu'ils ne sont pas en suppléance de membre titulaire, peuvent assister aux séances de l'instance dans laquelle ils exercent une suppléance, dans la limite d'un représentant par organisation syndicale.

Lors de la première séance, après le renouvellement des instances suite aux élections professionnelles, tous les membres titulaires et tous les membres suppléants sont conviés à l'installation des deux instances.

Les membres suppléants ne prennent part ni aux débats ni au vote.

Article 25. Présence des personnes qualifiées[48]

Le Président peut, à son initiative ou à la demande des membres titulaires de l'instance concernée, convoquer des personnes qualifiées afin d'être entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour. Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du Président au plus tard 48 heures avant l'instance.

[45] Articles 254-13 à 254-17 du Code Général de la Fonction Publique.
[46] Article 254-47 du Code Général de la Fonction Publique.
[47] Article R254-21 du Code Général de la Fonction Publique.
[48] Article R254-31 du Code Général de la Fonction Publique.

L'inspection du travail peut participer à la FSSSCT. Elle est informée de la convocation et de l'ordre du jour de la FSSSCT, 15 jours à l'avance ou 8 jours en cas d'urgence.

Article 26. Vote[49]

Le CSE et la FSSSCT émettent des avis à la majorité des suffrages exprimés.

Seuls les représentants du personnel titulaires participent au vote.

Le président de chaque instance ne prend pas part au vote. Le vote a lieu à main levée, sauf si un vote à bulletin secret est demandé par la majorité des représentants titulaires de l'instance.

A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

En cas de vote unanimement défavorable, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen. Une nouvelle délibération est organisée dans un délai entre 8 à 30 jours. Une convocation est adressée aux membres dans un délai de 8 jours. Le quorum n'est pas exigé pour cette séance. Le maintien d'un vote unanimement défavorable ne donne pas lieu à une nouvelle réunion des instances.

Article 27. Procès-verbal[50]

Un procès-verbal est établi après chaque réunion du CSE et de la FSSSCT. Sa rédaction est assurée par la Direction des Ressources Humaines.

Il rend compte des débats et du détail des votes. Il est signé par le président et le secrétaire. Il est transmis dans un délai d'un mois aux membres du CSE et de la FSSSCT et est soumis à leur approbation lors de la séance suivante.

Le secrétaire de l'instance a accès sans délai à l'enregistrement de la séance, afin de pouvoir contribuer à la correction du procès-verbal.
Après approbation, il est diffusé aux membres de l'instance et aux agents via la Gestion Electronique Documentaire.

Les avis du CSE et de la FSSSCT sont également portés à la connaissance du personnel, dans la Gestion Electronique Documentaire, dans un délai d'un mois.

Article 28. Information et suivi des avis[51]

Les projets et avis émis par le CSE sont portés par le Président ou son représentant à la connaissance du Conseil de Surveillance.

Les avis du CSE et de la FSSSCT sont également portés à la connaissance du personnel, dans la GED, dans un délai d'un mois.

Le CSE et la FSSSCT doivent, dans un délai de deux mois, être informés des suites données à leurs avis ou propositions par une communication écrite du président à chacun des membres.

Article 29. Discrétion professionnelle[52]

Les séances du CSE et de la FSSSCT ne sont pas publiques.

Toutes les personnes participant au CSE et à la FSSSCT (membres titulaires et personnes invitées) sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle, à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

[49] Articles R254-58 à R254-72 du Code Général de la fonction Publique.
[50] Article R254-73 du Code Général de la Fonction Publique.
[51] Article R254-74 du Code Général de la Fonction Publique.
[52] Articles R254-52 à R254-53 du Code Général de la Fonction Publique.

Article 30. Moyens mis à la disposition des membres du CSE et de la FSSSCT[53]

Toutes facilités doivent être données aux membres du CSE et aux membres de la FSSSCT siégeant au sein des instances.

Les membres de la délégation de la formation spécialisée disposent d'un droit d'accès aux locaux lors des visites de service. Une décision du directeur de l'établissement ou de son représentant fixe une adaptation de ce droit pour les locaux à accès règlementé.

Les membres du CSE et de la FSSSCT bénéficient de formations portant sur les compétences de leur instance, comme suit :

- ✓ Pour les représentants élus siégeant dans les deux instances 10 jours de formation, sur les compétences de chacune des instances ;

- ✓ Pour les représentants siégeant uniquement au CSE mais ne siégeant pas à la FSSSCT : 3 jours de formation sur les compétences du CSE et 3 jours de formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

- ✓ Pour les représentants siégeant uniquement à la FSSSCT : 5 jours de formation sur les compétences de la FSSSCT. Ils bénéficient, à ce titre, du congé pour formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail pour 2 des 5 jours

Des heures de délégation sont accordées à chacun des représentants du personnel titulaires et suppléants à la formation spécialisée, fixées comme suit : dans les établissements comptant plus de 1500 agents : 20 heures par mois[54]

Pour le CSE[55] et la FSSSCT : la durée de l'autorisation d'absence comprend, outre les délais de route, une durée de temps égale au triple de la durée prévisible de la réunion (La durée prévisionnelle portée sur Chronos pourra être rectifiée de façon à prendre en compte la durée effective de l'instance), destinée à permettre aux intéressés d'assurer la préparation et le compte rendu des travaux.

Des autorisations d'absence sont accordées aux représentants du personnel faisant partie de la délégation de la FSSSCT, réalisant les enquêtes.



[53] Articles R254-75 à 254-78 du Code Général de la Fonction Publique.
[54] Article R214-52 du Code Général de la Fonction Publique.
[55] Articles R214-36 et 37, R214-41, 45 et 46 du Code Général de la Fonction Publique. .

	Nom	Fonction	Date	Visa
Rédaction	Mme THILLEROT	Responsable GHT des relations avec les usagers	09/03/2021	
Validation	Mme JEAN	Directrice des Affaires Générales, Juridiques, de la Clientèle, de la Recherche clinique et de l'Innovation		
	CDU du GHI Le Raincy Montfermeil			
	CDU du CHI André GREGOIRE			
	CDU du CHI Robert BALLANGER			
Approbation	M. DORLAND	Directeur de la Qualité et de la Gestion des risques		

Mots-clés	Règlement intérieur, CDU, usagers
Destinataires	Les membres de la CDU

I. Objectifs

Ce document a pour objet de préciser l'organisation et le fonctionnement de la Commission des usagers de chacun des établissements composant le GHT GPNE.

II. Domaine d'application

Ce document s'applique aux membres de chaque CDU du GHT GPNE.

III. Référentiels et documents associés

Décret n° 2016-726 du 1 er juin 2016 relatif à la Commission des usagers
Décret n°2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la Commission des usagers des événements indésirables graves associés aux soins
Articles L1112-3, R1112-79 à R1112-90 du Code de la Santé Publique
Liste nominative des membres de la CDU de chacun des établissements du GHT GPNE

IV. Définitions et abréviations

ARS : Agence régionale de santé
CDU : Commission des usagers

V. Description

A. Composition et désignation

La Commission des Usagers est composée des membres désignés ci-après :

1. Membres titulaires (voix délibérative) :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet
- Le médiateur médecin
- Le médiateur non médecin

Les documents non conformes à la procédure PC 020 000 sont des documents dont la maintenance n'est pas assurée dans le cadre du système de gestion documentaire institutionnel

- Deux représentants des usagers

2. Membres suppléants (voix consultative) :

Ils sont systématiquement convoqués aux séances, sans participation cependant aux votes, de manière à avoir le même niveau d'information.

3. Composition élargie :

Peuvent également participer aux séances :

- Le président de la CME ou son représentant
- Le représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques et son suppléant
- Le représentant du personnel et son suppléant
- Le représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant.

La commission peut de plus entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour, il s'agit des membres « invités ».

Certains d'entre eux peuvent l'être à titre permanent, il peut ainsi s'agir :

- Du ou des membres de la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques (Le responsable de la politique qualité assiste aux séances avec voix consultative) ;
- Du Directeur de la Clientèle
- Du responsable GHT des relations avec les usagers et/ou le chargée des relations avec les usagers du site concerné

4. Modalités de désignation des membres et durée des mandats :

a) <u>Président et vice-président :</u>

Le Président et le Vice-Président sont élus parmi les membres suivants :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet
- Un médiateur médecin ou non médecin (ou suppléant)
- Un représentant des usagers (ou suppléant).

Ils sont élus par l'ensemble des membres composant la Commission.
Le vote a lieu au scrutin secret et uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Le vice-président doit être issu d'une autre catégorie que celle du président.

La durée du mandant du président et du vice-président est de trois ans renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

Le Président dirige les débats et organise et votes auxquels il prend part.

b) <u>Médiateurs :</u>

Ils sont désignés par le Directeur de l'établissement :

- Pour les médiateurs médecins : parmi les médecins en exercice ou ayant cessé d'y exercer la médecine, après avis de la Commission médicale d'établissement.
- Pour les médiateurs non médecins : parmi le personnel non médical exerçant dans l'établissement.

La durée de leur mandat est fixée à trois ans renouvelable conformément l'article R.1112-85 du code de la santé publique.

c) Représentants des usagers :

Ils sont désignés par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé et la durée de leur mandat est fixée à trois ans renouvelable conformément l'article R.1112-85 du code de la santé publique.

Ceux-ci s'engagent à signifier à l'établissement tout retrait d'agrément ou dissolution de l'association ayant proposé sa nomination.

d) Autres membres :

Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

5. Assiduité

Les membres de la CDU s'engagent à assister aux séances avec régularité.

En cas de vacance prolongée ou répétée d'un siège, le président demande ou procède au remplacement de la personne concernée, à qui il demande également de formaliser sa démission.

En cas de perte de la qualité au titre de laquelle il a été désigné, un autre membre est désigné dans les mêmes conditions pour achever la durée du mandat restant à accomplir.

Pour les salariés de l'établissement, la participation aux réunions est imputée sur le temps de travail. Pour les autres membres, les fonctions sont exercées à titre gratuit.

B. Fonctionnement

1. Secrétariat

Il est assuré par la Direction Clientèle de l'établissement.

2. Convocation

La CDU se réunit sur convocation de son président par courrier électronique au moins 15 jours avant la date de la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à 3 jours ouvrés.

Le président est tenu de convoquer la CDU sur demande formulée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

3. Ordre du jour

L'ordre du jour comporte les questions proposées par le Président de la commission ou par l'un de ses membres (sur la base d'une demande adressée au Directeur).

Les documents non conformes à la procédure PC 020 000 sont des documents dont la maintenance n'est pas assurée dans le cadre du système de gestion documentaire institutionnel

Le Président peut associer les différents membres de la CDU à la préparation des réunions et des supports utilisés et arrête l'ordre du jour.

Ce dernier est communiqué au moins 15 jours avant la réunion sauf en cas d'urgence où le délai ne peut être inférieur à un jour franc.

Il comporte au minima :

- La validation du compte-rendu de la réunion précédente ;
- Des points présentés par la Direction de la Clientèle (rapport d'activité ; réclamations issues des pré-CDU…) ;
- Des points présentés par la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques.

4. Réunions

La Commission se réunit à deux reprises chaque trimestre, de manière restreinte en « pré-CDU » et de manière « plénière ».

Lors de la pré-CDU, également appelée réunion de travail préparatoire à la CDU, se réunissent :

- le médiateur médecin ou son suppléant,
- le médiateur non médecin ou son suppléant,
- les représentants des usagers,
- le Directeur de la Clientèle et/ou son représentant,
- un représentant de la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques.

Cette réunion a pour objet de faire le point et d'échanger sur les réclamations clôturées notamment, le cas échéant, sur les actions correctives proposées. Celles-ci seront ensuite portées à la connaissance de la Commission, pour validation, puis recensées en lien avec la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques.

Le calendrier des réunions plénières et restreintes est transmis par la direction clientèle à l'ensemble de ses membres en fin d'année pour l'année suivante.

2. Quorum, délibérations et votes

La Commission ne peut délibérer valablement que si la moitié de ses membres ayant voix délibérative est présente. Si le quorum n'est pas atteint, la commission est convoquée dans les 15 jours avec le même ordre du jour. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les membres titulaires ont voix délibérative et les suppléants ont voix délibérative en cas d'absence de leur titulaire.

Les votes ont lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletins secrets par au moins un membre ayant voix délibérative.
Le Président prend part au vote et, en cas de partage égal des voix, sa voix est prépondérante.

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

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

3. Compte rendu de réunion

A l'issue de chaque réunion, le secrétariat de la Commission rédige un compte-rendu adressé en annexe de la convocation à la prochaine réunion pour validation collective.

4. Secret professionnel

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226.13 et 226.14 du code pénal.

La commission peut avoir accès aux données médicales relatives aux plaintes et réclamations dont elle est saisie sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants-droit si elle est décédée.

C. Missions et attributions

1. Examen des plaintes, réclamations et évènements indésirables

Dans le cadre de sa mission de garantir le respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches, les membres de la commission examinent les plaintes et réclamations adressées à l'établissement, ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel, et veillent à ce que toute personne puisse exprimer ses griefs, entendre les explications apportées et être informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

L'ensemble de ces plaintes et réclamations ainsi que les réponses qui y sont apportées par le responsable de l'établissement sont tenues à disposition des membres de la commission. Leur examen est réalisé selon la procédure GHT en vigueur au sein des établissements du GHT.

Sont également examinés, au moins une fois par an, les événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

2. Appréciation et amélioration de la politique, d'accueil et de prise en charge des patients de leur entourage

La Commission procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées.

Sont également portées à sa connaissance les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Elle formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

Elle est associée à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la Commission médicale d'établissement, fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Les documents non conformes à la procédure PC 020 000 sont des documents dont la maintenance n'est pas assurée dans le cadre du système de gestion documentaire institutionnel

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement contribue à son élaboration. La commission des usagers le transmet au représentant légal de l'établissement et le propose en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

Elle recense enfin les avis, recommandations ou mesures adoptées au cours de l'année écoulée par les diverses instances consultatives de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre.

3. Rapport annuel

Chaque année, la commission, au travers de son secrétariat, élabore un rapport. Celui-ci comprend :

- Son fonctionnement
- Sa composition
- La synthèse des réclamations, demandes de dossiers, recours et évènements indésirables reçus et traités au cours de l'année précédente
- Les résultats des enquêtes de satisfaction des usagers
- Les actions menées et difficultés rencontrées
- Ses recommandations et analyses visant à améliorer le fonctionnement de l'établissement ainsi que la prise en charge et la qualité des soins aux usagers
- Le suivi et l'évaluation des mesures demandées et adoptées sur les questions de la prise en charge.

Il ne comporte que des données anonymes.

Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au Conseil de Surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Il est également transmis à l'Agence Régionale de Santé et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

Les représentants des usagers seront saisis du projet du rapport au plus tard un mois avant la date d'envoi à l'ARS.

D. Publicité

L'existence de la Commission, ses missions ainsi que sa composition sont également portées à la connaissance des usagers et personnels par tous moyens adaptés (affichage, livret d'accueil, site internet…)

E. Modification du règlement intérieur

Le présent règlement peut être modifié si nécessaire sur demande de l'un des membres de la Commission ou de la Direction de la Clientèle.

ETAPE	NOM ET PRENOM – FONCTION ET SERVICE
Rédaction	Direction des Affaires Juridiques
Validation	
Vérification	
Classement	

PREAMBULE

Les établissements du GHT GPNE ont une autonomie conformément au principe de subsidiarité prévu dans la Convention de Direction commune du GHT GPNE de 2018. Une stratégie propre à chaque site du GHT GPNE est conservée, en cohérence avec la stratégie commune.

Dès lors, le directeur général peut, après consultation du conseil de surveillance d'établissement, met en place un ou plusieurs conseils de surveillance de site.

Aussi, au sein de chaque site du GHT GPNE, il est institué un conseil de surveillance de site afin de prendre en compte les spécificités locales, notamment liées à l'organisation des parcours de soins et aux caractéristiques propres à chaque territoire.

I. ROLES ET ATTRIBUTIONS

Le conseil de surveillance de site est consulté sur :
- Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les initiatives de coordination avec les acteurs du territoire, y compris relatives aux parcours de soins.

Le conseil de surveillance de site est informé sur :
- La mise en œuvre, à l'échelle locale, du projet d'établissement du GHT GPNE
- Les projets structurants ou partenariaux concernant le site ;
- Les éléments d'activité et d'organisation du site.

Le conseil de surveillance peut :
- Emettre des avis, recommandations ou propositions, qui seront transmises au conseil de surveillance d'établissement

II. COMPOSITION

Le directeur général du GHT GPNE arrête la composition du conseil de surveillance de site.

Il comprend des représentants répartis en quatre catégories, à savoir :

1. Représentants des collectivités territoriales
    a. Elus des communes d'implantation de l'établissement concerné ou leurs représentants ;
    b. Le cas échéant, un représentant du département concerné
2. Représentants des professionnels de l'établissement
    a. Membres du personnel médical ;
    b. Représentants des personnels paramédicaux ;
    c. Représentants des organisations syndicales
3. Usagers et personnalités qualifiées
    a. Représentants des usagers issus notamment d'associations agrées ;
    b. Personnalités qualifiées en lien avec les enjeux de santé publique.
4. Acteurs du système de santé
    a. Professionnels de santé du territoire
    b. Représentants d'établissements ou structures sanitaires et médico-sociales partenaires

En fonction des sujets inscrits à l'ordre du jour, des intervenants extérieurs peuvent être invités.

III. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

A. Réunions

Le Conseil se réunit à l'initiative de son président, au moins une fois par an et chaque fois que nécessaire.
L'ordre du jour est préparé par le président, en lien avec le directeur de site et le directeur général.
Les membres sont convoqués dans un délai raisonnable, accompagné des documents utiles à l'examen des points inscrits.

B. Présidence

Le Conseil élit en son sein un président, pour une durée déterminée, selon les modalités fixées par le directeur général.
Un vice-président est également désigné afin d'assurer la continuité des travaux en cas d'empêchement.

C. Secrétariat et suivi des travaux

Le secrétariat est assuré par les services du site.
Chaque réunion donne lieu à un relevé de conclusions ou procès-verbal, validé lors de la séance suivante.

D. Règles de participation

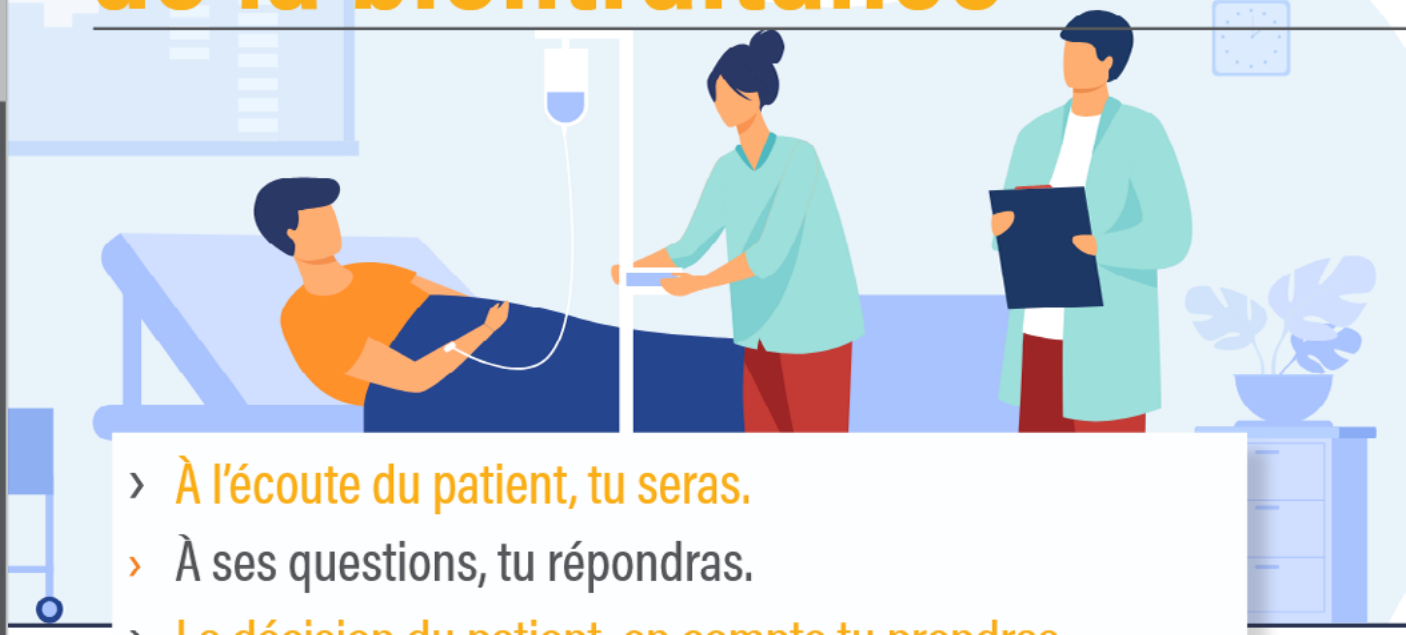
Les réunions ne sont pas publiques.
Les membres sont tenus à une obligation de discrétion concernant les informations échangées dans ce cadre.
Une participation régulière est attendue : en cas d'absences répétées non justifiées, il peut être procédé au remplacement du membre concerné.

E. Articulation avec les autres instances

Les travaux du conseil de surveillance de site alimentent ceux du conseil de surveillance d'établissement.
Le conseil de site peut, en tant que de besoin, constituer des groupes de travail thématiques, notamment sur les enjeux de coordination entre la ville et le site hospitalier concerné.

Charte
de la bientraitance

Groupement Hospitalier de Territoire
Grand Paris Nord-Est
Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil



- À l'écoute du patient, tu seras.
- À ses questions, tu répondras.
- La décision du patient, en compte tu prendras.
- Le temps nécessaire au patient, tu consacreras.
- La dignité et l'intimité du patient, tu respecteras.
- L'autonomie du patient, tu favoriseras.
- Les besoins et attentes du patient, tu prendras en compte.
- Sur les transmissions et les prescriptions, tu t'appuieras.
- De la prise en charge de la douleur, tu t'inquièteras.
- Aux appels sonnettes, tu répondras.
- La qualité et la sécurité des soins, tu assureras.
- Du confort et de la satisfaction du patient, une priorité tu feras.

Chaque jour,
cette charte tu appliqueras.

Diffusion contrôlée		
Rédigé:	Validé :	Approuvé:
Par : **Date :**	**Par :** **Date:**	**Par :** **Date :**
Destinataires ***(Services/Fonctions)***		
Pour application : ***Pour information :***		

Historique du document			
Version	**Date**	**Emetteur(s)-Rédacteur(s)**	**Nature de la modification**
0.1	19/01/2017	Franck CHAMMING'S	Création du document
0.2	24/04/2017	Eric DEMANGE	Modifications mineures
0.3	01/06/2022	Eric DEMANGE	Version GPNE
0.4	31/03/2022	Eric DEMANGE	IA & réseaux sociaux

Mots clés
Charte ; Sécurité ; Usage ; Systèmes d'information

Table des matières

1 OBJET 2

2 CHAMP D'APPLICATION 2

3 CADRE REGLEMENTAIRE 3

4 PROTECTION DE L'INFORMATION 3

5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES 4

6 USAGES DES RESSOURCES INFORMATIQUES 4

6.1 LE POSTE DE TRAVAIL 4

6.2 LES LOGICIELS ET LES APPLICATIONS 5

6.3 LES EQUIPEMENTS MOBILES DE STOCKAGE 5

7 USAGES DES OUTILS DE COMMUNICATION & IA 5

7.1 SURVEILLANCE DU SYSTEME D'INFORMATION 5

7.2 INTERNET 6

7.3 MESSAGERIE 6

7.4 MESSAGERIE SECURISEE DE SANTE 7

7.5 AUTRES ECHANGES SECURISES 7

7.6 TELEPHONIE 7

7.7 RESEAUX SOCIAUX 8

7.8 INTELLIGENCE ARTIFICIELLE 8

8 USAGE DES MOYENS D'ACCES 8

9 PROCEDURE APPLICABLE LORS DU DEPART DE L'UTILISATEUR 9

10 RESPONSABILITES - SANCTIONS 9

11 PROCESSUS DE DIFFUSION ET D'ACCEPTATION 10

1 OBJET

La présente charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet du GHT GPNE et de rappeler à leurs utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité du système d'information de la structure, et la protection des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par la structure.

Cette charte a été validée par les instances dirigeantes du GHT GPNE.
Elle constitue une annexe au Règlement Intérieur de la structure. Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance.
La charte est mise à leur disposition sur le réseau informatique et affichée dans les locaux.

2 CHAMP D'APPLICATION

La présente charte concerne les ressources informatiques, les services internet et les services téléphoniques du GHT GPNE, ainsi que tout moyen de communication permettant d'accéder à distance à ces ressources et services de la structure.

Il s'agit principalement des ressources suivantes :

- Ordinateurs de bureau ;
- Ordinateurs portables ;
- Tablettes /Smartphones ;
- Scanners ;
- Imprimantes simples ou multifonctions ;
- Serveurs ;
- Autres petits matériels (lecteur codes à barres, systèmes de dictée numérique, …etc.).

Cette charte s'applique à l'ensemble du personnel du GHT GPNE, tous statuts confondus, et concerne notamment les utilisateurs permanents ou temporaires (stagiaires, internes, doctorants, prestataires, fournisseurs, sous-traitants, …) utilisant les moyens informatiques de la structure, que cet usage soit réalisé depuis les locaux de la structure ou à distance. Dans la présente Charte, sont désignés sous les termes suivants :

- **Ressources informatiques** : les moyens informatiques, accessibles directement ou à distance ;
- **Outils de communication** : les moyens d'échanges ou de diffusion d'informations divers (téléphonie, web, messagerie, forum, etc.) ;
- **Utilisateurs** : les personnes autorisées à utiliser les ressources informatiques et les services internet de l'établissement.

3 CADRE REGLEMENTAIRE

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information est complexe.
Il porte sur les grands thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
  - Le traitement de données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
  - Le traitement de données de santé à caractère personnel ;
- L'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales ;
- L'hébergement de données de santé ;
- Le secret professionnel et le secret médical ;
- La signature électronique des documents ;
- Le secret des correspondances ;
- La lutte contre la cybercriminalité ;
- La protection des logiciels et des bases de données au regard du droit d'auteur.

La présente Charte tient compte de la réglementation en vigueur sur la sécurité de l'information et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

4 PROTECTION DE L'INFORMATION

La protection du patrimoine d'information du GHT GPNE vise avant tout à assurer **sa disponibilité, son intégrité, sa confidentialité et son auditabilité**. Même si des dispositions organisationnelles et techniques sont prises au niveau de la structure, elles ne constituent qu'un premier niveau de protection. Chaque collaborateur a un rôle individuel essentiel à jouer.

Le personnel se doit de respecter le secret professionnel et/ou médical. Il doit faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de ses missions. **Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.**

Notamment, chaque utilisateur doit :

- *signaler à sa hiérarchie ou aux contacts désignés tout événement lui paraissant susceptible de compromettre la sécurité du système d'information* : RSSI@ght-gpne.fr
- veiller à préserver la confidentialité des informations qui lui sont confiées en adoptant une politique du bureau propre;
- assurer la disponibilité et la pérennité des informations gérées au niveau de son environnement de travail en utilisant les différents moyens de sauvegarde et de duplication mis à sa disposition, si cette charge lui incombe ;
- *assurer la confidentialité des mots de passe ou codes utilisés pour les dispositifs de contrôle d'accès*
- *assurer la protection des dispositifs qui participent au contrôle d'accès et qui lui sont confiés à titre strictement personnel (carte de la famille CPX, générateur de mot de passe unique, etc.).*

Notamment, chaque utilisateur ne doit pas :

- *faire usage d'informations dont il aurait connaissance sans qu'elles ne lui soient destinées, quand bien même celles-ci ne seraient pas explicitement protégées ;*
- *transmettre sans autorisation des informations sensibles à l'extérieur de la structure, par le biais de la messagerie,* ***d'outils*** *en mode « cloud » ou de tout autre support (oral, papier…) ;*
- fournir des informations à une entité tierce (sous-traitant, personne extérieure à la structure) sans l'aval de la hiérarchie ;
- transmettre des informations d'ordre professionnelles sur les réseaux sociaux ;
- perturber volontairement le fonctionnement du système d'information par l'introduction de programmes malveillants ou par tout autre action ;
- contourner les règles et restrictions d'utilisation des ressources mises à sa disposition par la Direction des Systèmes d'Information (DSI).

5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Le traitement des données à caractère personnel doit respecter les principes de finalité, de proportionnalité et de durée de conservation. Aucun transfert de données sensibles ne doit être effectué en dehors des outils autorisés. Toute manipulation ou extraction de données personnelles doit être justifiée et encadrée. En cas de violation de données, l'utilisateur doit en informer sans délai la personne en charge de la conformité RGPD. : dpo@ght-gpne.fr

6 USAGES DES RESSOURCES INFORMATIQUES

6.1 Le poste de travail

Dans le cadre de sa mission, un utilisateur peut se voir fournir un ou plusieurs postes de travail, fixe ou nomade. Il est de son devoir d'appliquer les règles de bonne pratique liées à ce type de matériel.

Notamment, chaque utilisateur doit :

- *veiller à conserver en bon état de fonctionnement le matériel et les logiciels mis à sa disposition;*
- veiller à ce que les règles de verrouillage de session soient bien appliquées sur son matériel ;
- signaler tout dysfonctionnement, anomalies, vol, perte ou sortie anormale du matériel à la DSI;
- s'engager à sécuriser son matériel avec les moyens mis à disposition par la DSI locale (système antivol etc…) ;
- *utiliser les espaces de stockage des lecteurs réseau et l'intranet pour héberger ses données professionnelles.*

Notamment, chaque utilisateur ne doit pas :

- utiliser les équipements pour un usage personnel, sauf dans les limites fixées par la DSI locale si ce dernier l'a autorisé explicitement ;
- faire usage de postes de travail pour lesquels il n'a pas été explicitement autorisé ;
- *utiliser les équipements, les espaces de stockage des lecteurs réseau et l'intranet pour héberger ses données personnelles.*

6.2 Les logiciels et les applications

L'utilisation de logiciels du commerce est soumise au respect du code de la propriété **intellectuelle** défini par le législateur.

Chaque utilisateur doit avoir conscience :

- que l'utilisation de logiciels est soumise à l'acquisition de licences d'utilisation;
- que la loi protège les logiciels contre la copie ;
- que sa responsabilité civile et pénale sera engagée en cas de copie ou de piratage de logiciel ;
- qu'un logiciel sans licence, qu'il soit d'utilisation gratuite ou non, est une contrefaçon ou une source d'infection virale, voire d'intrusion par un tiers ;
- qu'aucune installation de logiciel piraté sur le poste de travail, même pour utilisation à titre personnelle, ne sera admise.

6.3 Les équipements mobiles de stockage

L'usage de périphérique type clés USB ou disques externes doit rester exceptionnel, à noter :

- seuls les périphériques de stockage fournis par la structure sont autorisés ;
- chaque périphérique de ce type doit faire l'objet d'un scan par l'antivirus à chaque utilisation par l'utilisateur.
- en règle générale, aucun objet communicant (smartphone, montre, bracelet, carte à puce…) ni aucun objet connecté de santé (dispositif médicaux, DMI ou objet en test) ne peut être connecté au réseau sans l'aval de la DSI, qui aura procédé à toutes les vérifications nécessaires à la validation du dispositif.

7 USAGES DES OUTILS DE COMMUNICATION & IA

7.1 Surveillance du Système d'Information

Afin de répondre aux exigences légales et de permettre les investigations en cas d'incident de sécurité, la DSI locale trace et peut faire analyser le trafic informatique entrant et sortant de son réseau.

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;
- Le système auquel il est accédé ;
- Le type d'opération réalisée ;
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimée des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'hôpital ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet).

Le personnel de la DSI respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction. Ils peuvent être amenés à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs, ou dans le cadre de campagne de sensibilisation ou de phishing (campagne de faux emails en vue d'estimer la vulnérabilité des agents).

7.2 Internet

Dans le cadre de sa mission, un accès à Internet peut être fourni à l'utilisateur.

Toute l'activité Internet de l'utilisateur peut donc être tracée. Ces traces ont cependant pour seule finalité la sécurité du système d'information et le respect des exigences légales. Leur accès est restreint aux seules personnes chargées de ces sujets. Elles ne sont en aucun cas disponibles aux autres personnels, ni pour quelque autre utilisation. La DSI locale se réserve le droit de bloquer certains contenus et sites web.

Seuls ont vocation à être consultés les sites Internet présentant un lien direct et nécessaire avec l'activité professionnelle, sous réserve que la consultation n'excède pas une durée raisonnable et présente une utilité au regard des fonctions exercées ou des missions à mener.

7.3 Messagerie

De même, l'utilisation de la messagerie est sujette à certaines bonnes pratiques.
Une vigilance accrue est nécessaire en ce qui concerne le traitement des pièces jointes.

Notamment, l'utilisateur doit :

- rester prudent en ce qui concerne les pièces jointes provenant de destinataires inconnus ou dont le titre ou le format paraissent incohérents avec les fichiers envoyés habituellement par les contacts, et cela même si les pièces jointes sont analysées (Antivirus) avant d'être délivrées dans la messagerie ;
- prévenir immédiatement le support informatique en cas de doute ou d'ouverture de pièces jointes piégées.

Notamment, chaque utilisateur ne doit pas :

- répondre à une demande d'informations personnelles ou confidentielles (code confidentiel, mot de passe, etc…)
- transférer automatiquement ou manuellement les mails professionnels vers des messageries privées externes à la structure. Seuls le cas de l'astreinte ou les cas de force majeure peuvent justifier ce type d'usage, à l'unique condition que ces modalités aient été préalablement prévues et validées par le responsable sécurité ;
- utiliser une adresse de messagerie professionnelle pour s'inscrire à des forums ou flux d'actualité qui ne sont pas liés aux métiers de la structure ;
- inscrire une liste de diffusion professionnelle à des forums ou flux d'actualité quel qu'ils soient ;
- utiliser la messagerie d'un collaborateur sans son consentement ;

- relayer des messages type chaînes de lettre.

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Il ne doit pas entraver la bonne marche du travail de l'utilisateur, ne pas être contraire aux intérêts de la DSI locale ni aux lois et règlements en vigueur, et doit rester raisonnable dans sa durée.
Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet.
A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ou « personnel » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.
En cas d'absence d'un agent et afin de ne pas interrompre le fonctionnement du service, la DSI peut ponctuellement transmettre au supérieur hiérarchique un message électronique à caractère exclusivement professionnel et identifié comme tel.

En cas d'absence prolongée d'un agent (longue maladie), le responsable de service peut demander à la DSI, via une demande écrite de support (outil hotline) le transfert des messages reçus.

7.4 Messagerie sécurisée de santé

La messagerie sécurisée à destination des professionnels de santé doit être utilisée en cas d'échanges de données médicales à caractère personnel entre professionnels de santé, que ce soit au sein de l'établissement ou vers l'extérieur.
Tout professionnel de santé est tenu de respecter le cadre juridique de l'échange des données de santé (article L1110-4 du code de la santé publique). Les données de santé à caractère personnel sont des données sensibles, protégées par la loi et dont le traitement est en outre soumis aux principes de la protection des données personnelles tels que définis par la loi Informatique et Libertés.
La DSI locale ne peut avoir accès aux données échangées, les informations étant cryptées et inaccessibles pour tout non professionnel de santé.

7.5 Autres échanges sécurisés

Pour traiter les besoins d'échange non couverts par la messagerie, le GHT s'est doté de la solution d'échange de fichiers BlueFiles. L'usage des autres solutions d'échange de fichier (Dropbox, WeTransfer,…) qui posent de graves problèmes de confidentialité est interdit

7.6 Téléphonie

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie.

Notamment, chaque utilisateur doit :

- s'assurer de l'identité de l'interlocuteur ;
- veiller à ne pas dépasser les forfaits de l'abonnement fourni.

Notamment, chaque utilisateur ne doit pas :

- utiliser la téléphonie à titre privé, elle est toutefois tolérée à condition qu'elle demeure raisonnable.

Les dispositions mentionnées plus haut concernant les logiciels, la messagerie ainsi qu'internet s'appliquent également aux smartphones.

7.7 Réseaux sociaux

Se référer a la charte dédiée aux réseaux sociaux : GPNE – Charte Réseaux Sociaux

7.8 Intelligence artificielle

Se référer à la charte dédiée à l'IA : GPNE – Charte IA

8 USAGE DES MOYENS D'ACCES

Chaque collaborateur dispose d'un (ou plusieurs) compte(s) nominatif(s) lui permettant d'accéder aux applications et aux SI de l'établissement. Ce compte est exclusivement personnel.
Pour utiliser ce compte nominatif, le collaborateur dispose d'un identifiant (« login ») et d'un mot de passe.
Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe (ou du code personnel associé à la carte), et de la carte qui lui a été confiée le cas échéant, et de l'usage qui en est fait.
Il doit veiller à conserver secrets ses mots de passe et codes personnels, et à protéger sa carte CPS ou équivalent contre le vol, afin que personne ne puisse se connecter avec son propre compte.

Notamment, chaque utilisateur doit :

- fermer ou verrouiller sa session lorsqu'il quitte son poste ;
- fermer sa session systématiquement avant de quitter le soir pour les postes qui ne sont pas utilisés pendant la nuit ;
- signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

Notamment, chaque utilisateur ne doit pas :

- usurper une identité en utilisant ou en tentant d'utiliser le compte d'un autre utilisateur ou en agissant de façon anonyme dans le système d'information ;
- communiquer son mot de passe à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des S.I., même pour une situation temporaire ;
- mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage ;
- contourner ou tenter de contourner les restrictions d'accès aux logiciels. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux principes d'utilisation communiqués lors de formations ou dans les manuels et procédures remis aux utilisateurs.

9 PROCEDURE APPLICABLE LORS DU DEPART DE L'UTILISATEUR

Lors de son départ, l'utilisateur doit restituer à la DSI les matériels mis à sa disposition. Il doit préalablement effacer ses fichiers et données privées. Toute copie de documents professionnels doit être autorisée par le responsable de service de l'utilisateur.
Le compte et les données personnels à caractère professionnel (Mails, documents non partagés, …) de l'utilisateur sont, en tout état de cause, supprimés dans un délai maximum d'un mois après son départ (maximum 2 mois sur demande).

10 RESPONSABILITES - SANCTIONS

Le manquement aux règles et mesures de sécurité et de confidentialité définies par la présente charte est susceptible d'engager la responsabilité de l'utilisateur et d'entraîner des sanctions à son encontre.
Des sanctions en interne peuvent être prononcées, elles consistent :

- dans un premier temps, en un rappel à l'ordre émanant de la DSI, après avis du responsable de service de l'utilisateur en cas de non-respect des règles énoncées par la charte ;
- dans un second temps, et en cas de renouvellement, après avis du responsable de service de l'utilisateur et de son supérieur hiérarchique, en des sanctions disciplinaires prises notamment après avis de la commission administrative paritaire compétente.

Ces sanctions ne sont pas exclusives de l'application des dispositions du code pénal en matière de non-respect de l'utilisation des SI.

Dispositions légales applicables :

- *Directive 95/46/CE du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.*
- *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004. Dispositions Pénales :*
  - *Code Pénal (partie législative) : art 226-16 à 226-24*
  - *Code Pénal (partie réglementaire) : art R. 625-10 à R. 625-13*
- *Loi n°88-19 du 5 janvier 1988 relative à la fraude informatique dite loi Godfrain. Dispositions pénales :*
  - *Code pénal art 323-1 à 323-3.*
- *Loi n°2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique (LCEN).*
- *Loi n°94-361 du 10 mai 1994 sur la propriété intellectuelle des logiciels. Disposition pénale :*
  - *Code Pénal : art L.335-2*
- *la loi n°92-685 du 22/07/1992 relative à la fraude informatique (article 323-1 à 323-7 du Code pénal);*
- *la loi du 10/07/91 relative au secret des correspondances émises par voie de télécommunication;*
- *la loi n°92-597 du 01/07/1992 la législation relative à la propriété intellectuelle;*
- *la loi du 04/08/1994 relative à l'emploi de la langue française ;*
- *la législation applicable en matière de cryptologie, notamment l'article 28 de la loi du 29/12/90 sur la réglementation des télécommunications dans sa rédaction issue de l'article 17 de la loi du 26/07/96 et par ses décrets d'application du 24/02/98, 23/03/98 et 17/03/99;*
- *la directive 96/9CE du 11 mars 1996 concernant la protection juridique des bases de données ;*
- *la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;*
- *loi n°227-23 du code pénal, qui criminalise le fait, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre, en vue de sa diffusion, l'image ou la représentation d'un mineur qui présente un caractère pornographique.*
- *Loi n° 92-684 : du 22/07/1992 : sur la déclaration de tout fichier (de tout site) comportant des données nominatives,*
- *la loi relative aux infractions de presse du 29/07/1881, modifiée, sanctionnant notamment la diffamation, le négationnisme, le racisme et les injures et la loi relative aux infractions aux règles de cryptologie du 29/12/1990 modifiée le 26/07/1996*

11 PROCESSUS DE DIFFUSION ET D'ACCEPTATION

La présente charte est une annexe du règlement intérieur.

Elle est disponible dans le répertoire « public » accessible depuis l'ensemble des postes informatiques. Toute mise à jour, donne lieu à une communication aux instances représentatives, mais également par courrier électronique et par courrier interne pour diffusion dans les services.

Toute réclamation, tout refus d'appliquer cette Charte en vigueur devra être formulé, de façon nominative, par courrier électronique ou courrier interne au secrétariat de la DSI.

Charte des usages de l'intelligence artificielle

Version applicable à compter du 1er xxxxxxx 2026

Groupement Hospitalier de Territoire
Grand Paris Nord-Est
Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil

L'intelligence artificielle transforme en profondeur nos manières d'apprendre, de produire et de collaborer. Le GHT promeut un usage responsable, éthique et éclairé de ces technologies.

Cette charte pose un cadre commun, partagé par l'ensemble des publics du GHT, pour encourager une utilisation raisonnée de l'IA, tout en prévenant les dérives possibles.

Elle s'inscrit dans une dynamique de sensibilisation, de responsabilisation et de soutien à l'évolution de nos pratiques. Cette charte est évolutive et fera l'objet d'un réexamen annuel.

Objectifs

- **Fournir un cadre clair et lisible** pour accompagner les usages d'outils d'IA dans les activités de soins, de recherche, d'évaluation, de gestion et de production.
- **Encourager des usages responsables et transparents**, en veillant au respect des données, à la qualité des productions et à la compréhension des apports réels de l'IA.
- **Prévenir les risques liés à la confidentialité, aux biais**, aux erreurs de contenu ou aux usages non maîtrisés dans un contexte professionnel ou académique.
- **Favoriser une culture commune de l'IA au sein de du GHT**, en soutenant la montée en compétence progressive des agents, élèves et intervenants.
- **Garantir l'équité et la déontologie** dans les processus d'analyse, d'évaluation, d'apprentissage et de prise de décision, dans un cadre démocratique, notamment face aux inégalités d'accès aux outils.

Recommandations générales

L'usage de l'IA au GHT GPNE s'inscrit dans un cadre de déontologie du service public, fondé sur les principes de neutralité, d'égalité de traitement, de probité et d'exemplarité. Chaque agent, intervenant et élève incarne ces valeurs dans ses usages numériques.

Cette charte s'articule avec le règlement intérieur et à la charte informatique du GHT GPNE auxquels il convient de se référer.

Les 5 piliers communs à tous les usagers

1. Responsabilité

Chaque usager est pleinement responsable des contenus qu'il produit, même lorsqu'ils sont assistés par une IA. L'outil ne dispense ni de vérifier l'exactitude des propos, ni d'assumer la portée de ce qui est diffusé.

2. Données et sécurité

Les outils d'IA en accès libre ne doivent pas être utilisés pour traiter ou transmettre des données sensibles, personnelles ou confidentielles. La vigilance s'impose sur la nature des informations saisies, ainsi que sur les plateformes utilisées.

3. Esprit critique

L'IA doit renforcer les capacités de réflexion et d'analyse, non les remplacer. Elle est un levier d'apprentissage si elle est utilisée avec discernement, recul et dans une logique de curiosité et de progression.

4. Transparence

L'usage de l'IA dans une production (livrables, travaux académiques, notes, documents administratifs, etc) doit être systématiquement mentionné. Cette transparence permet de préserver l'équité, la confiance et l'intégrité des travaux réalisés.

5. Ethique et sobriété

Le GHT promeut un usage raisonné, éthique et mesuré des outils d'IA, en cohérence avec les valeurs du service public. Cela suppose de questionner la finalité, la pertinence et l'impact écologique de chaque usage.

RGPD

L'usage d'une IA ne dispense pas du respect du **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).**

En conséquence, il est **interdit d'introduire dans un outil d'IA des données personnelles ou identifiantes.** Les contenus doivent être anonymisés ou rendus non sensibles avant tout traitement.

Le RGPD interdit le traitement de données personnelles sans base légale. Par conséquent, dans vos interactions avec un outil d'IA (prompt, document à analyser, etc.), il est strictement interdit d'insérer :

Données identifiantes

→ Nom complet, date et lieu de naissance

→ Adresse postale, adresse e-mail (pro/perso), numéro de téléphone

→ Identifiants professionnels (n° RH, matricule...)

Données personnelles sensibles

→ État de santé

→ Données génétiques ou biométriques

→ Origine raciale ou ethnique

→ Opinions politiques

→ Convictions religieuses ou philosophiques

→ Appartenance syndicale

→ Orientation sexuelle ou données liées à la vie sexuelle

À savoir

Même un prénom accompagné d'un contexte spécifique (ex. : « Julie, responsable des admissions ») peut suffire à identifier indirectement une personne.

Par précaution, tout prompt ou contenu doit être anonymisé ou rédigé en termes génériques : utiliser « Madame X », « un agent administratif », etc.

Environnement

Un usage sobre et raisonné des outils d'IA participe à une démarche éthique et responsable. Utiliser l'IA uniquement lorsque c'est pertinent, c'est aussi limiter notre empreinte numérique.

Le recours à l'intelligence artificielle a un coût écologique souvent méconnu (entrainement du modèle, requêtes...).

Une seule requête dans un modèle de grande taille (type ChatGPT-4) **consomme 4 à 5 fois plus d'énergie qu'une recherche Google.**

x 4,5

Si l'impact d'une requête seule reste minime, c'est leur nombre colossal qui compte : **ChatGPT traite environ 2,S milliards de requêtes par jour.**

À cette échelle, un coût énergétique infime par interaction devient rapidement un enjeu environnemental majeur.

Type d'usage	Consommation	Équivalent
1 requête courte (GPT-4o)	≈ 0.32 ml d'eau	Une ampoule LED allumée 3 minutes
2.5 milliards de requêtes (1 journée de requêtes sur chat GPT)	≈ 2,9 GWh/jour ≈ 4 millions L d'eau/jour	Consommation quotidienne de : ≈ 260 foyers en électricité ≈ 13 000 foyers en eau
Empreinte annuelle GPT-4o	≈ 1,6 milliard L d'eau (refroidissement et infrastructure)	Besoins annuels en eau potable de ≈ 1,2 million de personnes

Sources : Jegham et al. (2025, How Hungry is AI?) et Morrison et al. (2025, Holistically Evaluating the Environmental Impact)

Agents

Vous utilisez déjà ou serez peut être amené à utiliser des outils d'intelligence artificielle dans vos missions. Cette charte vous aide à adopter les bonnes pratiques, sécurisées et respectueuses des principes du service public.

Exemples d'usages

- Reformuler un e-mail, une note ou un document administratif
- Synthétiser des comptes rendus de réunions, rédiger des résumés cadrés ou automatiser des tâches simples dans Excel ou Word
- Utiliser l'IA pour explorer rapidement une notion ou structurer une trame de contenu pédagogique

À éviter

- Ne saisissez jamais de noms, ni de contenus confidentiels dans un outil d'IA en accès libre
- N'utilisez pas l'IA pour produire des évaluations pédagogiques ou des commentaires personnalisés à la place d'un jugement humain
- N'envoyez pas directement un texte généré sans relecture humaine
- N'utilisez pas l'IA pour rédiger des documents engageant le GHT sans validation

Dans le cadre d'activités sensibles (Soins, recherche, RH, concours...) ayant un impact direct sur les droits des personnes, il est de votre responsabilité d'avoir une vigilance accrue quant à l'usage de ces outils.

Bons réflexes

- Remplacez les noms par des intitulés génériques dans vos demandes : écrivez «Madame X» plutôt que «Madame Dupont»
- Vérifiez toujours les informations produites par l'IA: certaines données peuvent être fausses, partielles, floues, galvaudées, ou biaisées
- Privilégiez les outils institutionnels ou sécurisés lorsque vous travaillez avec des informations internes
- Interrogez-vous sur la pertinence : l'IA doit permettre un gain de temps et être un soutien, pas un substitut à une expertise

je m'engage à :

- Ne faire qu'un usage raisonné et raisonnable de l'IA
- Relire, contrôler et ajuster tout contenu généré avant de le transmettre
- Mentionner le recours à l'IA dans toute production (ex : note, analyse, tableau, recherche)
- Ne jamais transmettre de données sensibles dans un environnement non maîtrisé
- Utiliser l'IA de manière sobre, professionnelle et encadrée, dans le respect des règles du GHT
- Me former pour comprendre le fonctionnement des outils et mieux les utiliser

En pratique

Rédiger une note administrative avec l'IA	→ Relecture et absence de données sensibles obligatoires
Préparer un support ou une présentation interne	→ L'IA peut structurer ou enrichir; relecture humaine requise
Automatiser une tâche sur Excel avec l'aide de l'IA	→ Pas de fichiers internes sensibles dans le prompt
Rédiger un mail avec l'aide de l'IA	→ Sans noms propres, ni données confidentielles dans l'outil
Copier-coller des tableaux internes dans un outil IA ouvert	→ Risque de fuite de données sensibles ou confidentielles

La charte d'usage des réseaux sociaux du GHT GPNE

Les médias sociaux regroupent les différentes activités qui intègrent la technologie, l'interaction sociale, et la création de contenu.

Ces outils prennent de plus en plus de place dans nos modes de communication. Les collectivités locales et leurs établissements sont confrontés aux mutations qu'entraînent les outils numériques dans nos modes de communication.

Utilisés à bon escient, ces outils de communication ouvrent des possibilités nouvelles de contact direct entre l'usager et l'institution ou entre pairs s'agissant de réseaux professionnels. Mais ils peuvent facilement se retourner contre l'utilisateur ou les personnes dans les publications. La facilité d'accès, l'illusion d'anonymat et le sentiment d'impunité qui en découle, la mauvaise connaissance des paramètres de confidentialité, peuvent notamment mettre à mal l'obligation de réserve à laquelle chaque agent public est tenu.

Cette charte a pour objet d'aider les agents du GHT GPNE à utiliser les médias sociaux avec discernement et à engager chacun à respecter les règles de communication.



Les médias sociaux regroupent tous les sites internet, applications ou plateformes qui permettent aux utilisateurs de créer du contenu, de l'organiser, de le modifier ou de le commenter.

Outre les réseaux sociaux, ils peuvent prendre des formes extrêmement variées allant de la messagerie électronique à la diffusion d'actualités en passant par le partage de contenu (texte, photo, vidéo, musique), le commerce en ligne ou les plateformes de jeux.

Tous les espaces virtuels où vous pouvez être amené à faire un commentaire, interagir ou laisser votre empreinte numérique en lien avec votre activité professionnelle sont concernés.

Les textes de Références :

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789

Code général de la Fonction Publique portant droits et obligations des fonctionnaires

Loi du 29 juillet 1881 relative à la liberté de la presse, articles 32 et 33

Code de la propriété intellectuelle

Code pénal : Articles R. 621-1, R. 621-2, R. 625-8-1, 226-10

Il est interdit de ...

- Promouvoir des activités illégales sous quelque forme que ce soit, notamment la copie ou la distribution non autorisée d'articles, de logiciels, de photos et d'images.
- Promouvoir le harcèlement, la fraude, les trafics prohibés.
- Tenir des propos à caractère diffamatoire, raciste, homophobe, sexiste, discriminatoire incitant à la violence, à la haine ou à la xénophobie.
- Promouvoir la pornographie, la pédophilie, le révisionnisme et le négationnisme.
- Publier des contenus contrevenant aux droits d'autrui, incitant aux crimes, aux délits et la provocation au suicide.
- Publier des contenus injurieux, obscènes ou offensants.
- Détourner l'usage d'une page internet pour y exercer de la propagande ou du prosélytisme politique, religieux ou sectaire, ainsi qu'à des fins commerciales.
- Critiquer ou dénigrer une collectivité ou un EPCI, des élus, ou des agents.

Rappel des obligations des fonctionnaires

L'obligation de réserve

Les fonctionnaires et agents contractuels sont soumis au devoir de réserve. Cette obligation concerne le mode d'expression des opinions et non leur contenu. Elle s'applique plus ou moins sévèrement selon le contexte et la place de l'agent dans la hiérarchie.

Le secret professionnel

Un agent public ne doit pas divulguer les informations personnelles dont il a connaissance.

Cette obligation s'applique aux informations relatives à la santé, au comportement, à la situation familiale d'une personne, etc.

La discrétion professionnelle

Un agent public ne doit pas divulguer les informations relatives au fonctionnement de son administration. L'obligation de discrétion concerne tous les documents non communicables aux usagers.

La charte d'usage des réseaux sociaux du GHT GPNE

Avant toute utilisation la prudence s'impose au vu des obligations et du cadre juridique rappelé

Les plateformes sociales sont de véritables espaces publics, visibles et consultables par tous.

Tout le monde peut donc propager vos idées en republiant un contenu écrit, vidéo ou audio instantanément.

Vos conversations, personnelles ou professionnelles, peuvent être diffusées partout sans votre accord. Vous êtes donc impliqué personnellement sur tout ce que vous publiez ou retransmettez (partage, "like", "retweet", commentaire, etc.).

Certains médias sont directement liés à la fonction et impliquent donc l'image de l'établissement. Il convient donc d'être vigilant quant aux publications postées qui pourraient ternir, engager, venir en conflit… avec l'image de l'établissement.

Exemple : Sur Linkedin, il est préférable de poster l'offre d'emploi du GHT GPNE plutôt que relayer celle d'une autre collectivité pour laquelle nous avons un service d'assistance recrutement.

Les informations que vous postez sont indexées par les moteurs de recherche. Elles laissent des traces **durables** qui peuvent vous suivre tout au long de votre vie.

Même si ces réseaux sont des lieux de liberté d'expression, restez prudents :

Exprimez-vous de manière mesurée et en toute connaissance des sujets traités.

Reconnaissez vos éventuelles erreurs.

Les propos injurieux, racistes, xénophobes, homophobes…n'ont pas leur place sur Internet, ni dans les réseaux sociaux.

Ne diffusez pas d'information ou ne citez pas de personnes sans leur accord.

Ne photographiez jamais de personnes sans leur autorisation. Lorsque vous publiez une image ou une photo, n'oubliez pas de mentionner son auteur et assurez-vous d'avoir préalablement obtenu l'accord des personnes photographiées.

En cas de doute, les agents du GHT GPNE peuvent saisir la personne référente des usages sur les réseaux sociaux.

Suivez-nous :

Groupement Hospitalier de Territoire
Grand Paris Nord-Est
Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil

Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger
Boulevard Robert Ballanger
93602 Aulnay Sous-Bois
01 49 36 71 23

Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil
10, rue du Général Leclerc
93370 Montfermeil
01 41 70 80 00

Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire
56 boulevard de la Boissière
93100 Montreuil
01 49 20 30 40

Date	21 juillet 2026
N° de la décision	20-2026
Destinataires	Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France
Objet	Adoption du règlement intérieur du GHT GPNE

DECISION

LE DIRECTEUR,

Vu les articles L.6143-7 13° et R.1112-77 du Code de la santé publique,

Vu l'article L.6143-4 2° du Code de la Santé publique selon lequel : « *les décisions du directeur mentionnées aux 1° à 10° (...) de l'article L.6143-7 sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régional de santé* »,

Vu l'avis favorable du conseil de surveillance en date du 26 juin 2026 ;

Vu la concertation du directoire le 18 juin 2026 ;

Vu la consultation de la commission médicale d'établissement le 30 juin 2026 ;

Vu la consultation du comité social d'établissement le 14 avril 2026 ;

Vu l'information à la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique le 16 juin 2026.

DECIDE

Article 1 : Le règlement intérieur du GHT GPNE, tel qu'annexé à la présente décision, est adopté.

Article 2 : La présente décision est transmise au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.



Y. DI NATALE
Directrice du GHT GPNE

Groupement Hospitalier de Territoire

Grand Paris Nord-Est

Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil

CHI Robert Ballanger

Boulevard Robert Ballanger
93 600 Aulnay-sous-Bois

GHI Le Raincy-Montfermeil

10 Rue du Général Leclerc
93 370 Montfermeil

CHI André Grégoire

56 boulevard de la Boissière
93 100 Montreuil



Restez connectés avec le
#GHTetvous
www.ght-gpne.fr

GHT Grand Paris Nord-Est
@ghtgrandparisnordest
Ght_gpne
@ght_gpne
GHT Grand Paris Nord Est

Service Communication - octobre 2026