













Réglement intérieur du **CHU** de **Montpellier**

Edition 2016

MONTPELLIER

CHU

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

REGLEMENT INTERIEUR DU CHU DE MONTPELLIER

SOMMAIRE

INTRODUCTION

TITRE I — ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

Chapitre 01 — ORGANISATION ADMINISTRATIVE

- **Article 01** Conseil de Surveillance
- **Article 02** Direction Générale
- **Article 03** Directoire
- **Article 04** Pôles administratifs et logistiques et directions déléguées
- **Article 05** Commission Médicale d'Etablissement
- **Article 06** Comité Technique d'Etablissement
- **Article 07** Autres Instances consultatives
- **Article 08** Instances spécifiques au CHU de Montpellier

Chapitre 02 — ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT MEDICAL

- **Article 01** Pôles hospitalo-universitaires
- **Article 02** Organisation inter-pôles hospitalo-universitaires
- **Article 03** Organisation des Soins
- **Article 04** Spécificités de l'organisation des Soins en Psychiatrie
- **Article 05** Blocs opératoires
- **Article 06** Traçabilité des incidents et événements indésirables (Fiches d'incidents et de liaisons : F.I.L)

Chapitre 03 — QUALITE ET CERTIFICATION

- **Article 01** Qualité et prévention des risques
- **Article 02** Certification

REGLEMENT INTERIEUR DU CHU DE MONTPELLIER

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

Chapitre 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 01 Catégories de recherche
Article 02 Obligation du recueil du consentement préalable de participants à une recherche
Article 03 Information et indemnisation des participants à une recherche
Article 04 Protection des personnes
Article 05 Fichier national des volontaires
Article 06 Conditions de la mise en œuvre d'une recherche
Article 07 Caractéristiques légales de la mise en œuvre d'une recherche
Article 08 Responsabilités inhérentes à la recherche
Article 09 Prévention et éducation pour la santé
Article 10 Education thérapeutique du patient

Chapitre 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 01 Admission
Article 02 Décision de l'Agence Régionale de Santé (ARS)
Article 03 Urgences
Article 04 Libre choix
Article 05 Recherche d'identité de patients
Article 06 Transfert après premiers secours
Article 07 Information de la famille
Article 08 Refus d'hospitalisation du malade
Article 09 Dépôts volontaires
Article 10 Inventaires
Article 11 Restitution des objets

Chapitre 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 01 Victimes de violences ou de maltraitance
Article 02 Bénéficiaires de la Sécurité Sociale, de l'aide médicale d'état ou de l'article L.115 du code des pensions militaires
Article 03 Femmes enceintes
Article 04 Militaires
Article 05 Détenus
Article 06 Mineurs
Article 07 Mineurs relevant du service départemental d'aide sociale à l'enfance du Conseil Général
Article 08 Non voyants
Article 09 Sourds et malentendants
Article 10 Etrangers
Article 11 Malades toxicomanes
Article 12 Dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine
Article 13 Maladies contagieuses à déclaration obligatoire

Chapitre 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 01 Accueil des patients / livret pour hospitalisés
Article 02 Information des hospitalisés
Article 03 Désignation d'une personne de confiance
Article 04 Exercice du culte
Article 05 Associations présentes au sein de l'établissement
Article 06 Action des bénévoles agissant pour le compte des associations
Article 07 Horaires des visites
Article 08 Comportement du malade
Article 09 Respect de l'environnement du CHU
Article 10 Interdiction de fumer
Article 11 Interdiction de gratifications
Article 12 Hygiène à l'hôpital
Article 13 Effets et jouets personnels
Article 14 Protection de la personne hospitalisée
Article 15 Déclaration de Naissance
Article 16 Service social
Article 17 Autres services rendus aux patients

REGLEMENT INTERIEUR DU CHU DE MONTPELLIER

Chapitre 05 SORTIES DES HOSPITALISES

Article 01 Autorisation de sortie
Article 02 Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation
Article 03 Formalités de sortie
Article 04 Sortie après refus de soins
Article 05 Sortie contre avis médical
Article 06 Sortie disciplinaire
Article 07 Sortie sans autorisation
Article 08 Sortie des nouveaux-nés
Article 09 Recours aux sociétés privées de transports sanitaires
Article 10 Questionnaire de sortie

Chapitre 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE

Article 01 Aggravation de l'état du patient
Article 02 Constat du décès
Article 03 Notification du décès
Article 04 Déclaration d'enfant sans vie
Article 05 Indice de mort violente ou suspecte
Article 06 Inventaire après décès
Article 07 Mesures de police sanitaire
Article 08 Formalités des transports de corps
Article 09 Inhumation sur l'initiative de la famille
Article 10 Inhumation sur l'initiative de l'établissement
Article 11 Prélèvements d'organes à des fins thérapeutiques
Article 12 Autopsies ou prèlevements à des fins scientifiques, médicales et médicolégales

Chapitre 07 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

Article 01 Conservation du dossier médical
Article 02 Communication du dossier médical
Article 03 Communication / Contentieux
Article 04 Information du médecin traitant
Article 05 Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)
Article 06 Procédure de médiation
Article 07 Saisie de dossiers médicaux dans le cadre d'une procédure judiciaire

Chapitre 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 01 Modalités d'hospitalisation
Article 02 Différents droits des personnes admises en soins psychiatriques sans
Article 03 Admission des personnes en soins psychiatriques sans leur consentement
Article 04 Maintien de la mesure de soins psychiatriques sans consentement
Article 05 Régime des autorisation de sorties en cours d'hospitalisation complète de personnes admises en soins psychiatriques sans consentement
Article 06 Patients placés sous mesure de protection
Article 07 Sortie définitive
Article 08 Sorties sans autorisation
Article 09 Tranferts en unités pour malades difficiles
Article 10 Admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux
Article 11 Application du règlement intérieur à ces usagers
Article 12 Consultations externes en activité libérale

Chapitre 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 01 Accompagnements des mineurs
Article 02 Information de la famille
Article 03 Droit de visite et droit d'accès auprès des patients
Article 04 Comportement des visiteurs
Article 05 Accueil des stagiaires
Article 06 Repas pour les accompagnants
Article 07 Identification des prestataires extérieurs
Article 08 Mise à disposition des locaux du CHU

REGLEMENT INTERIEUR DU CHU DE MONTPELLIER

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

Chapitre 01 DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 01 Assiduité et ponctualité du personnel
Article 02 Absences
Article 03 Exécution des tâches
Article 04 Les ordres professionnels
Article 05 Accès aux informations nominatives
Article 06 Activité syndicale
Article 07 Droit de grève et service minimum
Article 08 Violences à l'encontre des personnels médical
Article 09 Comportement et tenue exigés
Article 10 Interdiction de fumer
Article 11 Interdiction concernant l'alcool
Article 12 Interdiction concernant les stupéfiants et conduites addictives
Article 13 Interdiction d'introduire des armes ou objets dangereux
Article 14 Développement durable
Article 15 Respect des locaux, matériels et effets
Article 16 Utilisations des véhicules
Article 17 Espaces verts et zones paysagères
Article 18 Lutte contre le bruit
Article 19 Dispositions en cas d'incident mettant en jeu la santé des personnels, des familles de patients ou des visiteurs
Article 20 Fourniture et entretien des vêtements de travail
Article 21 Restaurants du personnel
Article 22 Prise en charge des soins
Article 23 Identification des personnels
Article 24 Accueil des familles
Article 25 Information des familles par rapport aux décisions importantes
Article 26 Respect du libre choix des familles
Article 27 Interdiction d'être dépositaire d'argent, valeurs ou objets confiés par les patients
Article 28 Respect de l'intimité des patients
Article 29 Interdiction de gratifications
Article 30 Respect du secret professionnel
Article 31 Discrétion professionnelle
Article 32 Relations avec la presse
Article 33 Information sur les changements d'adresse ou de situation familiale
Article 34 Enquêtes - Démarchage commercial
Article 35 Ouverture et fouille des casiers, armoires et vestiaires

Chapitre 02 DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL, ODONTOLOGISTE ET PHARMACEUTIQUE

Article 01 Catégorie du personnel médical
Article 02 Obligations professionnelles
Article 03 Activité libérale et activité effectuée en dehors de l'établissement
Article 04 Temps de travail du personnel médical

Chapitre 03 DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL NON MEDICAL

Article 01 Accueil du personnel
Article 02 Temps de travail du personnel non médical
Article 03 Interdiction de cumul d'emploi

REGLEMENT INTERIEUR DU CHU DE MONTPELLIER

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Chapitre 01 REGLES RELATIVES A LA LAICITE ET A LA NEUTRALITE

Article 01 Respect des principes de laïcité et neutralité

Chapitre 02 REGLES RELATIVES A LA SECURITE

Article 01 Sécurité des personnes et des biens
Article 02 Utilisation des téléphones portables
Article 03 Vidéosurveillance

Chapitre 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 01 Périmètre d'application
Article 02 Circulation des véhicules
Article 03 Signalisation
Article 04 Sécurité des voies
Article 05 Durée de stationnement
Article 06 Responsabilités
Article 07 Dispositions diverses
Article 08 Accès des véhicules
Article 09 Stationnement des véhicules
Article 10 Tolérance de stationnement
Article 11 Interdiction de stationner
Article 12 Respect des dispositions des règles de circulation et de stationnement

Chapitre 04 DISPOSITIONS A CARACTERE ECONOMIQUE ET FINANCIER

Article 01 Frais de séjour
Article 02 Régimes d'hospitalisation
Article 03 Autres tarifs
Article 04 Régies
Article 05 Dons et legs
Article 06 Avantages en nature

Chapitre 05 DISPOSITIONS RELATIVES AUX PLANS D'URGENCES SANITAIRES

Article 01 Plan Blanc
Article 02 Plans relatifs à des risques sanitaires majeurs

Chapitre 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01 Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 1 Charte réglementaire du temps de travail du personnel non médical
Annexe 2 Charte de confidentialité
Annexe 3 Charte de responsabilisation
Annexe 4 Charte des bons usages du Système d'information
Annexe 5 Procédure d'autorisation de reportage pour la presse écrite, audiovisuelle et radiophonique
Annexe 6 Règlement intérieur du DIM (Département de l'information médicale)
Annexe 7 Règlements intérieurs de l'IFMS (Institut de Formation aux Métiers de la santé)
Annexe 8 Règlement intérieur de la CME (Commission Médicale d'établissement)
Annexe 9 Dispositions relatives au règlement intérieur des USLD (Unités de Soins de Longue Durée)
Annexe 10 Famille d'accueil thérapeutique
Annexe 11 Accueil familial et CAPE (Centre Accueil de la Petite Enfance)
Annexe 12 Règlement intérieur Ludothèque
Annexe 13 Règlement intérieur Chambre mortuaire
Annexe 14 Règlement intérieur du CTE (Comité Technique d'Etablissement)
Annexe 15 Règlement intérieur du CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail)
Annexe 16 Règlement intérieur des Chambres d'hôtes de Bellevue
Annexe 17 Règlement intérieur de la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers de Rééducation Médico-Technique)
Annexe 18 Charte des 12 H
Annexe 19 Charte de collaboration Médecins-Assistants Médico-Administratifs-Soignants
Annexe 20 Procédure de gestion des dépôts et retraits pour les personnes hospitalisées

Chapitre 07 DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR

Article 01 Modalités de révision du règlement intérieur

INTRODUCTION

Le présent règlement intérieur a été soumis pour avis :

- à la commission médicale d'établissement le 19 janvier 2016

- et au comité technique d'établissement le 18 février 2016

Il a été approuvé par une délibération du conseil de surveillance du 27 juin 2016.

Il remplace celui présenté aux instances consultatives de représentation du personnel médical et non médical le 16 et 23 septembre 2009 et adopté par une délibération du conseil d'administration le 6 octobre 2009.

Le règlement intérieur du centre hospitalier régional universitaire de Montpellier est un véritable instrument juridique interne de l'établissement.
Il définit ses règles de fonctionnement spécifiques concernant l'organisation médicale et administrative ainsi que les dispositions relatives aux usagers et aux personnels médicaux et non médicaux.

Son contenu est conforme au décret n°2003-462 du 21 mai 2003 abrogeant le décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux.

Conformément à la réglementation, le règlement intérieur du CHU de Montpellier est accessible à toute personne, il peut être consulté par voie informatique ou sur place par toute personne qui en fait la demande auprès de l'encadrement ou de la direction.

INTRODUCTION

Le centre hospitalier régional universitaire (CHU) de Montpellier est un établissement public de santé. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Il a pour mission :

- d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- de délivrer des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ;
- de participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ;
- de participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- de mener, en son sein une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ;
- d'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à son activité.

Outre les missions ci-dessus, le CHU peut être appelé à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

1. la permanence des soins ;
2. la prise en charge des soins palliatifs ;
3. l'enseignement universitaire et post-universitaire ;
4. la recherche ;
5. le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
6. la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ;
7. les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
8. l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
9. la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine ;

10. les actions de santé publique ;
11. la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
12. les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, ni nécessaire, en milieu hospitalier ;
13. les soins dispensés aux personnes retenues en application des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
14. les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Par ailleurs, le CHU de Montpellier garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions :

- l'égal accès à des soins de qualité ;
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;
- la prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Le centre hospitalier régional universitaire de Montpellier est composé des pôles hospitalo-universitaires suivants :

- Biologie - pathologie
- Cliniques médicales
- Cœur poumons
- Digestif
- Femme, Mère, Enfant
- Gérontologie
- Neurosciences tête et cou
- Os et articulations
- Pharmacie
- Psychiatrie
- Rein, HTA, endocrino-métabolique, brûlés
- Urgences

Ces pôles d'activité sont implantés sur les sites suivants :

- Groupe hospitalier Saint Eloi - Gui de Chauliac
- Groupe hospitalier Lapeyronie - Arnaud de Villeneuve
- Groupe hospitalier La Colombière - Bellevue - Centre Antonin Balmes
- Centre de soins d'Enseignement et de Recherche
- Plate-forme Euromédecine.

TITRE I

ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 01.- Conseil de surveillance

Le centre hospitalier universitaire de Montpellier est doté d'un conseil de surveillance mis en place depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

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

Il est composé de trois collèges :

- Un collège de cinq représentants des collectivités territoriales
- Un collège de cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement
- Un collège de cinq personnalités qualifiées dont deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois par le représentant de l'Etat dans le département.

Le conseil de surveillance est présidé par un membre appartenant au 1er ou au 3ème collège.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 02.- Direction Générale

Le CHU de Montpellier est dirigé par un directeur général.

Le directeur général, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement.

Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur général est compétent pour régler les affaires de l'établissement à l'exclusion de celles relevant du conseil de surveillance.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé.

Le directeur général est secondé par un directeur général adjoint.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 03.- Directoire

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il conseille le directeur général dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il est composé de neuf membres dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique, et odontologique.

En sont membres de droit :

- le directeur général, président du directoire ;
- le président de la commission médicale d'établissement, 1er vice-président ;
- le doyen directeur de l'unité de formation et de recherche médicale, vice-président ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les autres membres dont le vice-président chargé de la recherche sont nommés en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Au CHU de Montpellier, le vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement figure systématiquement parmi les membres du Directoire.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 04.- Pôles administratifs et logistiques et directions déléguées

Le directeur général a autorité sur l'ensemble des pôles administratifs et logistiques dont la responsabilité est confiée à des directeurs coordonnateurs secondés par des directeurs.

En outre, le directeur général délègue des directeurs auprès des pôles hospitalo-universitaires.

Dans le cadre des attributions qui lui sont confiées par le directeur général, chaque directeur dispose d'un pouvoir de police administrative garantissant le bon fonctionnement de l'établissement.

A ce titre, chaque directeur peut prendre toutes mesures utiles pour préserver et faire respecter les droits et la sécurité des patients : respect de la vie privée, de l'intimité et de la tranquillité, respect des règles d'hygiène ainsi que de la sécurité des personnes, des locaux et des installations.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 05.- Commission médicale d'établissement

La commission médicale d'établissement (CME) représente au sein de l'Etablissement les personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

Ses compétences sont définies par la loi (code de la santé publique).

Elle dispose de son propre règlement intérieur.

Elle élit en son sein un président et un vice-président.

Son président est le 1er vice-président du directoire du CHU de Montpellier.

La commission médicale d'établissement crée des sous-commissions spécialisées notamment dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le président et le vice-président de la CME ainsi que le directeur général ou son représentant participent aux réunions des sous commissions ainsi constituées.

Dès lors que moins de la moitié de l'effectif médical siège à la commission médicale d'établissement du CHU, une assemblée générale du corps médical, odontologique et pharmaceutique est organisée deux fois par an par le président de la CME.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 06.- Comité technique d'établissement

Le comité technique d'établissement (CTE) présidé par le directeur général ou son représentant, assure la représentation des personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires.

Ses compétences sont définies par la loi (code de la santé publique).

Le CTE dispose de son propre règlement intérieur.

En tant que de besoin il créé des sous-commissions spécialisées.

Article 07.- Autres instances consultatives

Les commissions administratives paritaires (CAP)

Ces commissions, présidées par le président du conseil de surveillance ou son représentant, sont composées pour moitié de représentants de l'administration et pour moitié de représentants du personnel.

Elles émettent des avis sur des questions relatives à la situation individuelle des agents.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Présidé par le directeur général ou son représentant, il est composé de représentants des personnels hospitaliers, des personnels médicaux, pharmaciens et odontologistes. Il a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure.

Il dispose de son propre règlement intérieur.

Le CHSCT peut décider de créer des sous commissions spécialisées.

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

Présidée par le directeur coordonnateur des soins, cette commission est composée de représentants des personnels paramédicaux, de rééducation et médico-techniques. Elle est consultée sur l'organisation générale des soins, l'accompagnement des patients, la recherche et l'évaluation des soins ainsi que dans le cadre du plan de formation et du projet d'établissement.

Son président est membre de droit du directoire du CHU de Montpellier.

Elle établit un bilan annuel qu'elle adresse au directeur général.

Le comité de recherche biomédicale de santé publique (CRBSP)

Le CRBSP est une instance créée par décret du 07 novembre 2006. Il veille à la coordination des activités de recherche exercées par les établissements et organismes qui les composent ou leur sont associés. Il accompagne, à titre consultatif, le CHU dans sa stratégie de recherche, d'enseignement et d'innovation. Il est donc à la fois une instance de réflexion stratégique sur la recherche hospitalière, et de coordination de ses acteurs.

A ce titre, il associe des représentants du CHU, de l'Université et des organismes de recherche partenaires proposés à part égale par chacune des 3 entités. Ces 12 membres sont désignés pour une période de 2 ans renouvelable.

Le comité de liaison alimentation - nutrition (CLAN)

Il s'agit d'une sous-commission de la CME.

Présidé par un médecin ce comité est composé de professionnels (représentants des personnels médicaux, paramédicaux, des pharmaciens, des diététiciennes, de la restauration, du département de l'information médicale, du comité hospitalier d'éducation pour la santé et de prévention, de la communication, de la direction) et d'usagers. Il est chargé de proposer des actions d'amélioration de la prise en charge des besoins nutritionnels du patient et de la prestation alimentaire au CHU.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il s'agit d'une sous-commission de la CME.

Présidé par un médecin, ce comité est composé de médecins, personnels paramédicaux, administratifs et pharmaceutiques. Il est chargé de coordonner l'action des professionnels de l'établissement, de préparer chaque année le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales et d'élaborer un rapport annuel d'activité. Ce comité est consulté lors de la programmation de travaux d'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales de l'établissement.

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Il s'agit d'une sous-commission de la CME.

Présidé par un médecin, ce comité est composé de représentants des personnels médicaux désignés par la CME et de représentants des personnels soignants désignés par la CSRMT. Il a pour objectif le développement des moyens de lutte contre la douleur aigüe et chronique. Il définit un programme annuel d'actions portant sur la prévention et le traitement de la douleur.

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Il s'agit d'une sous-commission de la CME.

Présidé par un pharmacien, ce comité est une instance de concertation médico-pharmaceutique dont le rôle est d'étudier l'ensemble des problématiques liées au choix des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, à leur utilisation ainsi qu'à leur environnement.

La commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS)

Présidée par un médecin, cette commission est composée de représentants du corps médical.

Le directeur général ou son représentant, le président de la CME ou son représentant en sont membres de droit.

Elle donne son avis sur l'organisation et le fonctionnement du service de garde et astreintes ainsi que sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation.

Elle vérifie l'état récapitulatif mensuel des participations au service des gardes et astreintes.

Elle donne un avis sur toute demande d'organisation et de permanence des soins.

Elle établit un bilan annuel qu'elle adresse au directeur général.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Le Centre de Coordination en Cancérologie (3C)

Présidé par un médecin coordonnateur, le centre 3C est composé de personnels représentant le corps médical et la direction ainsi que des membres associés ou désignés par les pôles hospitalo-universitaires.
Cette instance organise et coordonne le parcours du patient et garantit une information et un accès équitable à des soins de qualité. Elle s'assure également de la lisibilité de l'organisation cancérologique du CHU pour le bassin de santé et représente celui-ci par délégation de la direction générale dans les instances d'organisation en cancérologie au niveau régional ou inter-régional.

La délégation régionale à la recherche clinique

Présidée par un médecin nommé par le directeur général, cette délégation est composée de représentants des personnels médicaux, administratifs et scientifiques du CHU et d'autres établissements de la région.

Elle a pour missions :

- de recenser les recherches cliniques,
- de proposer les thèmes de recherche devant faire l'objet d'un soutien prioritaire au niveau des attributions de moyens (appels d'offres internes, postes d'accueil INSERM, etc.) en tenant compte prioritairement des axes retenus dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement du CHU,
- de renforcer les collaborations d'une part entre les services du CHU et, d'autre part, entre ces services et les organismes de recherche, les autres établissements hospitaliers et les médecins libéraux,
- de favoriser d'une manière générale le développement de la recherche sur le site du CHU par des actions d'information et de formation,

- de préparer des appels d'offres nationaux, de suivre la mise en œuvre des projets retenus selon les bonnes pratiques cliniques et de participer à leur évaluation finale ;
- de participer à toute concertation régionale ou inter-régionale dans le domaine de la recherche.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 08.- Instances spécifiques au CHU de Montpellier

Dans un souci d'harmonisation du fonctionnement du CHU, un certain nombre d'instances consultatives spécifiques ont été créées.

A ce jour, ont été mis en place :

1- Délégations

Délégation Coopération Territoriale et Réseaux

Présidée par un médecin nommé par le directeur général après avis du président de la CME et du doyen de la faculté de médecine, la délégation de Coopération Territoriale et Réseaux est composée de personnels médicaux et de direction. Cette instance médico-administrative de pilotage élabore les orientations stratégiques dans ce domaine, met en œuvre et assure le suivi de l'évaluation des actions engagées (réseaux, conventions d'intérêt général, convention inter-établissements, etc…).

Délégation Recherche Clinique et Innovation

Composée de praticiens hospitalo-universitaires et hospitaliers de chacun des pôles du CHU, la DRCI constitue une forme de conseil scientifique du CHU de Montpellier.
Elle est investie d'une triple mission :

- Orienter par ses conseils l'organisation et le développement de la recherche clinique et de l'innovation au CHRU en accord avec le Projet Quadriennal « Recherche » du CHU.
- Evaluer les projets proposés par les praticiens du CHU en réponse aux appels hospitaliers d'offres à financement pour la recherche clinique : Appels d'offres internes du CHU de Montpellier, Appels d'offres du GCS-MERRI Montpellier-Nîmes, Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) Inter-Régional et National.
- Evaluer les projets de recherche clinique envisagés par les praticiens des différents pôles du CHU, indépendamment des appels d'offres précités, sollicitant leur promotion par le CHU.

Les propositions de la DRCI sont mises en œuvre en relation directe et étroite avec la Direction de la Recherche et à l'Innovation (DRI) du CHU.

Délégation Système d'information

Elle est présidée par un membre de la communauté hospitalière désignée par le Directeur Général. Cette délégation est composée de représentants du personnel de direction, médical, maïeutique, odontologique, pharmaceutique et soignant mais également de secrétaires médicales et d'ingénieurs biomédicaux. Elle est chargée en lien avec le Département de L'Information Médicale (DIM) et les directions concernées de définir, d'organiser, de coordonner et d'évaluer la politique du système d'information de l'établissement et de superviser la gestion des données hospitalières médicales, soignantes et administratives.

2- Comité stratégique et Comité de projets

Comité Stratégique

Le Comité Stratégique est l'instance de pilotage et de suivi du Projet Médical.

Dans ce cadre, les objectifs du Comité Stratégique sont les suivants :

- Elaborer la vision stratégique à long terme du CHU
- Vérifier l'adéquation des orientations stratégiques des Pôles (collèges) avec la vision stratégique à long terme du CHU
- Valider la priorisation des objectifs et activités stratégiques des pôles (collèges)
- Assurer la cohérence intra-CHU et territoriale du projet médical
- Suivre le déroulement du Projet Médical
- Arbitrer et missionner pour résoudre les conflits éventuels

Les membres du Comité Stratégique sont les suivants :

- Direction Générale et Présidence de CME
- Ensemble des Chefs de Pôles et adjoints aux Chefs de Pôles
- Représentants de l'Université, des collèges et délégations
- Corps de Direction
- Membres du Comité de Projets.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 01 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Comité de Projets

Le Comité de Projets a pour mission principale de valider les dossiers d'instruction des projets en vérifiant :

- Leur complétude
- Leur contenu
- La bonne application des procédures en « mode projet » mises en place au CHU de Montpellier.

Il donne alors un avis sur les aspects techniques, opérationnels et économiques avant passage en Directoire et décision du Directeur Général.

Une fois les projets validés, le Comité de Projets assure un suivi de leur réalisation avec :

- Des revues de projets régulières en présence des chefs de projets et des Directeurs des Directions opérationnelles
- Une régulation de la macro-planification du portefeuille de projets et des ajustements du PPI en conséquence

Enfin, Le Comité de Projets vérifie l'atteinte des objectifs notifiés pour les projets validés en demandant la présentation de bilans réguliers.

La Composition du Comité de Projets est la suivante :

- La Direction Générale et la Présidence de CME
- Des praticiens représentants de la CME (4 environ)
- Les Directeurs des Directions Opérationnelles
- La fédération d'appui aux projets et à la stratégie (Département d'Ingénierie de Projets, Contrôle de Gestion et Informatique Décisionnelle, DIM).

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 02 ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT MEDICAL

Article 01.- Pôles hospitalo-universitaires

Le directeur général définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical, après avis du président de la commission médicale d'établissement (CME) et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale (Doyen de la faculté de médecine de Montpellier).

Il délègue auprès des pôles d'activité des directeurs d'hôpital nommés « directeurs délégués ».

Les pôles d'activité comportent des structures intermédiaires de prise en charge du patient par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques.

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur général à partir de listes proposées par le président de la CME et le directeur de l'UFRM.

Un contrat de pôle précisant les objectifs recherchés et les moyens alloués est signé par le directeur général et le chef de pôle.

En application de la loi, les pôles d'activités sont dénommés au CHU de Montpellier, "pôles hospitalo-universitaires".

Article 02.- Organisation inter-pôles hospitalo-universitaires

Le Comité d'Organisation et de Gestion de l'Anesthésie-Réanimation (COGAR)

Présidé par un anesthésiste-réanimateur coordonnateur, le comité d'organisation et de gestion de l'anesthésie-réanimation est composé des membres médicaux et non médicaux des services d'anesthésie-réanimation et des urgences. Il détermine le projet médical de la spécialité en tenant compte des besoins chirurgicaux et médico-techniques dans le cadre du projet médical de l'établissement. Il détermine également les priorités d'équipements lourds et les besoins en personnels médicaux.

Le Comité d'Organisation et de Gestion de l'Imagerie Médicale (COGIM)

Présidé par un radiologue coordonnateur, le comité d'organisation et de gestion de l'imagerie médicale est composé de membres médicaux et non médicaux des services d'imagerie médicale. Il détermine le projet médical de la spécialité en tenant compte des besoins médico-techniques dans le cadre du projet médical de l'établissement, les priorités d'équipements lourds ainsi que les besoins en personnels médicaux.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 02 ORGANISATION DES SOINS ET FONCTIONNEMENT MEDICAL

Article 03.- Organisation des soins

Organisation des structures internes des pôles hospitalo-universitaires

Le CHU de Montpellier est organisé en pôles hospitalo-universitaires.

Les pôles hospitalo-universitaires sont décomposés en structures internes de prise en charge des patients correspondant à l'unité d'œuvre de l'organisation médicale et soignante et placées sous la responsabilité d'un référent médical, odontologiste ou pharmaceutique.

A chaque structure interne correspondent une ou plusieurs unités d'imputation comptable permettant l'identification des ressources.

Une note de service définit les missions des référents de structures internes dans le respect de la délégation de gestion du chef de pôle hospitalo-universitaire.

Les responsables médicaux, chef de pôle ou référent, sont assistés dans l'organisation des ressources humaines, des soins, de l'environnement et du matériel par des cadres :
- cadres administratifs et cadres supérieurs de santé auprès du chef de pôle hospitalo-universitaire,
- cadres de santé de proximité auprès des référents médicaux.

Dans chaque pôle hospitalo-universitaire, un conseil de pôle, constitué de personnels médicaux et non médicaux a pour objet de permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'information, notamment celles ayant trait aux moyens, de participer à l'élaboration du projet de pôle et du rapport d'activité, de faire toute proposition sur le fonctionnement.

Organisation des équipes médicales et dispensation des soins

Au plan médical, les pôles hospitalo-universitaires sont organisés en départements dans une logique de discipline ayant le plus souvent une correspondance universitaire.

Chaque département comporte une ou plusieurs équipes médicales, pharmaceutiques ou d'odontologistes correspondant généralement à une spécialité dans la discipline.

Une note de service définit les missions qui incombent aux responsables médicaux et pharmaceutiques des départements et des équipes dans le respect de la délégation de gestion attribuée au chef de pôle.

Chaque équipe médicale est composée de praticiens hospitaliers, de chefs de clinique, de médecins vacataires et d'internes. Le CHU de Montpellier ayant également une mission de formation et d'enseignement, des stagiaires et étudiants peuvent assister, sauf opposition de la part du patient, aux visites médicales.

Des visites médicales ont lieu régulièrement. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant les repas des patients. Chaque structure ou équipe organise également une contre-visite en fin d'après-midi.

L'activité médicale distingue le service normal de jour et le service de garde et astreintes.

Le service normal de jour couvre le matin et l'après-midi de chacun des six jours ouvrables. Pour chaque équipe un tableau mensuel de service :

- énumère tous les praticiens à temps plein, à temps partiel
- indique l'emploi du temps détaillé par demi-journée ainsi que toutes les absences y compris les activités d'intérêt général et les activités partagées
- indique également la participation de chaque médecin au service de garde.

La permanence des soins est organisée en principe par département. Elle a pour objet d'assurer pendant la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, la sécurité des patients hospitalisés ou admis d'urgence.

Conformément à leurs obligations statutaires ou contractuelles, les personnels non médicaux des filières professionnelles concernées concourent à la réalisation des soins dans le cadre d'un service normal, de permanences ou d'astreintes et dans les conditions définies au TITRE III ci-après.

Article 04.- Spécificités de l'organisation des soins en psychiatrie

La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle s'exerce dans le cadre de circonscriptions géographiques appelées secteurs psychiatriques dont la configuration et l'établissement de rattachement sont déterminés par la carte sanitaire de psychiatrie.

Le CHU de Montpellier est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans les secteurs de psychiatrie générale et les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui lui sont rattachés.

Chaque secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté d'une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe exerce son activité à l'intérieur de l'établissement dans les unités de soins à temps complet, les hôpitaux de nuit et de jour. En outre, une prise en charge de proximité est également mise en œuvre à l'extérieur de l'établissement dans les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, les hôpitaux de jour et les unités d'hospitalisation à domicile ou substitutives au domicile (appartement thérapeutique et placement familial thérapeutique).

Par ailleurs, des unités de soins intersectorielles prennent en charge et traitent des populations et des pathologies spécifiques.

Article 05.- Blocs opératoires

Les blocs opératoires du CHU accueillent différentes spécialités chirurgicales sur les établissements.

Une charte définit leur organisation et leur fonctionnement.

Article 06.- Traçabilité des incidents et événements indésirables (Fiches d'incidents et de liaisons : F.I.L)

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients relevant des structures hospitalières, le CHU de Montpellier dispose d'un registre de recueil des "fiches de signalement des dysfonctionnements" (incidents et événements indésirables). Au CHU de Montpellier, le dispositif des fiches d'incidents et d'événements indésirables s'applique à l'ensemble des structures médicales et non médicales de l'Etablissement.

Une charte de responsabilisation (engagement de non punition des erreurs et d'encouragement à leur déclaration et leur analyse collective) complète cet aspect réglementaire (Annexe 3).

L'ensemble des évènements indésirables de l'institution est présenté annuellement aux instances et contribue à l'élaboration annuelle du programme qualité – gestion des risques.

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 03 QUALITE ET CERTIFICATION

Article 01.- Qualité et prévention des risques

Le CHU de Montpellier est engagé depuis de nombreuses années dans une démarche globale et permanente de qualité et de sécurité des soins pour ses patients. Cette démarche trouve sa déclinaison dans les domaines suivants :

- l'accueil, l'écoute et l'accompagnement,
- le dossier patient et la coordination des soins,
- l'évaluation des pratiques et du service rendu,
- les soins,
- l'information et l'acte éducatif patient,
- les fonctions logistiques, les ressources humaines, le système d'information,
- la coordination intra et inter services,
- les liens externes (amont/aval), l'ambulatoire, les filières et les réseaux.

Une politique qualité / sécurité des soins, établie tous les 4 ans, s'appuie sur un travail réalisé depuis plusieurs années dans différents domaines :

- la gestion des risques, avec des approches à priori et à posteriori (gestion des évènements indésirables, cartographie des risques a priori sur toutes les activités et prise en charge de l'hôpital), et la prévention du risque infectieux, qui est pilotée au niveau institutionnel par la Direction Qualité Gestion des Risques, le Service d'Hygiène et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ;

- la sécurité sanitaire qui fait l'objet d'un bilan régulier transmis aux autorités de tutelle ;

- la mesure de la satisfaction des usagers qui est observée de façon continue sur la base des questionnaires de sortie et qui donne lieu à des actions d'amélioration ciblées, afin de répondre à la demande des patients et de leur entourage ;

- la prise en charge de la douleur à travers la réflexion et les actions menées par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) et la formation de nombreux professionnels aux traitements et méthodes de prise en charge ;

- l'Amélioration des Pratiques Professionnelles (APP/ EPP), plus particulièrement celles des personnels médicaux et soignants, qui permet de fonder l'exercice clinique et les soins infirmiers au sens large, sur des recommandations validées et constamment remises à jour.

La politique qualité est évaluée et mise à jour annuellement.

La démarche qualité sécurité des soins est sanctionnée tous les 4 ans par la visite de certification des établissements de santé de la Haute (HAS).

TITRE I ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

CHAPITRE 03 QUALITE ET CERTIFICATION

Article 02.- Certification

Comme tous les établissements de santé, le CHU de Montpellier s'engage périodiquement dans une démarche de certification conduite par une autorité indépendante, la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette démarche permet, sur la base d'une visite approfondie par des experts professionnels, de faire valider la conformité des activités et des pratiques professionnelles de ses personnels.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 01.- Catégories de recherche

Fondée sur l'évaluation de la balance bénéfice risque, la recherche est répartie en quatre grandes catégories.

1- Recherches biomédicales

Recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales portant sur des médicaments, des dispositifs médicaux ou d'autres catégories de recherche (nutriments, produits cosmétique,...)

2 -Recherches en soins courants

Recherches visant à évaluer les soins courants hors médicaments :

- Actes pratiqués et produits utilisés de manière habituelle (modalités particulières de surveillance prévues par un protocole)
- Risques et contraintes négligeables pour la personne qui se prête à la recherche.

3 - Recherche portant sur des collections d'échantillons biologiques humains

Réunion, à des fins scientifiques, de prélèvements biologiques effectués sur un groupe de personnes identifiées et sélectionnées en fonction des caractéristiques cliniques ou biologiques d'un ou plusieurs membres du groupe, ainsi que des dérivés de ces prélèvements.

4 - Recherches non interventionnelles

Recherches caractérisées par les éléments suivants :

- Actes pratiqués et produits utilisés de manière habituelle (pratique courante)
- Absence de randomisation
- Aucune procédure supplémentaire ou inhabituelle de suivi et ou de surveillance des participants à la recherche
- Recherches portant sur des données.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 02.- Obligation du recueil du consentement préalable des participants à une recherche

Le recueil du consentement pour participation à une recherche biomédicale est obtenu après information préalable de la part du médecin investigateur. Un retrait en cours d'étude est possible quelle qu'en soit la raison sans avoir à le justifier.

En situation d'urgence, la loi permet le recueil du consentement de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche sachant que le consentement du patient doit être obtenu dès que possible. Elle prévoit par ailleurs l'instauration d'un délai de réflexion dans le recueil du consentement pour le participant en fonction des risques liés à la recherche. Pour les mineurs, elle allège les modalités pratiques de recueil du consentement en permettant la signature d'un seul parent dans le cadre de recherches comportant des risques et contraintes négligeables.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 03.- Information et indemnisation des participants à une recherche

A l'issue de la recherche, et si elle en fait la demande exprès, la personne ayant participé à la recherche, peut être informée par l'investigateur des résultats globaux de la recherche.

Conformément à la loi, la recherche biomédicale ne donne lieu à aucune contrepartie financière directe ou indirecte pour les personnes qui s'y prêtent, hormis le remboursement des frais exposés et le cas échéant, l'indemnité en compensation des contraintes subies qui leur sont versées par le promoteur.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 04.- Protection des personnes

Tout fichier renfermant des données à caractère personnel, constitué dans le cadre d'une recherche sous forme papier ou informatique, doit être conforme à la Loi.

Quelle que soit la procédure applicable, la personne qui se prête à la recherche, dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification sur ses données. Par ailleurs, il est interdit de mettre ou de conserver en mémoire, sauf accord écrit de l'intéressé, des données sur les origines raciales, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses, les appartenances syndicales ou les mœurs des personnes.

Certaines populations bénéficient d'une protection renforcée (femmes enceintes, mineurs, majeurs protégés,...) et ne peuvent participer à aucun projet de recherche biomédicale sauf si cette recherche ne peut être réalisée autrement et si elle est utile pour ces catégories de populations.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 05.- Fichier National des Volontaires

Ce fichier relatif à tout type de recherche répertorie les volontaires sains et les patients qui se prêtent à une recherche avec ou sans lien direct avec leur pathologie.

De plus, le comité de protection des personnes peut exiger l'inscription des patients dans ce fichier afin de les protéger, et ce, même s'ils ne répondent pas aux conditions déterminées par la loi.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 06.- Conditions de mise en œuvre d'une recherche

Le promoteur est le principal interlocuteur du comité de protection des personnes (CPP) et des autorités de santé. Il assume la gestion et vérifie le financement de la recherche.

Le démarrage d'une recherche biomédicale nécessite l'aval du CPP, l'autorisation de l'autorité compétente et un engagement de l'établissement à respecter la méthodologie de référence.

Le CCP émet un avis motivé indispensable à la réalisation de l'essai. Il émet un avis sur la pertinence de la recherche, sa conception scientifique et notamment sa méthodologie. Sur un projet de recherche donné, le CPP ne peut formuler qu'une seule demande de modification.

Le démarrage d'une recherche en soins courant ou d'une collection nécessite l'aval du CPP et une déclaration auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

Le démarrage d'une recherche non interventionnelle nécessite une déclaration auprès de la CNIL.

Pour les recherches portant sur des embryons surnuméraires, des cellules embryonnaires ou fœtales, l'autorisation de l'Agence de la biomédecine devra être obtenue. La Loi interdit le clonage reproductif qui consiste à faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne vivante ou décédée.

En cours de recherche, le promoteur doit informer les instances précitées et les personnes se prêtant à la recherche de tout fait nouveau susceptible de porter atteinte à la sécurité des personnes qui se prêtent à la recherche, ainsi que de tout arrêt prématuré.

En cas de risque pour la santé publique, de non-respect des dispositions législatives, ou d'absence de réponses satisfaisantes du promoteur, ces instances peuvent interdire ou suspendre la recherche.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 07.- Caractéristiques légales de la mise en œuvre d'une recherche

Une recherche biomédicale doit être fondée sur le dernier état des connaissances scientifiques et sur une recherche préclinique suffisante.

Le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à la recherche, ne doit pas être hors de proportion avec le bénéfice escompté pour ces personnes ou l'intérêt de cette recherche.

La recherche doit être effectuée sous la direction et la surveillance d'un médecin investigateur justifiant d'une expérience appropriée.

En dehors de ces caractéristiques légales générales, des recherches sont autorisées :

- sur les embryons surnuméraires (c'est à dire ceux fabriqués dans le cadre de l'Assistance médicale à la procréation) sous réserve de l'obtention du consentement écrit des membres du couple et de diverses autorisations réglementaires,

- sur des cellules souches embryonnaires ou fœtales importées,

- sur des tissus ou des cellules embryonnaires ou fœtales à l'issue d'une interruption volontaire de grossesse sous 2 conditions : existence d'un consentement écrit de la femme postérieur à la date de décision d'interrompre sa grossesse et protocole autorisé par l'agence de biomédecine.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 08.- Responsabilités inhérentes à la recherche

Responsabilité civile du promoteur de recherche

Le promoteur, personne morale ou physique qui prend l'initiative de la recherche, est responsable de tout dommage lié à la participation des personnes à une recherche. A ce titre, et uniquement dans le cas où son projet est une recherche biomédicale, il doit avoir contracté une assurance responsabilité civile. Cependant, la loi prévoit que si le promoteur apporte la preuve que le dommage n'est pas lié à la recherche, les participants seront indemnisés dans le cadre de la prise en charge de l'aléa thérapeutique.

Responsabilité pénale des acteurs de recherche

Le non-respect de l'ensemble des dispositions prévues au présent chapitre constitue aussi bien pour le promoteur que pour l'investigateur des infractions pénalement sanctionnées.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 09.- Prévention et éducation pour la santé

Dans le cadre d'une politique de santé publique, le CHU de Montpellier met en œuvre et développe les moyens favorisant des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

A cette fin, il dispose d'une instance consultative dédiée à cette mission. (cf. titre I du présent règlement).

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 01 DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECHERCHE, LA PREVENTION DES RISQUES ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Article 10.- Education thérapeutique du patient

Afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques, le CHU de Montpellier promeut des actions d'éducations thérapeutiques.

Ces actions s'inscrivent dans le parcours de soins du patient.

Elles ont pour objectifs de rendre les patients plus autonomes en facilitant leur adhésion aux traitements prescrits.

Au CHU de Montpellier, elles sont coordonnées par l'Unité Transversale en Education du Patient (UTEP).

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 01.- Admission

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur général, ou son représentant, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.
Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission. Il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 02.- Décision de l'Agence Régionale de Santé (ARS)

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises, et alors même que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur de l'Agence Régionale de Santé.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 03.- Urgences

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur général ou son représentant doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Plus généralement, il prend toutes mesures pour que ces soins soient assurés.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 04.- Libre choix

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les patients ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.

En fonction des services d'hospitalisation, le CHU de Montpellier comporte soit un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun, soit deux régimes d'hospitalisation : le régime commun et le régime particulier lequel correspond à une chambre individuelle.

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.

Les patients peuvent être admis sur leur demande, au titre de l'activité libérale d'un praticien. Ce choix doit être formulé par écrit dès l'entrée, par le patient ou son accompagnant après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux, dont le montant sera fixé par entente directe entre le patient et le praticien.

Aucun patient ne peut être transféré dans le secteur libéral s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur libéral.

Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le directeur délégué auprès du pôle hospitalo-universitaire sur demande motivée du patient ou de ses ayants droit et après avis du chef de service.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 05.- Recherche d'identité de patients

A l'exception des cas prévus aux articles 3, 11 et 12 du chapitre 03, en cas de défaut d'identité, il convient dans un premier temps de rechercher toute information auprès du SAMU, des pompiers, des ambulanciers ou de toute personne ayant participé au transport du blessé ou malade jusqu'à l'établissement. En cas d'échec, le cadre de santé :

- doit prendre contact avec les autorités de police pour la ville (ou de gendarmerie pour les communes rurales),
- prévenir le bureau des entrées ou le cas échéant le directeur de garde,
- consigner l'ensemble des démarches effectuées dans le cahier de garde et le dossier du patient, et notamment l'identité et la qualité de ses interlocuteurs,
- en cas de transfert d'un patient des urgences vers un autre service, s'assurer que les formalités de recherche d'identité seront poursuivies. A cet effet, le dossier transmis avec le malade comprendra les informations utiles déjà recueillies et mentionnera les démarches effectuées, de façon à faciliter la poursuite des recherches.

Si la recherche d'identité et/ou l'information des familles n'a pu être menée à bien, le directeur auprès du Pôle d'activité médicale doit être informé des démarches effectuées dans un délai n'excédant pas 48 heures.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 06.- Transfert après les premiers secours

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement, le directeur général ou son représentant, doit déclencher les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

Il en est de même lorsque l'admission d'un patient présente, du fait du manque de place, un risque certain de dysfonctionnement du service hospitalier.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 07.- Information de la famille

Sauf si le patient s'y oppose formellement, le cadre soignant ou l'infirmier responsable prévient sa famille en cas d'hospitalisation d'urgence.

Les moyens utilisés sont les suivants :

- appel téléphonique,
- à défaut, appel au poste de police ou à la brigade de gendarmerie du lieu de résidence de la personne hospitalisée, en leur demandant de rechercher et de prévenir la famille,
- en cas d'échec, s'adresser au Maire de la commune de résidence du malade.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 08.- Refus d'hospitalisation du malade

Tout patient majeur dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus.
A défaut, un procès-verbal du refus est dressé.
Si le patient présente des signes d'altération de ses facultés mentales, il convient de demander l'avis du psychiatre des urgences avant sa sortie.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 09.- Dépôts volontaires

Lors de son admission, lorsqu'il est conscient et que son état le permet le patient est informé de la possibilité d'effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent, des objets de valeur et objets usuels qui sont en sa possession.

Ces objets sont conservés dans les coffres de la Régie de l'établissement prenant en charge le patient ou dans le coffre de la Trésorerie Principale pour les séjours de longue durée.

Lors du dépôt un justificatif est remis au patient.

L'administration ne pourra être tenue pour responsable de la perte ou du vol d'objets et de valeurs non déposés au coffre de la régie d'établissement.

(Cf Annexe 20 : Procédure de gestion des dépôts et retraits pour les personnes hospitalisées)

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 10.- Inventaires

Si le patient est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements, dont il est porteur, est aussitôt dressé et signé par :

- un agent du CHU réalisant l'inventaire au nom de l'Etablissement,
- un accompagnant du patient le cas échéant.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 11.- Restitution des objets

Les sommes d'argent ou objet de valeur sont restituées au patient soit par la régie de l'établissement soit par la Trésorerie Principale, du lundi au vendredi pendant leurs heures d'ouverture.

Le patient doit présenter le reçu délivré lors du dépôt et/ou de l'inventaire, accompagné d'une pièce d'identité.
Il peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.
En cas de Décès, les héritiers doivent être munis également d'un certificat d'hérédité.

En dehors des horaires d'ouverture, seuls les objets de non valeurs (clés, papier d'identité...) présents dans les coffres des régies d'établissement pourront être restitués par le directeur de garde.

En cas de transfert du patient sur un autre établissement, de sortie définitive sans avoir retiré son dépôt ou en cas de décès, le dépôt est transféré à la Trésorerie Principale dans les 8 jours.

Les objets de non valeurs non réclamés depuis plus de 2 ans font l'objet d'une destruction par le CHU.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 01.- Victimes de violences ou de maltraitances

Le signalement des violences ou des maltraitances présumées est effectué auprès des services de l'aide sociale à l'enfance ou de la justice selon les dispositions législatives prévues à cet effet (vie en danger, agression sexuelle). En cas de constatation ou de suspicion de violences ou de maltraitances les services de soins doivent prendre contact avec le service social du CHU.

Ce signalement doit être formulé par écrit. Les familles sont informées de l'existence et des motifs d'un signalement.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 02.- Bénéficiaires de la Sécurité Sociale, de l'aide médicale d'Etat ou de l'article L.115 du code des pensions militaires

Les bénéficiaires des différents régimes de Sécurité Sociale doivent lors de leur admission fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat doivent être munis de la notification d'attribution de cet avantage ou, à défaut, de tous documents nécessaires à la constitution d'un dossier de demande.

Les adhérents à une mutuelle complémentaire, y compris au titre de la couverture maladie universelle, doivent être munis d'une carte d'adhérent en cours de validité.

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

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme social, il est tenu d'acquitter, auprès du trésorier principal, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation. Ce versement doit être effectué lors de l'admission et viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 03.- Femmes enceintes

Le directeur général ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article L.222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans une maison maternelle du département ou dans celles avec lesquelles le département a passé convention.

Le directeur général ou son représentant doit alors informer de cette admission le directeur de l'Agence Régionale de Santé.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 04.- Militaires

Si le directeur général ou son représentant est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à son chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 05.- Détenus

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement 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 dans l'établissement, soit dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par 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.

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 dans le secteur privé d'un médecin si la surveillance prévue dans l'alinéa ci-dessus ne gêne pas les autres patients.

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, de gendarmerie, des forces armées et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 06.- Mineurs

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale.

L'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement d'éducation ou à celle du gardien du mineur.

L'admission du mineur, régulièrement autorisée, implique l'acceptation d'un programme thérapeutique élaboré par le médecin du service. Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée.
Si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père; mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.
Dans le cas où la personne exerçant l'autorité parentale est en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.
En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.
Si les parents ou tuteurs sont défaillants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, le directeur général ou son représentant peut saisir le procureur de la république afin de provoquer une mesure d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Dans un cas d'extrême urgence le médecin donne les soins nécessaires (code de déontologie médicale). L'avis d'un, voire de deux autres médecins est une garantie supplémentaire. Le procureur de la république ainsi que le gardien légal sont informés le plus rapidement possible.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 07.- Mineurs relevant du service départemental d'aide sociale à l'enfance du Conseil Général

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance du conseil général, le directeur général ou son représentant adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au directeur de l'action sanitaire et sociale (service médical de l'aide à l'enfance) le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 08.- Non voyants

Si le non voyant est guidé par un chien, ce dernier peut pénétrer dans les lieux ouverts au public (hall d'accueil, salle d'attente ...). Le chien ne doit pas s'approcher des patients ni être introduit dans les salles de consultations ou de soins.
En cas d'hospitalisation le chien devra être remis à un proche du patient. A défaut de parent ou de proche, le chien pourra être confié à la garde d'un chenil (avec l'accord du patient et à ses frais).

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 09.- Sourds et malentendants

Pour favoriser l'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes, une unité d'accueil spécifique dispose de personnels compétents, formés en langue des signes.

Le personnel intervient à la demande et sur sollicitation des unités de soins du CHU.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 10.- Etrangers

Les étrangers sont admis dans l'établissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

Toutes les demandes d'admissions de patients étrangers, parvenues directement dans les services, doivent être impérativement adressées au service ayant en charge l'accueil de la clientèle et qui à ce titre s'occupe d'accomplir l'ensemble des formalités d'admission.

En cas de besoin d'interprètes, une liste des personnes à contacter est disponible sur le site intranet du CHU dans la rubrique "accueil des patients".

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 11.- Malades toxicomanes

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

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 12.- Dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine

En application de l'article L.3121-2 du Code de la santé publique, les personnes qui le souhaitent peuvent bénéficier de l'anonymat et de la gratuité pour la consultation, les examens biologiques et les actes médicaux nécessaires au dépistage du VIH, mais non pour le suivi, ni pour le traitement éventuel de la maladie.

Le séjour à l'hôpital peut nécessiter la réalisation de prélèvements sanguins parmi lesquels la recherche d'hépatite et le SIDA. Ces prélèvements sont effectués pour assurer une prise en charge optimale et pour mieux encadrer le risque infectieux que ces virus peuvent représenter pour le personnel soignant ou pour les autres patients.

Aucun prélèvement ne peut être réalisé sans le consentement préalable du patient.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 03 DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ADMISSIONS

Article 13.- Maladies contagieuses à déclaration obligatoire

Le médecin et le directeur ont l'obligation d'informer l'autorité sanitaire des cas de maladies transmissibles apparues dans l'établissement et qui font partie de la liste prévue à l'article R.3113-4 complété par l'article D.3113-6 du code de la santé publique.

Pour ce qui est des maladies justifiant des mesures exceptionnelles :

1/ au niveau national et international, l'Agence Régionale de Santé (ARS) est informée immédiatement par téléphone, le patient contagieux est isolé.

2/ à l'échelon local, l'ARS est informée dans les meilleurs délais, sous forme de fiches de renseignements adressées par le médecin.

Dans tous les cas de figure la chambre du patient est désinfectée à sa sortie.

En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, le médecin qui en a connaissance doit les déclarer à l'ARS. La déclaration est en principe anonyme.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 01.- Accueil des patients / livret pour les hospitalisés

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission.

Dès son arrivée dans un établissement, l'hospitalisé reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour.

Le livret d'accueil du patient, actualisé périodiquement, est également accessible sur le site internet du CHU de Montpellier.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 02.- Information des hospitalisés

Les hospitalisés sont informés par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins (port du badge, présentation orale du personnel ...).

Le médecin responsable donne aux patients :

* dans les conditions fixées par le code de la Santé Publique et le code de déontologie les informations sur leur état qui leur sont accessibles,

* dans toute la mesure du possible, une information sur les traitements et soins qui leurs sont proposés,

* pour tous les actes médicaux ou chirurgicaux importants, une information préalable sur les risques et les conséquences que ces actes pourraient entraîner.

Le patient doit, en outre, être mis en situation d'exprimer son consentement ; le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Le patient victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, s'il est décédé, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informé par le professionnel de santé et l'établissement de santé sur les circonstances et les causes de ce dommage.
Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 03.- Désignation d'une personne de confiance

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

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.

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

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 04.- Exercice du culte

Les hospitalisés ont la possibilité de pratiquer librement la religion ou la philosophie de leur choix et de recevoir, après demande de leur part auprès de l'administration, le ministre du culte de leur choix.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 05.- Associations présentes au sein de l'établissement

Un guide des bonnes pratiques de gestion du secteur associatif au CHU de Montpellier détaille les principes généraux et les conditions de la vie associative. Il définit également les règles applicables au fonctionnement des associations au sein de l'établissement.

De plus, les associations domiciliées ou bénéficiant de subventions ainsi que celles ayant conclu une convention, autre que la domiciliation, avec le CHU doivent fournir à l'administration hospitalière les renseignements demandés et éventuellement apporter les modifications nécessaires à la structure ou au fonctionnement de la vie associative afin d'être en permanence en conformité avec la législation ou la réglementation en vigueur.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 06.- Action des bénévoles agissant pour le compte des associations

L'exercice du bénévolat dans les hôpitaux s'exerce dans un cadre strictement associatif.

Les associations doivent conclure avec le CHU une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Les bénévoles sont astreints au secret professionnel. Leur activité fait l'objet d'un suivi et d'un contrôle exercés par les directions auprès des pôles d'activité médicale.

Des précisions complémentaires figurent dans le guide de bonnes pratiques mentionné à l'article précédent.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 07.- Horaires des visites

Les horaires de visites aux hospitalisés sont communiqués par chaque service d'hospitalisation. Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de 15 ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite. Ainsi les proches d'un patient en toute fin de vie l'assistant dans ses derniers instants, peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite.

Dans le cas où le patient ne souhaite pas recevoir la visite de certaines personnes qu'il désigne, il peut en faire la demande auprès du cadre de santé.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 08.- Comportement du malade

Le directeur général d'un établissement hospitalier ne peut refuser l'admission d'une personne dont l'état de santé nécessite des soins dans les conditions réglementaires. Ces hospitalisés sont soumis au respect minimum de mesures d'ordre et de discipline afin que leur comportement ou leurs propos ne soient pas une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service.

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans l'autorisation d'un membre du personnel soignant. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Le cadre de santé du service doit s'opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit au patient.

En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et boissons introduites en fraude peuvent être détruites à la vue du patient ou de sa famille.

Les patients ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni drogue, ni arme, ni médicaments (sauf accord du médecin sur ce dernier point), ni animaux (hors les cas visés au présent règlement).

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur général ou son représentant prend avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Le changement de service ou le transfert sur un autre établissement à titre de sanction est alors envisageable, dans le respect de certaines conditions concernant le patient (patient transportable), mais aussi dans le respect des règles imposées par le code de déontologie.

Le médecin qui se dégage de sa mission doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient dans les conditions prévues ci-dessus.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 09.- Respect de l'environnement du CHU

Les espaces verts du CHU sont des zones qui doivent être préservées. Aucun détritus (papiers, bouteilles ou autres) ne doit y être laissé pour la sauvegarde de l'esthétisme des lieux et pour la sécurité des personnels des espaces verts au cours de leurs travaux d'entretien (risque de projection d'objets lors des tontes de pelouses, élagages ...).

Pour le maintien de l'esthétisme des lieux et pour se prémunir d'éventuels risques qui pourraient être induits par l'absorption de produits inhérents aux traitements de ces espaces, il est demandé à toute personne circulant à l'intérieur des sites du CHU de ne pas dégrader les zones paysagées (cueillette des fleurs et fruits, arrachages divers).

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 10.- Interdiction de fumer

Il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des établissements du CHU de Montpellier pour tous les patients. Cette interdiction s'applique en effet dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail. Elle s'étend à la cigarette électronique.

Certaines dérogations existent pour les patients entrant dans une des catégories suivantes :

- patients hospitalisés en psychiatrie,
- patients en cours de sevrage (alcool, toxicomanie ...),
- personnes âgées des unités de soins de longue durée.

Des locaux sont désignés et équipés d'une ventilation adaptée à cet effet.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 11.- Interdiction de gratifications

Aucune gratification ne doit être versée aux personnels par les patients.

En revanche, la direction en charge des finances du CHU peut recevoir conformément à la législation en vigueur des dons (financiers, mobiliers ou immobiliers) provenant de la générosité du public.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 12.- Hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital. Ainsi, les patients sont tenus de respecter les règles d'hygiène (toilette régulière, tenue correcte, respect des protocoles dans les unités chirurgicales avant intervention).

Par ailleurs, dans certains secteurs particuliers, les familles doivent se soumettre à des procédures spécifiques inhérentes à l'isolement du patient (lavage des mains, habillage, etc..).

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 13.- Effets et jouets personnels

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...),
- leur linge et leurs effets personnels (serviettes de table et de toilette, drap de bain, gants de toilette, linge de nuit, robe de chambre, pantoufles, etc ....).

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient conserve ses vêtements et son linge personnel dont il doit assurer l'entretien.

L'établissement fournit le linge hôtelier suivant : draps, taies d'oreiller, couvertures.

Les jouets et jeux appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre de santé ou de l'équipe soignante.

Les jouets et jeux prêtés aux enfants par le service ou la ludothèque doivent être restitués lors de la sortie de l'enfant.

Les parents sont responsables des détériorations volontaires causées par leurs enfants.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 14.- Protection de la personne hospitalisée

Le médecin, qui constate que la personne à laquelle il prodigue ses soins a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil, peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu du traitement.

Cette déclaration a pour effet de placer le patient sous procédure de sauvegarde de justice (article L.3211-6 alinéa 2 du CSP).

Conformément aux articles 440 et 472 du code civil, une tutelle ou curatelle peut éventuellement être ordonnée par le juge des tutelles. Le cas échéant, elle est confiée au mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'établissement.

Les biens des majeurs protégés hospitalisés dans l'établissement, sont administrés dans les conditions prévues aux articles 440 et 472 du code civil, et par les décrets 69-195 du 15 février 1969, ainsi que par la loi du 5 mars 2007 et ses décrets d'application.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 15.- Déclaration de Naissance

La déclaration des nouveau-nés du CHU peut se faire à l'annexe de l'Etat civil de la Ville de Montpellier située au rez-de-chaussée de l'Hôpital Arnaud de Villeneuve, aux horaires d'ouverture de ce guichet.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 16.- Service Social

Le service social est à la disposition des hospitalisés et de leur famille aux jours et heures indiqués dans les établissements. En outre, une assistante sociale peut se rendre au chevet du patient à la demande de celui-ci, de son entourage ou des équipes médicales et soignantes.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 04 CONDITIONS DE SEJOUR

Article 17.- Autres services rendus aux patients

Service du courrier

Des boîtes aux lettres sont à la disposition des patients dans les établissements.

Le vaguemestre est en mesure de fournir les prestations suivantes aux patients hospitalisés :

- distribution et collecte du courrier par le circuit interne,
- réalisation pour le compte du patient des différentes opérations postales de sa compétence.

NB : Conformément à la réglementation postale, l'envoi de numéraire par voie postale est interdit.

Service téléphonique

Les patients ont accès au service téléphonique de l'établissement dans les conditions fixées par le livret d'accueil.

Prestation de service "télévision"

Les patients ont la faculté d'accéder à ce service. Ils peuvent ouvrir un compte auprès de la société prestataire.

Par dérogation, seuls les patients des services de soins de longue durée en gérontologie peuvent dans la mesure du possible aménager leur chambre selon leurs propres besoins et utiliser leur téléviseur personnel.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 01.- Autorisation de sortie

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données par écrit, sur avis médical favorable du chef de service, par le directeur général ou son représentant.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant. Il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Lorsqu'un patient est admis sous contrainte, l'autorisation de sortie est organisée conformément à la loi 2013-869 (art. 3211-11-1) du 27/09/2013.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 02.- Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire ou en cas d'admission discrète, les mineurs ne peuvent être confiés, pour les sorties en cours d'hospitalisation, qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par celles-ci.

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre un avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale de l'enfant. Elle signe l'attestation précisant qu'elle a pris connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant. Si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le directeur général ou son représentant saisit le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles devront faire connaître par écrit à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 03.- Formalités de sortie

Lorsque l'état de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur général ou son représentant sur proposition du médecin chef de service. La sortie d'un militaire est signalée à son chef de corps ou à défaut à la gendarmerie.

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de l'hospitalisé dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

Le bulletin de sortie délivré aux patients ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Le médecin traitant doit être informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre. Il doit également recevoir toutes indications complémentaires et s'il y a lieu, assurer la surveillance du patient.

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

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 04.- Sortie après refus de soins

Lorsque les patients n'acceptent pas le traitement, l'intervention ou les soins qui leurs sont proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le directeur général ou son représentant.

Dans ce cas, l'hospitalisé signe un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si ce dernier refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

En cas de signe d'altération des facultés mentales du patient, l'avis du psychiatre de garde est requis avant la signature du procès-verbal.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 05.- Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs, sauf en cas d'admission discrète, et des personnes hospitalisées sans consentement, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin chef de service ou son représentant estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation. Celle-ci devra établir qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie représente pour eux et qu'ils ont été invités à se mettre en relation avec leur médecin traitant.

La sortie est alors prononcée par le directeur général ou son représentant. Dans la mesure où le service a connaissance des coordonnées du médecin traitant, il convient de l'informer de la situation.

Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

En cas de signe d'altération des facultés mentales du patient, l'avis du psychiatre de garde est requis avant la signature du procès-verbal.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 06.- Sortie disciplinaire

La sortie des patients peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire dans les conditions et selon les modalités fixées par l'article 08 du chapitre 04.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 07.- Sortie sans autorisation

Si le patient sort sans autorisation du service et que cette situation crée un danger pour lui ou pour autrui, les faits seront immédiatement signalés au directeur délégué du Pôle hospitalo-universitaire ou au directeur de garde.
Un rapport sera adressé dans les 24 heures au directeur général ou à son représentant.

Dans le cas d'un patient majeur :

Les recherches dans l'établissement, selon la procédure en vigueur, restent vaines :

- si le médecin estime que l'état du malade permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant.

- si le médecin estime que cette sortie sans autorisation met en danger l'intégrité physique du patient, ou de son enfant pour une parturiente, ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées par le service de soins auprès de la famille, puis, si nécessaire par la police.

Dans le cas d'un patient mineur :

La famille doit être immédiatement prévenue par le service de soins. Si la personne exerçant l'autorité parentale signe l'attestation prévue pour les sorties contre avis médical, l'enfant est déclaré sortant. La police est également alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 08.- Sortie des nouveau-nés

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou de cas de force majeure constatée par le médecin chef de service ou son représentant, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 09.- Recours aux sociétés privées de transports sanitaires

Pour toute sortie de patient hospitalisé dont l'état nécessite un transport sanitaire, l'unité de soins se doit de favoriser et de respecter le principe du libre-choix du transporteur privé, par le patient ou sa famille. Elle tient à leur disposition, la liste complète des ambulances agréées du département disponible sur intranet dans la rubrique "prise en charge et transport de patients".

Il n'appartient pas à l'unité de soins, d'appeler directement une entreprise de transports sanitaires, quelle que soit la destination (domicile, centre de rééducation...).

Si le patient (ou sa famille) n'est pas en mesure de contacter directement la société privée de son choix ou n'exprime aucune préférence, l'unité de soins se doit obligatoirement de saisir une demande informatique qui sera traitée, par la régulation des transports sanitaires, dans le cadre du libre choix ou du tour de rôle.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 05 SORTIE DES HOSPITALISES

Article 10.- Questionnaire de sortie

Tout hospitalisé reçoit lors de son séjour un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est soit rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le patient le désire, soit adressé par voie postale.

Le directeur général ou son représentant communique périodiquement les résultats de l'exploitation de ces documents aux instances décisionnaires et consultatives (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement et commission de conciliation, etc...).

Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 01.- Aggravation de l'état du patient

Le patient est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle, en fonction des disponibilités du service, lorsque son état s'est aggravé et qu'il est en fin de vie.

La ou les personnes que le patient a désignée(s) lors de son admission, sont informées de l'aggravation et sont admises à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 02.- Constat du décès

Conformément à l'article 80 du code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial. L'avis de décès est transmis dans les vingt-quatre heures au bureau d'état civil de la ville de Montpellier.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 03.- Notification du décès

Cas général :

La famille ou les proches sont prévenus du décès du patient, dès que possible et par tous moyens appropriés (cf. dispositions de l'article 06 du chapitre 02).

Cas particuliers :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, le décès est notifié au consulat le plus proche,

- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente,

- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide Sociale à l'Enfance, au Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales,

- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 04.- Déclaration d'enfant sans vie

La déclaration d'enfant sans vie est établie lorsqu'un enfant est sans vie au moment de l'accouchement conformément aux dispositions du code civil.

Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 05.- Indice de mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur général ou son représentant, prévenu par le médecin chef du service, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du code civil.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 06.- Inventaire après décès

Lorsque le décès a été médicalement constaté, le personnel soignant procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions qui conviennent, et dresse l'inventaire de tous les objets qu'il possédait (vêtements, bijoux, somme d'argent, papiers, clefs, etc...)

Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin. Il est inscrit sur un registre d'inventaire.

L'inventaire est signé par l'agent et le témoin, puis remis avec les objets qui y figurent au service des admissions.

Les vêtements et objets usuels sont remis à la famille. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement versés dans la caisse du comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droits.

Ces objets ne peuvent être remis directement par le personnel aux ayants droit du patient ou à ses amis.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 07.- Mesure de police sanitaire

Des mesures de police sanitaire peuvent rendre obligatoire l'incinération des effets et des objets mobiliers ayant appartenu au défunt, par mesure d'hygiène.

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

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 08.- Formalités des transports de corps

L'ensemble des formalités à respecter figurent dans le règlement intérieur de la chambre mortuaire.

Le corps des personnes décédées dans l'établissement peut, à l'initiative de la famille, être transporté à partir du service :

- soit au domicile du défunt ou de sa famille,
- soit dans une chambre funéraire,
- soit à la chambre mortuaire du CHU.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 09.- Inhumation sur l'initiative de la famille

Selon la réglementation en vigueur, les familles des patients décédés au CHU ont le libre choix de l'opérateur funéraire. Il importe donc de demander à la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles de désigner le lieu de destination choisi pour le transport de corps ainsi que l'entreprise agréée qui se verra confier ce transport.

A défaut de choix exprimé par la famille, il sera fait appel aux entreprises figurant sur le tour de rôle des établissements.

En cas d'obstacle médico-légal à l'inhumation, celle-ci n'est rendue possible qu'après délivrance du permis judiciaire d'inhumer.

En cas de don de corps, il convient de faire appel à l'entreprise de pompes funèbres qui a établi une convention avec la faculté de médecine de Montpellier.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 10.- Inhumation sur l'initiative de l'établissement

En dehors de tout problème médico-légal, lorsque dans un délai de dix jours, au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, le CHU fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec le solde financier laissé par le défunt.

A défaut, le CHU applique les dispositions concernant les indigents.

S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 11.- Prélèvements d'organes à des fins thérapeutiques

Le CHU de Montpellier est un établissement de santé autorisé à réaliser les prélèvements d'organes et de tissus, à visée thérapeutique ou scientifique.

Cette activité est placée sous la responsabilité de l'équipe de coordination des prélèvements d'organes et de tissus.

La mission de la coordination hospitalière est d'assurer l'accueil des familles et de participer au bon déroulement des activités de prélèvements :

- application des règles de sécurité sanitaire,
- prise en charge médicale du donneur,
- diagnostic de mort encéphalique selon les normes en vigueur,
- assurance de la non opposition au prélèvement par interrogation du registre national des refus et recueil du témoignage de la famille,
- application des règles de répartition et d'attribution des greffons.

L'acte de prélèvement est une intervention chirurgicale effectuée au bloc opératoire, selon les règles d'hygiène et d'asepsie propres à toute intervention chirurgicale de l'établissement greffeur.

Cas particulier :

Le prélèvement d'organes sur "donneur vivant"' (rein, moelle osseuse ...) ne peut s'effectuer que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur, et relève d'un cadre juridique précis.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 06 MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES, OPERATIONS FUNERAIRES - TRANSPORTS DE CORPS, PRELEVEMENTS D'ORGANES ET DE TISSUS - AUTOPSIES

Article 12.- Autopsies ou prélèvements à des fins scientifiques, médicales et médico-légales

Une autopsie pourra être pratiquée dans un but scientifique, préalablement à l'inhumation et après autorisation du directeur général ou de son représentant, à l'exception des cas suivants :

- si la famille du défunt s'y oppose expressément,
- si le patient, de son vivant, avait fait connaître clairement son opposition.

Des autopsies médico-légales peuvent également être pratiquées dans les conditions réglementaires.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 07 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

Article 01.- Conservation du dossier médical

Les dossiers médicaux sont conservés selon des délais définis par le décret du 04/01/2006 et l'instruction du 14/08/2007 :

- Pour les hospitalisés :
- dossiers médicaux des patients adultes : 20 ans à compter de la date de la dernière hospitalisation
- dossiers médicaux des enfants : jusqu'à leur 28ème année
- dossiers médicaux des patients décédés : 10 ans à compter du décès au CHU.
- dossier maladie génétique : 30 ans (conservation des examens portant sur les caractéristiques génétiques)

- Pour les consultations externes sans hospitalisation au CHU : 5 ans à compter de la date de dernière venue en consultation

- Tout recours gracieux ou contentieux entraîne une suspension des délais.

Dossier médical informatisé

Pour une meilleure prise en charge des patients par ses différentes équipes médicales et soignantes, le CHU a mis en place un dossier médical informatisé. Les informations contenues sont conservées,

- pour les hospitalisés :
- dossiers médicaux des patients adultes : 20 ans à compter de la date de la dernière hospitalisation
- dossiers médicaux des enfants : jusqu'à leur 28ème année
- dossiers médicaux des patients décédés : 10 ans à compter du décès au CHU.
- dossier maladie génétique : 30 ans (conservation des examens portant sur les caractéristiques génétiques)

- pour les consultations externes sans hospitalisation au CHU : 5 ans à compter de la date de dernière venue en consultation

- tout recours gracieux ou contentieux entraîne une suspension des délais.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 07 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

Article 02.- Communication du dossier médical

La communication d'un dossier médical se fait selon les modalités définies par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.
La gestion administrative des communications des dossiers d'hospitalisation est centralisée au niveau du service "Communication des dossiers médicaux" de l'Hôpital Lapeyronie.

Les demandes de communication de dossiers de consultations externes se font directement auprès du service médical concerné.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 07 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

Article 03.- Communication / Contentieux.

Dans le cadre d'un contentieux ou d'une action portée devant une commission régionale de conciliation et d'indemnisation qui opposerait un patient au CHU, ce dernier peut communiquer tout ou partie du dossier médical du patient aux experts judiciaires mandatés sans avoir à l'en informer

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 07 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

Article 04.- Information du médecin traitant

Le médecin hospitalier adresse au médecin désigné par le patient, par voie postale ou électronique le plus rapidement possible après la sortie du patient, une lettre l'informant de cette sortie.

Cette dernière résume les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre et fixant, le cas échéant un nouveau rendez-vous de consultation.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 07 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

Article 05.- Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

La Commission des Relations avec les Usagers, de la Qualité et de la Prise en Charge a pour mission de veiller au respect des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients, de leurs proches et de leur prise en charge.

Elle facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Afin de répondre au plaignant dans des délais impartis, la CRUQPC a mis en place un bureau.

La Direction en charge des affaires juridiques procède au traitement des plaintes et réclamations selon les modalités définies dans la deuxième partie du règlement intérieur de la Commission.

La CRUQPC peut avoir accès aux données médicales relatives aux plaintes et réclamations qu'elle traite, sous réserve de l'accord préalable et écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit.

A ce titre, les membres de la CRUQPC sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 07 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

Article 06.- Procédure de médiation

Le médiateur médecin

Un médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service.

Dans ce cadre, le médiateur médecin rencontre le patient, ses proches lorsqu'il estime utile ou à la demande de ses derniers.

Sous réserve de l'accord préalable et écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit, il peut avoir accès au dossier médical du patient.

Le médiateur non médecin

Un médiateur non-médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères aux questions médicales et de soins.

Dans ce cadre, il rencontre le patient, ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 07 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS

Article 07.- Saisie de dossiers médicaux dans le cadre d'une procédure judiciaire

Le CHU peut être amené à remettre à l'autorité judiciaire tout ou partie du dossier médical d'un patient sans avoir à l'en informer.

Ces saisies se font sous la responsabilité de la direction du CHU, elles sont coordonnées par la Direction de l'Offre de soins et de la Qualité en liaison avec les autorités de police ou de gendarmerie.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 01.- Modalités d'hospitalisation

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

L'hôpital de La Colombière est habilité à recevoir des patients en hospitalisation libre. Il est également autorisé à admettre des patients en soins psychiatriques sans consentement.

1-1 Hospitalisation libre

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement* pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

(*) *Ou celui de son représentant légal.*

1-2 Admissions en soins sans consentement

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques.

Toutefois une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application :

- du chapitre II du CSP* (admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent)
- du chapitre III du CSP* (admission sur décision du représentant de l'Etat)
- de l'article 706-135 du code de procédure pénale (cas d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental)

est dite en soins psychiatriques sans consentement et peut être hospitalisée ou maintenue dans une unité de soins des secteurs de psychiatrie adulte gérés par l'hôpital défini comme établissement d'accueil. Les modalités de cette admission seront précisées à l'article 3 du présent règlement intérieur.

Hormis en cas d'admissions sur décision du représentant de l'Etat, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un **mineur** ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

(*) CSP = code de la santé publique

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 02.- Différents droits des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, ou sur décision du représentant de l'Etat, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée, et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état, du projet de décision prononçant son maintien en soins sous contrainte,

- En cas d'admission sur demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent (PI),
- En cas d'admission sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), dans les trois derniers jours du premier mois suivant cette décision,
- En cas de modification de la forme de la prise en charge (hospitalisation complète ou autre forme),

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en soins sans consentement est informée :

a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la **décision d'admission** ou de chacune des **décisions de maintien** rappelées ci-dessus, ainsi que des raisons qui les motivent ;
b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des **décisions de maintien**, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes, s'agissant de la saisine et des décisions du Juge des Libertés et de la Détention.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités de contrôle suivantes :

- Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant ;
- Le président de tribunal de grande instance ou son délégué ;
- Le procureur de la République dans le ressort de la juridiction de Montpellier ;
- Le maire de la commune de Montpellier ou de son représentant.

2° De saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), et lorsqu'elle est hospitalisée, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;

3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

4° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;

5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

7° D'exercer son droit de vote ;

8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Les droits mentionnés au 7° et 8° n'impliquent pas cependant une autorisation de sortie de l'établissement.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Comme tout autre patient pris en charge dans un service de psychiatrie, une personne admise en soins sans son consentement, ne peut être soumise à un protocole thérapeutique que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

Le droit de visite habituellement garanti, peut être limité voire temporairement suspendu sur prescription médicale.

La liberté d'aller et venir peut faire l'objet de restrictions liées aux soins et au respect de la sécurité. Il en va de même pour la liberté de communication téléphonique.

Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs prévues aux sections 1 à 4 du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 03.- Admission des personnes en soins psychiatriques sans leur consentement

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application :

- du chapitre II du CSP* (admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent)
- du chapitre III du CSP* (admission sur décision du représentant de l'Etat)
- de l'article 706-135 du code de procédure pénale (cas d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental)

est dite en soins psychiatriques sans consentement.

La personne est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète

2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile, et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet. Dans ce cas, **un programme de soins** est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation.

Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information sur ses différents droits (art 2 du présent règlement) et l'avise qu'aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous cette forme.

3-1 Admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :

- (SDT) Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade.

Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

La décision d'admission (SDT) est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues aux 1° et 2° du présent 3-1 sont réunies. Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

- (PI) Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues ci-dessus, et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues ci-dessus. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade. Dans ce cas, le directeur informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Lorsque l'admission a été prononcée en péril imminent (PI), les certificats médicaux des 24 heures et des 72 heures suivant l'admission sont établis par deux psychiatres distincts.

- (SDTU) En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement (SDTU). Dans ce cas, les certificats médicaux des 24 heures et 72 heures sont établis par deux psychiatres distincts.

Le directeur s'assure de l'identité de la personne admise en soins psychiatriques.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Lorsque l'un des deux certificats médicaux (des 24 heures et 72 heures), conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le directeur prononce immédiatement la levée de cette mesure.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois, en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre (hospitalisation complète ou autre forme avec programme de soins). Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du directeur, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le directeur est tenu de la modifier sur la base du certificat médical.

Le directeur informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département (ARS) et la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques et leur communique une copie du certificat médical d'admission et du bulletin d'entrée. Il leur transmet également sans délai copie de chacun des certificats médicaux des 24 heures et 72 heures.

Le directeur notifie sans délai les noms, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour tant de la personne faisant l'objet des soins que, lorsque l'admission a été prononcée en SDT ou SDTU, de celle les ayant demandés :

- Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne faisant l'objet de soins ;

- Au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Montpellier.

Dans le cas où la personne malade a été admise en SDT ou SDTU et fait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le directeur informe la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge. (Hospitalisation Complète → Programme de Soins ou Programme de Soins → Hospitalisation complète)

À l'issue du premier mois à compter de la fin de la période d'observation des 72 heures, les soins peuvent être maintenus par le directeur pour des périodes d'un mois, renouvelables comme suit :

Dans les trois derniers jours de chacune des périodes d'un mois, un psychiatre de l'établissement établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée (HC ou autre forme avec PS) demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par un COLLEGE convoqué par le directeur et composé de trois membres appartement au personnel de l'hôpital de La Colombière :

1. Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
2. Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
3. Un représentant de l'équipe pluri-disciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Cette évaluation est renouvelée tous les ans.

Ce COLLEGE recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le COLLEGE, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

Le défaut de production des différents certificats médicaux, avis médicaux ou attestations entraîne la levée de la mesure de soins.

Les copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations précités, sont adressées sans délai par le directeur au représentant de l'Etat dans le département (ARS) et à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, une copie du certificat médical ou de l'avis médical est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention (JLD) du TGI de Montpellier.

3-1-1 LEVEE DE LA MESURE DE SOINS :
Il est mis fin à la mesure de soins sous contrainte, dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies et en fait mention sur le REGISTRE DE LA LOI. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de la mesure de soins, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département (ARS), la CDSP, le procureur de la République du TGI concerné, et la personne qui a demandé les soins (le tiers).

Le représentant de l'Etat dans le département (ARS) peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises ne sont plus réunies.

Le directeur prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée :

- Par la CDSP
- Par le tiers, auquel cas le directeur n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours (Saisine du JLD). S'il estime au vu du certificat médical ou en cas d'impossibilité d'examiner le patient, de l'avis médical établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures qui atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'Etat dans le département (ARS) qui peut prendre une mesure de transformation de l'admission en SDRE.

3-1-2 LE REGISTRE DE LA LOI

Un registre est tenu sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures :

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en SDT, SDTU et PI ;
2° La date de l'admission en soins psychiatriques ;
3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins (SDT) ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en SDTU ou PI ;
4° Les dates de délivrance des informations obligatoirement portées à la connaissance de la personne admise en soins ;
5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;
6° Les différents avis, certificats médicaux et attestations ;
7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention (JLD)
8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ;
9° Les décès.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Ce registre est soumis aux personnes suivantes, appelées ou autorisées à visiter l'établissement, qui y apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

- Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant ;
- Le représentant du TGI ou son délégué ;
- Le procureur de la République de Montpellier ;
- Le maire de Montpellier ou son représentant ;
- Les députés et les sénateurs ainsi que les représentants du parlement européens élus en France ;

Les dispositions ci-dessus, relatives au registre de la loi, sont également applicables aux admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et aux admissions en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

3-2 Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'hôpital de La Colombière du CHU de Montpellier comme l'établissement assurant la prise en charge de la personne malade.
Le directeur transmet sans délai au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) :

- Le certificat médical "des 24 heures" suivant l'admission ;

- Le certificat médical "des 72 heures" et, le cas échéant, la **proposition** relative à la forme de la prise en charge (hospitalisation complète ou autre forme avec établissement d'un programme de soins).

Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical "des 72 heures", le représentant de l'État dans le département **décide** de la forme de prise en charge, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.
Dans l'attente de la décision du représentant de l'État, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

3-2-1 Pour les patients irresponsables pénaux ayant commis des actes graves et pour les patients hospitalisés en UMD :
Lorsque la proposition établie par le psychiatre recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ne peut modifier la forme de prise en charge qu'après avoir recueilli l'avis du COLLEGE.
Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux figurent sur le REGISTRE DE LA LOI.

3-2-2 Arrêté d'un Maire en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes :
En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical, le maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques.
Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.
La période d'observation et de soins initiale (72 heures) prend effet dès l'entrée en vigueur de l'arrêté du Maire.

3-2-3 Maintien de la mesure ou modifications de la forme de la prise en charge :
Dans le mois qui suit l'admission en soins psychiatriques en SDRE, et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Ce certificat précise si la forme de la prise en charge du malade (HC ou autre forme) demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical du patient.
Les copies des certificats et avis médicaux sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).
Après réception des certificats ou avis médicaux et, le cas échéant, de l'avis du COLLEGE et de l'expertise psychiatrique, et compte tenu des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public, le représentant de l'Etat dans le département peut décider de modifier la forme de la prise en charge de la personne malade.
Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis du COLLEGE recommandant la prise en charge d'une personne sous une autre forme que l'hospitalisation complète, il ordonne une expertise.
Lorsque l'expertise confirme la recommandation de prise en charge du COLLEGE sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'État décide d'une prise en charge sous cette autre forme. (Quand l'expertise confirme la recommandation du COLLEGE, cela s'impose au Préfet).
Lorsque l'expertise préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'État maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier

statue à bref délai sur cette mesure (Sauf si la décision du représentant de l'État intervient dans le délai de douze jours imparti au JLD pour statuer sur le maintien en HC).

Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire (arrêté du Maire), le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l'avis médical, le maintien de la mesure de soins pour une **nouvelle durée de trois mois**. Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge du patient. Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département **pour des périodes maximales de six mois** renouvelables selon les mêmes modalités.
Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus ci-dessus, la levée de la mesure de soins est acquise.
Fin de la mesure à la demande du représentant de l'Etat
En outre, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Les dispositions contenues aux 3 alinéas ci-dessus ne sont pas applicables aux personnes ayant commis des actes graves (Article L. 3211-12-II)
Si le représentant de l'Etat dans le département ordonne une expertise psychiatrique, celle-ci est conduite par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement qu'il choisit sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé ou, à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement. Il fixe les délais dans lesquels l'expertise doit être produite, dans une limite maximale dix jours à compter de la désignation de l'expert.
Un psychiatre de l'établissement peut attester, par certificat médical ou par un avis médical sur dossier d'une personne en SDT ou PI, que l'état mental de cette personne nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public. Le directeur en donne aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département qui peut prendre une mesure d'admission en SDRE, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical. Les certificats médicaux de 24 heures et 72 heures (ou les avis médicaux) sont alors établis par deux psychiatres distincts.
Hospitalisation en SDRE à la demande des autorités judiciaires
Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1* du code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la CDSP ainsi que le représentant de l'Etat dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en SDRE. Toutefois, si la personne concernée est déjà en SDRE, la production de ce certificat n'est pas requise pour modifier le fondement de la mesure en cours.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

**Article 122-1 du CP « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime »*

A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

Si l'état de la personne en SDRE le permet, celle-ci est informée par les autorités judiciaires de l'avis dont elle fait l'objet ainsi que des suites que peut y donner le représentant de l'État dans le département. Cette information lui est transmise par tout moyen et de manière appropriée à son état.

L'avis adressé à la CDSP indique si la procédure concerne des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens. Dans ce cas, la personne est également informée des conditions dans lesquelles il peut être mis fin à la mesure de soins psychiatriques. (Saisine du JLD…)

Si le COLLEGE émet un avis selon lequel la mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dont fait l'objet **une personne irresponsable pénalement ayant commis des actes graves** n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le représentant de l'État dans le département ordonne une expertise de l'état mental de la personne par deux psychiatres choisis dans les conditions ci-dessus. Ces derniers se prononcent, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de leur désignation, sur la nécessité du maintien de la mesure de soins psychiatriques. Si les deux experts confirment l'avis du COLLEGE, le Préfet **doit** ordonner la levée de l'hospitalisation complète. Lorsque les avis des psychiatres divergent ou préconisent le maintien de la mesure de soins psychiatriques et que le représentant de l'État la maintient, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure. (Sauf si cette décision du représentant de l'état intervient dans les délais de saisine du JLD à compter de l'admission ou de la réadmission en HC (délai fixé à 12 jours à partir du 1er septembre 2014))

Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures de toute admission en SDRE, de toute décision de maintien et de toute levée de cette mesure :

1° Le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Montpellier, et le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel celle-ci a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;
2° Le maire de la commune de Montpellier et le maire de la commune où la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;
3° La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP);
4° La famille de la personne qui fait l'objet de soins ;
5° Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai les autorités et les personnes mentionnées aux 1° à 5° ci-dessus de toute décision de prise en charge du patient **sous une autre forme** que celle d'une hospitalisation complète.

Modification de la prise en charge à la demande du psychiatre
Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée ou que le patient peut être pris en charge sous une autre forme que l'HC, le directeur en réfère dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.
Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre participant à la prise en charge du patient, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil, qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'État, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'État **doit** ordonner la levée de la mesure de soins sans consentement ou **doit** décider d'une prise en charge sous une autre forme que l'HC, conformément à la proposition figurant dans le certificat médical. (Sauf pour les patients ayant commis des « actes graves »).
Lorsque l'avis du deuxième psychiatre préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'État maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure. (Sauf si cette décision du représentant de l'état intervient dans les délais de saisine du JLD à compter de l'admission ou de la réadmission en HC (délai fixé à 12 jours))

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 04.- Maintien de la mesure de soins psychiatriques sans consentement

Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans consentement, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

1- **Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission :**

- Un médecin réalise un examen somatique complet de la personne,
- Un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques. *(Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée).*

2- **Dans les soixante-douze heures suivant l'admission :**

- Un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que ci-dessus

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat des 72 heures, la **forme de la prise en charge**, et, le cas échéant, le **programme de soins**. Cette proposition **est motivée** au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux.

3- **Maintien mensuel après la période d'observation et annuel après avis du COLLEGE :**

À l'issue du premier mois à compter de la fin de la période d'observation des 72 heures, les soins peuvent être maintenus par le directeur pour des périodes d'un mois, renouvelables comme suit :

- Dans les trois derniers jours de chacune des périodes d'un mois, un psychiatre de l'établissement établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée (HC ou autre forme avec PS) demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical.

- Le directeur peut alors maintenir les soins sous contrainte pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités; (le certificat est établi dans les trois derniers jours de la période en cause).

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par un **COLLEGE** convoqué par le directeur et composé de trois membres appartement au personnel de l'hôpital La Colombière :

1. Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
2. Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient
3. Un représentant de l'équipe pluri-disciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Cette évaluation est renouvelée tous les ans.

Ce COLLEGE recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le COLLEGE, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

Le défaut de production des différents certificats médicaux, avis médicaux ou attestations entraîne la levée de la mesure de soins.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier **la forme de la prise en charge** pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. *(Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne).*

4- <u>Saisine du juge des libertés et de la détention :</u>

Le juge des libertés et de la détention du TGI de Montpellier peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement, **quelle qu'en soit la forme.**
La saisine peut être formée par :

1° La personne faisant l'objet des soins ;
2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
3° La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
5° La personne qui a formulé la demande de soins ;

6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
7° Le procureur de la République.

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.
Rappel : la saisine du JLD sur demande du patient ou d'un tiers s'accompagne d'un certain nombre de documents (cf. article R3211-11 du CSP) dont, le cas échéant, un avis **d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge**, indiquant les motifs qui s'opposeraient à l'audition du patient par le JLD.
L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur lorsque l'hospitalisation a été prononcée dans le cadre d'une admission en soins sans consentement, ou par le représentant de l'État dans le département, d'une personne détenue, ou d'une personne faisant l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, **ait statué sur cette mesure** :

- Avant l'expiration d'un délai de **douze jours** à compter de la date d'admission,

Le juge des libertés et de la détention est alors **saisi dans un délai de huit jours** à compter de cette admission.

- Avant l'expiration d'un délai de **douze jours** à compter de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète.

Le juge des libertés et de la détention est alors **saisi dans un délai de huit jours** à compter de cette décision.

- Avant l'expiration d'un **délai de six mois** à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le juge des libertés et de la détention ou des articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1 du CSP, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision.

Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai en application du 2 ou de l'un des articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1, ou toute nouvelle décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale fait courir à nouveau ce délai.

Le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois.

Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés ci-dessus pour statuer, une expertise ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette

ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin par la levée de la mesure. L'ordonnance mentionnée ci-dessus peut être prise sans audience préalable. Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise doit être produite, dans une limite maximale fixée à 15 jours. Passés ces délais, il statue immédiatement.

La saisine du JLD est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. (Il peut comporter les motifs qui s'opposent à l'audition du patient par le JLD (R3211-28))

Dans ce cas, le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes.
Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du COLLEGE et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État qui ne peut excéder 15 jours. Passés ces délais, il statue immédiatement.

5- Ordonnances de mainlevée :

Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.
Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai de 24 heures précité, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué avant l'expiration des délais de douze jours ou de six mois, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise à l'issue de chacun de ces délais.
Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration des délais de huit jours et de quinze jours, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.
Lorsque la mesure de soins psychiatriques dont une personne (y compris détenue) fait l'objet est levée, un psychiatre de l'établissement l'informe, en tant que de besoin, de la nécessité de poursuivre son traitement en soins libres et lui indique les modalités de soins qu'il estime les plus appropriées à son état.

6- Modalités de déroulement des audiences :

Lorsqu'il est saisi, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, **obligatoirement** assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par son avocat.
Le juge des libertés et de la détention statue dans la salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'hôpital de La Colombière du CHU de Montpellier qui doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public.
Lorsque le juge des libertés et de la détention statue dans la salle, le président du tribunal de grande instance peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance.

7- Composition et convocation du COLLEGE :

Le directeur de l'établissement convoque un COLLEGE composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du COLLEGE sont précisées aux articles R.3211-2 à R3211-6.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 05.- Régime des autorisations de sorties en cours d'hospitalisation complète de personnes admises en soins psychiatriques sans consentement

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, (sans consentement ou dans le cadre d'une déclaration d'irresponsabilité pénale), sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée selon deux formes :

1- Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures.

Les personnes malades sont accompagnées pendant toute la durée de la sortie, soit :

- Par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement,
- Par un membre de leur famille,
- Par la personne de confiance qu'elles ont désignée en application de l'article L. 1111-6 du CSP,

2- Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures.

L'autorisation de sortie de courte durée (12 heures et 48 heures) est accordée par le directeur, après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement (production d'un certificat médical).

Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise sur demande du représentant de l'État dans le département, le directeur de l'établissement transmet à ce dernier les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie.

Sauf opposition écrite du représentant de l'État dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu (c'est un accord tacite ou un refus explicite). Le représentant de l'État ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, **préalablement**, de l'autorisation de sortie non accompagnée (moins de 48 heures) et de sa durée. **Cette information doit être tracée dans la partie administrative du dossier patient**.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 06.- Patients placés sous mesure de protection

Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement de santé, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil*, d'être protégée dans les actes de la vie civile, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

La personne admise en soins psychiatriques sans consentement conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

La personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement peut être placée en curatelle ou en tutelle dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 et 440* du code civil.

**Article 425 du code civil : "Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre. S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions"*
**Article 440 du code civil : "La personne qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425, d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile peut être placée en curatelle. La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la sauvegarde de justice ne peut assurer une protection suffisante. La personne qui, pour l'une des causes prévues à l'article 425, doit être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile, peut être placée en tutelle. La tutelle n'est prononcée que s'il est établi que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante."*

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 07.- Sortie définitive

Il est mis fin à une demande de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) par arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical émanant d'un psychiatre de l'établissement ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.
En hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers **(SDT),** la sortie est prononcée par le directeur au vu d'un certificat médical émanant d'un psychiatre de l'établissement.

La sortie d'une hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers peut être également requise par :

- le curateur de la personne,
- le conjoint ou le concubin,
- les ascendants s'il n'y a pas de conjoint,
- la personne qui a signé la demande d'admission à moins qu'un parent jusqu'au sixième degré inclus n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille,
- une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille,
- la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Dans ce cas, s'il n'y a pas d'opposition du psychiatre traitant, la sortie sera prononcée par le directeur. En cas d'opposition du psychiatre traitant, l'hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers peut être transformée provisoirement en hospitalisation en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat pour une durée de 15 jours éventuellement confirmée par le représentant de l'Etat après examen du malade par un psychiatre extérieur à l'établissement.

Qu'il s'agisse d'une hospitalisation en SDRE ou en SDT, le juge des libertés et de la détention peut ordonner la sortie immédiate sur simple requête de la personne hospitalisée, des titulaires de de l'autorité parentale ou du tuteur si la personne est mineure, de son tuteur ou curateur si la personne est majeure, de son conjoint ou concubin, d'un parent, du procureur de la République d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Le juge des libertés et de la détention peut également à cette fin se saisir d'office. (Article L3211-12-1).
A la sortie de l'établissement, une personne qui a été hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen sous réserve de l'application éventuelle des dispositions de protection pour la personne (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice...). Ses antécédents psychiatriques ne peuvent lui être opposés.

Une personne hospitalisée sans son consentement conserve le domicile qui était le sien avant son hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 08.- Sorties sans autorisation

Les sorties sans autorisation de patients hospitalisés sous contrainte donnent lieu à la production par le psychiatre responsable de l'unité de soins d'un certificat de situation qui permet de saisir les services de police afin que soient lancées les recherches en vue de la réintégration de la personne concernée.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 09.- Transferts en unités pour malades difficiles

Les patients hospitalisés sans consentement présentant pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sureté particulières peuvent être transférés dans une unité pour patients difficiles.

L'admission, le séjour et la sortie d'une unité pour patients difficiles s'effectuent conformément à la réglementation.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 10.- Admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) qui peut donc également accueillir des patients en hospitalisation librement consentie.

Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement. Elles sont uniquement prises en charge hospitalisation complète. (Pas de programme de soin). Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ou, **sur la base d'un certificat médical**, au sein d'une unité adaptée. (UMD, USIP) ;

Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté hors UHSA.
Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement (SDRE) sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux, les articles suivant du CSP : L 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6, L. 3211-8, L. 3211-9, L. 3211-12 à L. 3211-12-4 et L. 3211-12-6 (possibilité de rester hospitalisés en HL si une main levée est ordonnée par le JLD).

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 11.- Application du règlement intérieur à ces usagers

Les dispositions du présent règlement intérieur s'appliquent à l'ensemble des patients relevant de la discipline psychiatrique, quel que soit leur mode de prise en charge

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 08 LE STATUT JURIDIQUE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE

Article 12.- Consultations externes en activité libérale

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations du dit secteur.

Conformément à la réglementation en vigueur, les informations sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les praticiens exerçant à titre libéral, sont portées à la connaissance des consultants par voie d'affichage dans les salles d'attente. En outre et sur simple demande, les patients doivent être informés par les praticiens concernés de leur situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie et des bases de remboursement de leurs honoraires.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 01.- Accompagnements des mineurs

Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents, ou leur substitut, auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 02.- Information de la famille

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leur famille.

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé. Toutefois, cette disposition ne fait pas obstacle à l'obligation faite au directeur général ou son représentant par l'article n° 05 du chapitre 02.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic et évolution de la maladie, peuvent être données exclusivement par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les cadres soignants aux familles.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 03.- Droit de visite et droit d'accès auprès des patients

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite.

Le directeur général ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou leurs proches.

Toute personne ou institution étrangère à l'établissement ne peut effectuer une visite d'un service du CHU sans l'autorisation préalable du directeur général ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du responsable de l'unité.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des patients, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration.

Les notaires qui ont la qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de l'administration pour se rendre auprès des patients qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers. Il appartient aux notaires d'apprécier, sous leur responsabilité, la capacité de leurs clients à accomplir des actes juridiques.

Les associations de visiteurs bénévoles auprès des patients doivent, au préalable, obtenir l'agrément de l'administration. Ils devront porter un badge les identifiant et mentionnant l'association dont ils dépendent.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 04.- Comportement des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients ni gêner le fonctionnement des services ; lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur par le service de sécurité, si nécessaire avec l'appui des forces de police et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des malades ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués aux patients.

Les visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni drogue ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Ils doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores, ni utiliser de téléphone portable.

Conformément à la loi du 11 octobre 2010, « Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage ». Dans le cas de non-respect de cette loi il sera fait appel aux forces de l'ordre.

Il est formellement interdit de fumer dans l'ensemble des établissements du CHU de Montpellier pour tous les visiteurs. Cette interdiction s'applique en effet dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du médecin responsable ou du cadre de santé.

Les animaux ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital, hors les cas visés à l'article 08 du chapitre 03 et à l'exception des chiens destinés à assurer la sécurité de l'établissement, notamment au service des urgences.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 05.- Accueil des stagiaires

L'accueil de stagiaires dans les services du CHU fait l'objet d'une autorisation préalable soit de la direction en charge de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé, soit de la direction en charge des affaires médicales.

Le présent règlement intérieur est applicable aux stagiaires.

Est annexée au présent règlement la procédure concernant l'accueil des stagiaires bénévoles.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 06.- Repas pour les accompagnants

Les accompagnants peuvent commander auprès des services de soins des prestations alimentaires :

- repas accompagnant, petit déjeuner, goûter

Les tickets doivent être achetés à la régie de recettes de l'établissement.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 07.- Identification des prestataires extérieurs

Le port d'un badge, pendant l'exécution du service, identifiant les personnels relevant de prestataires extérieurs est obligatoire en vue d'assurer une meilleure communication avec les patients et leur famille.

Il convient donc que l'encadrement fasse respecter ce principe.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS

CHAPITRE 09 DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES USAGERS

Article 08.- Mise à disposition des locaux du CHU

Dans le cadre d'une convention de location, le CHU de Montpellier met des salles ou amphithéâtres à la disposition d'organismes ou d'associations.

Est annexée au présent règlement une convention type de location.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 01.- Assiduité et ponctualité du personnel

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et non médical font partie des conditions essentielles au bon fonctionnement du CHU de Montpellier.

Les horaires sont fixés par tableaux de service et sur la base de plannings prévisionnels de travail, établis au regard de l'exigence de continuité du service public hospitalier.

La surveillance des malades doit être continue. Il est donc impérieux que le personnel prenne ses fonctions à l'heure prévue et ne quitte le service que lorsque la relève est assurée. Aucun agent ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire si les nécessités de service l'imposent.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 02.- Absences

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu sur le tableau de service, l'agent doit, le plus tôt possible, en avertir le ou la responsable de son service. En cas de maladie, le personnel doit en outre faire parvenir le justificatif d'arrêt dans un délai de 48 heures au bureau local de gestion pour les personnels non médicaux et à la direction en charge des affaires médicales pour les personnels médicaux.

Toute absence non justifiée au-delà de 48 heures donne lieu à un rappel formulé par la Direction des Ressources Humaines et de la Formation, puis à une retenue éventuelle sur traitement suivant la règlementation en vigueur. Les absences irrégulières non justifiées peuvent être mentionnées par l'encadrement dans les évaluations des agents. Leur multiplication expose les agents à une sanction disciplinaire ou à un non-renouvellement de leur contrat s'ils sont contractuels.

Toute absence pour congés annuels ou autorisations diverses doit faire l'objet d'un accord délivré par le responsable hiérarchique.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 03.- Exécution des tâches

L'ensemble du personnel du CHU de Montpellier, 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 les cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il doit rendre compte de l'exécution des tâches à son supérieur.

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

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

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 04.- Les ordres professionnels

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les personnels de l'Etablissement doivent s'assurer de leur inscription au tableau de l'ordre professionnel s'ils en relèvent.

Les autres professionnels de santé doivent également veiller à l'enregistrement de leur(s) diplôme(s) auprès des autorités sanitaires et notamment si leur profession n'est pas dotée d'une structure ordinale.

Les ordres professionnels disposant d'un droit à la communication des fichiers nominatifs des professions réglementées, le CHU de Montpellier remplira son obligation, uniquement sur requête de ces derniers et une fois par an.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 05.- Accès aux informations nominatives

Les agents peuvent demander communication des documents nominatifs les concernant aux services gestionnaires compétents.

Les agents pourront soit consulter sur place les pièces, soit en obtenir la copie, sauf en cas d'impossibilité matérielle ou de risque de dégradation des originaux. Les copies seront délivrées à titre payant.

La faculté, pour un agent, de pouvoir accéder, comme toute personne aux documents administratifs, ne le libère en rien de l'obligation de réserve qui doit être la sienne dans l'utilisation du ou des documents qu'il aura obtenus.

Par ailleurs, le fait d'autoriser la communication d'un document ne permet, en aucune façon aux agents qui ont participé à sa rédaction d'en faire état et moins encore de divulguer les motivations ou les circonstances qui ont entraîné son adoption.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 06.- Activité syndicale

L'activité syndicale est exercée dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires qui la régissent.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 07.- Droit de grève et service minimum

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent pour le concilier avec l'obligation d'assurer la continuité du service public ainsi que la sécurité des matériels et des installations. C'est ainsi qu'un service minimum est organisé par la direction.

La participation à un mouvement de grève pendant les heures de travail entraîne une retenue de traitement proportionnelle à la durée de l'arrêt de travail.

Une charte sur l'exercice du droit de grève, établie en concertation avec les partenaires sociaux, existe dans l'établissement.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 08.- Violences à l'encontre du personnel

Le CHU protège ses fonctionnaires et agents de droit public ou de droit privé contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions.

Le CHU est subrogé aux droits de la victime pour obtenir des auteurs de menaces ou attaques la restitution des sommes versées au fonctionnaire ou agent intéressé.

De plus, l'établissement dispose, aux mêmes fins, d'une action directe qu'il peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

Il est rappelé que toute violence volontaire exercée à l'encontre des personnels du CHU de Montpellier entrainant une incapacité de travail, au sens pénal, inférieure ou égale à 8 jours, ou n'ayant entraîné aucune incapacité, est un délit puni d'une peine de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (ART L222-13 du code pénal).

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 09.- Comportement et tenue exigés

Une tenue irréprochable dans l'habillement comme dans le langage est exigée de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des patients est formellement proscrite. Tout acte de violence, d'agression ainsi que toute discrimination sont strictement interdits.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 10.- Interdiction de fumer

En application de la réglementation, il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux à usage individuel ou collectif des établissements du CHU de Montpellier dans les lieux non-couverts (cours, patios, balcons,...) situés à l'intérieur des bâtiments ainsi qu'à proximité immédiate des bâtiments y compris dans les véhicules de service lors des transports ou des accompagnements professionnels.

Cette interdiction concerne également le vapotage (cigarette électronique) tout particulièrement dans les postes en contact avec le public pour lesquels la tenue doit être irréprochable.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 11.- Interdiction concernant l'alcool

Il est interdit à toute personne d'introduire ou de distribuer directement ou indirectement dans les établissements pour y être consommées par le personnel, toutes boissons alcoolisées autres que le vin, la bière ou le cidre.

L'accès de l'établissement est interdit à toute personne en état d'ivresse. En cas de suspicion d'un état d'ébriété d'un agent sur les lieux de travail, il convient de mettre en œuvre la procédure définie par note de service.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 12.- Interdiction concernant les stupéfiants et conduites addictives

L'introduction et l'usage, de substances chimiques ou biologiques ou de plantes interdites et classées comme stupéfiants par la réglementation, sont passibles des sanctions prévues par la réglementation.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 13.- Interdiction d'introduire des armes ou objets dangereux

A l'exception des représentants de la loi dûment habilités à la détention et au port d'arme, toute introduction d'armes ou d'objets dangereux est interdite dans l'établissement.

Tout agent a l'obligation de signaler l'introduction ou la découverte d'armes ou de tout objet dangereux aux fins de remise au service en charge de la sûreté qui se chargera des dispositions prévues par la réglementation.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 14.- Développement durable

Le CHU s'est engagé dans une démarche de développement durable faisant référence à des comportements éco-citoyens auxquels tout agent doit se conformer sur les plans économique, social et environnemental.

Afin de permettre une réduction des rejets de gaz carbonique(CO_2), les personnels doivent adopter une conduite modérée, limiter le déplacement des véhicules au sein du CHU et pratiquer autant que possible le covoiturage.

Dans le cadre du plan de déplacement d'entreprise, les agents s'efforceront de privilégier l'usage des transports en commun.

Tout agent doit veiller à éteindre les lumières des locaux libérés et mettre hors tension tout équipement électrique en fin d'utilisation dès lors que celui-ci ne nécessite pas, pour des raisons de service (médical ou technique), une mise en veille ou un fonctionnement permanent.

Le personnel doit éviter tout gaspillage en matière d'eau, de chauffage, de climatisation et généralement pour toutes fournitures et produits consommables mis à sa disposition.

Le personnel doit trier les déchets en les éliminant dans les filières correspondantes conformément aux procédures en vigueur.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 15.- Respect des locaux, matériels et effets

Chaque membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à sa disposition par l'administration, laquelle en cas de dégradation volontaire, se réserve la possibilité d'engager la responsabilité personnelle de l'agent fautif.

Il est interdit de prélever à des fins personnelles quoi que ce soit (nourriture, médicaments, matériel, équipements, linge, etc.) dans les services ou de façon générale dans l'établissement.

L'utilisation des moyens d'information du CHU est interdite à titre personnel sauf pour motif grave.

De même, il est interdit au personnel de se faire appeler par téléphone de l'extérieur, sauf pour motif grave.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 16.- Utilisation des véhicules

Les utilisateurs sont tenus de procéder à l'entretien et aux contrôles journaliers des véhicules ainsi qu'à la tenue du carnet de bord, en se conformant aux instructions données par note de service.

Les véhicules du CHU sont destinés aux activités et déplacements strictement professionnels.

L'utilisation des véhicules du CHU doit être faite dans le strict respect du code de la route aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur des établissements.

Toute anomalie de fonctionnement constatée sur un véhicule doit être immédiatement signalée au responsable du service. Selon la gravité des anomalies constatées, le responsable du service prendra contact avec le responsable de l'atelier de mécanique auto.

Les sinistres sans tiers doivent être signalés au responsable du service et un rapport circonstancié doit être établi et transmis au responsable de l'atelier de mécanique auto.

Les sinistres avec tiers donnent lieu à l'établissement d'un constat à l'amiable. Un rapport circonstancié doit être établi et transmis au responsable de l'atelier de mécanique auto.

En dehors des heures d'ouverture de l'atelier de mécanique auto, les week-ends et jours fériés, toute panne ou tout accident sur la voie publique doit être signalé conformément à la procédure en vigueur reprise sur les carnets de bords de chaque véhicule.

Tout agent amené à conduire un véhicule de l'administration dans le cadre de ses fonctions à l'obligation d'informer immédiatement son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation de son permis de conduire dont il peut faire l'objet.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 17.- Espaces verts et zones paysagères

Dans le but de préserver la biodiversité au sein du CHU, le personnel doit respecter les zones paysagères et les espaces verts :

- aucun détritus (papiers, bouteilles ou autres) ne doit y être laissé,
- il est demandé à toute personne circulant à l'intérieur des sites du CHU de ne pas dégrader les zones concernées (cueillette des fleurs et fruits, arrachages divers, piétinements).

Il est interdit en particulier de stationner sur les espaces verts.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 18.- Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins et d'une manière générale dans l'enceinte de l'établissement.

Toute nuisance sonore doit être signalée au service en charge de la sûreté du CHU en composant le 17.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 19.- Dispositions en cas d'incident mettant en jeu la santé des personnels, des familles de patients ou des visiteurs

En cas d'incident mettant en cause la santé des personnels du CHU, sur leurs lieux de travail, ou des familles des patients ou des visiteurs, le centre 15 est contacté. Le médecin régulateur procède à l'évaluation du cas qui lui est soumis et indique les dispositions à prendre.

Ces dispositions n'excluent pas le recours immédiat, lorsque cela s'avère possible, aux gestes de première urgence susceptibles de sauvegarder l'état de santé de la victime.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 20.- Fourniture et entretien des vêtements de travail

L'hôpital assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail aux agents ayant obligation de porter une tenue de travail pendant qu'ils sont en service à l'exception des étudiants des instituts de formation en ergothérapie et en masso-kinésithérapie.

Avant leur envoi au blanchissage, toutes les poches des vêtements doivent être vidées afin d'éviter tout risque d'accident. En cas de perte ou de détérioration des vêtements de travail, les agents peuvent être tenus de rembourser le montant de leur valeur.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 21.- Restaurants du personnel

Des "restaurants en libre-service" sont à la disposition des personnels des différents établissements pour le repas de midi. L'accès est uniquement réservé au personnel du CHU et des institutions autorisées. A titre exceptionnel certains congressistes, retraités ou invités peuvent y être admis.

Le paiement des repas du personnel s'effectue par carte monétique. Les demandes de repas gratuits ou payants pour les autres convives sont validées et signées par la direction en charge de la restauration.

Les jours de grève, une prestation repas sera délivrée dans les restaurants des personnels par du personnel volontaire et selon les modalités négociées.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 22.- Prise en charge des soins

Lorsqu'un agent stagiaire ou titulaire, un personnel médical, à l'exception des attachés (ayant moins de 5 vacations) et des étudiants, en activité est hospitalisé, le CHU peut prendre en charge, pendant une durée maximum de 6 mois, le montant des frais d'hospitalisation non remboursé par les organismes de sécurité sociale. Pour une hospitalisation dans un autre établissement, la charge ne pourra toutefois être assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration du CHU de Montpellier ou au vu d'un certificat délivré par l'administration de l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

Le forfait journalier n'est pas pris en charge pour les personnels médicaux.

Toutefois, conformément à la réglementation, la qualification d'avantage en nature des soins gratuits conduit à l'intégration des sommes correspondantes dans l'assiette de cotisations sociales ainsi que dans celle des revenus imposables.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 23.- Identification des personnels

Le port d'un badge, pendant l'exécution du service, identifiant les personnels (nom, qualité, service) de l'établissement a été institué en vue d'assurer une meilleure communication avec les patients et leur famille. Il convient donc que tout agent respecte ce principe.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 24.- Accueil des familles

Le personnel accueille les familles et les tient informées en respectant les règles relatives au secret médical. Le médecin et parfois le cadre soignant, sont autorisés à communiquer au patient ou à sa famille des informations sur l'état des hospitalisés.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 25.- Information des familles par rapport aux décisions importantes

Le médecin, le cadre soignant, ou en son absence, l'infirmier, avisent les familles en temps utile, par les moyens appropriés, des décisions importantes concernant le malade (changement de service, intervention chirurgicale, transfert dans un autre établissement, sortie) avant que la décision n'ait reçu exécution, sauf urgence médicale.

Le personnel fait diligence pour que les avis d'aggravation et de décès parviennent aux familles par les moyens les plus rapides, notamment le téléphone lorsque l'établissement dispose du numéro d'une personne à joindre.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 26.- Respect du libre choix des familles

Le personnel doit respecter le libre choix des patients et des familles dans les cas où ils veulent faire appel à des entreprises de transport privées (ambulances, véhicules agréés pour les transports de corps sans mise en bière, pompes funèbres, etc.).

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 27.- Interdiction d'être dépositaire d'argent, valeurs ou objets confiés par les patients

Aucun agent du CHU ne doit conserver des dépôts d'argent, objets ou valeurs appartenant à des patients.

Ces dépôts doivent être versés sans délai au régisseur des recettes disposant d'un coffre-fort à cet effet.

En dehors des heures d'ouverture, les procédures en cours dans les établissements doivent être respectées.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 28.- Respect de l'intimité des patients

L'intimité du patient doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post opératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitude équivoques de la part du personnel.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 29.- Interdiction de gratifications

Le personnel ne doit accepter aucune gratification, sous quelque forme que ce soit, de la part des patients ou des visiteurs.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 30.- Respect du secret professionnel

Les agents sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées par le code pénal, et notamment son article 226 alinéa 13.

Les sanctions pénales encourues ne font pas échec à l'application de sanctions disciplinaires prises sur le plan administratif.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 31.- Discrétion professionnelle

Les agents doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Aucune propagande ou pression ne doit être exercée sur les patients ou sur leur famille, dont il convient de respecter la liberté de conscience et d'opinion et qui doivent de même être tenus à l'écart des éventuels conflits et revendications du personnel.

Il est interdit au personnel de donner à quiconque communication de pièces ou documents de service, notamment concernant l'identité ou l'état de santé des patients hospitalisés. Cette interdiction s'applique à l'ensemble des réseaux sociaux

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière d'accès aux documents administratifs, les agents ne peuvent être déliés de l'obligation de discrétion professionnelle que par décision de l'autorité dont ils dépendent.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 32.- Relations avec la presse

Le service de la communication est chargé de gérer l'ensemble des demandes de la presse écrite, audiovisuelle et radiophonique. Il est, sous l'autorité du Directeur Général de l'Etablissement, seul habilité à délivrer les autorisations requises soit au personnel soit aux journalistes qu'il s'agisse d'interviews, de films, de prises de photographies ou des autorisations à faire signer aux patients interviewés et filmés ou aux parents d'enfants interviewés ou filmés.

Toute personne employée par le CHU sollicitée par les médias dans le cadre de son exercice professionnel, est tenue de contacter le service communication pour l'informer de la demande journalistique. Les représentants du personnel exercent leur droit d'expression dans le cadre des lois et règlements qui leur sont applicables.

L'attaché(e) de presse, après avoir pris contact avec le journaliste et en accord avec sa hiérarchie, organise les rendez-vous entre les différents acteurs.

Tous les journalistes présents sur le site du CHU doivent être munis de leur autorisation.

Le service communication organise par ailleurs à la demande de la direction générale ou des équipes médicales du CHU, des points presse à l'attention des journalistes, sur l'actualité médicale et notamment les innovations médicales, les colloques médicaux, les journées portes ouvertes, les conférences, les inaugurations, etc.

Les modalités d'organisation des points presse sont définies en annexe du règlement intérieur du CHU.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 33.- Information sur les changements d'adresse ou de situation familiale

Tout changement d'adresse ou toute modification intervenant dans la situation de famille doit être signalé sans retard par les personnels à leur DRH de site ou par l'intermédiaire du Kiosque RH sur le site intranet du CHU de Montpellier.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 34.- Enquêtes - Démarchage commercial

Aucune enquête ne peut être réalisée dans le CHU sans l'accord préalable du représentant légal de l'établissement. Le personnel doit donc s'assurer, avant de répondre aux interlocuteurs, d'une part que ceux-ci sont bien en possession d'une autorisation écrite et d'autre part, qu'il est lui-même autorisé à communiquer des informations.

En tout état de cause, les enquêtes à caractère commercial, quelles que soient leurs modalités physiques, téléphoniques ou par internet, ne sauraient être autorisées. De même, le démarchage commercial auprès du personnel est interdit.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

Article 35.- Ouverture et fouille des casiers, armoires et vestiaires

Les casiers, armoires ou vestiaires individuels mis à disposition des salariés doivent être identifiés. Les personnels s'engagent à respecter les locaux affectés à cet usage et à maintenir les vestiaires, casiers et armoires en parfait état de propreté.

Pour des raisons d'hygiène et de sécurité ces casiers, armoires ou vestiaires mis à disposition pourront être ouverts en respectant les dispositions ci-dessous.

OUVERTURE PROGRAMMEE DES VESTIAIRES (opération d'hygiène)

Une information préalable est faite par voie d'affichage et par l'encadrement pour informer les salariés de la date de leur ouverture.

1- Casiers, armoires ou vestiaires non identifiés

L'ouverture des casiers, armoires ou vestiaires non identifiés est effectuée en présence d'un représentant du personnel membre du CHSCT et d'un agent de sécurité.

2 - Casiers, armoires ou vestiaires identifiés

L'ouverture des casiers, armoires ou vestiaires identifiés est réalisée dans des conditions permettant de garantir la protection des droits et libertés individuelles des salariés. L'ouverture doit se faire dans des conditions préservant la dignité et l'intimité de la personne.

L'ouverture doit être effectuée de préférence, en présence du salarié. En son absence, elle est réalisée en présence d'un directeur, d'un agent de sécurité, et d'un membre du CHSCT et, si le salarié le souhaite, d'une personne qu'il désigne.

... / ...

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 01 - DISPOSITIONS COMMUNES AU PERSONNEL

OUVERTURE DES VESTIAIRES EN SITUATION D'URGENCE POUR MOTIF DE SECURITE (Vol, ...)

L'administration se doit de fournir un faisceau d'éléments concordants de nature à établir que la fouille est justifiée par un motif légitime et urgent.

1- Casiers, armoires ou vestiaires non identifiés

L'ouverture des casiers, armoires ou vestiaires non identifiés est effectuée, en présence d'un représentant du personnel membre du CHSCT, d'un directeur et d'un agent de sécurité.

2 - Casiers, armoires ou vestiaires identifiés

L'ouverture des casiers, armoires ou vestiaires identifiés doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir la protection des droits et libertés individuelles des salariés. Le contrôle doit se faire dans des conditions préservant la dignité et l'intimité de la personne (fouille à l'abri des regards).

La fouille, doit être effectuée en présence du salarié, ou à défaut en son absence :

- s'il a donné son accord, d'un directeur, d'un agent de sécurité et d'un membre du CHSCT et, si le salarié le souhaite, d'une personne que le salarié désigne ;
- si le salarié ne donne pas son accord à la fouille, l'employeur peut, sauf urgence justifiée, se faire assister d'un huissier pour procéder à l'ouverture et au recensement du contenu.

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL, ODONTOLOGISTE ET PHARMACEUTIQUE

Article 01.- Catégories du personnel médical

Les différentes catégories de personnel médical exerçant au CHU sont les suivantes :

⇨ les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU).

⇨ les personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins d'enseignement et de recherche dentaires des CHU (PU-PH, MCU-PH et AHU).

⇨ les praticiens hospitaliers.

⇨ les praticiens hospitaliers à temps partiel.

⇨ les praticiens contractuels.

⇨ les assistants spécialistes.

⇨ les praticiens hospitaliers contractuels.

⇨ les praticiens attachés.

⇨ les internes en médecine, les internes en pharmacie, les internes en odontologie, les résidents et les médecins stagiaires étrangers.

⇨ les Sages-femmes.

⇨ les étudiants hospitaliers en médecine, en pharmacie et en odontologie.

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL, ODONTOLOGISTE ET PHARMACEUTIQUE

Article 02.- Obligations professionnelles

L'ensemble des médecins, pharmaciens, odontologistes, sages-femmes et les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont soumis aux dispositions du code de déontologie des professions concernées.

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL, ODONTOLOGISTE ET PHARMACEUTIQUE

Article 03.- Activité libérale et activité effectuée en dehors de l'établissement

Pour ces activités, il convient de se référer au statut dont relève le praticien.

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 02 DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL, ODONTOLOGISTE ET PHARMACEUTIQUE

Article 04.- Temps de travail du personnel médical

Le temps de travail du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologiste doit s'effectuer conformément à la réglementation et à la charte de l'organisation, du temps médical de l'établissement.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 03 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL NON MEDICAL

Article 01.- Accueil du personnel

Un livret d'accueil du nouveau recruté est remis à chaque personne lors de son recrutement. Une journée d'accueil du personnel nouvellement recruté est organisée régulièrement.

Le livret d'accueil est disponible sur le site intranet du CHU.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 03 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL NON MEDICAL

Article 02.- Temps de travail du personnel non médical

La charte réglementaire contenant les dispositions relatives à la gestion du temps de travail du personnel non médical, est disponible dans les DRH de site de l'établissement et auprès de chaque cadre gestionnaire de personnel, ainsi que sur le site intranet du CHU.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

CHAPITRE 03 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL NON MEDICAL

Article 03.- Interdiction de cumul d'emploi

Principe général de la fonction publique "d'exercice exclusif" :

Conformément aux principes généraux du statut de la fonction publique, les fonctionnaires et agents publics consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées.

Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sauf dans certains cas limitativement énumérés par la loi et complétés par des mesures d'ordre réglementaire.

En tout état de cause, tout agent souhaitant exercer une activité complémentaire devra préalablement en déposer la demande auprès de la direction afin que celle-ci puisse prévenir tout risque d'incompatibilité légale ou déontologique ou tout conflit d'intérêts.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 01 REGLES RELATIVES A LA LAÏCITE ET A LA NEUTRALITE

Article 01.- Respect des principes de laïcité et neutralité

Conformément aux principes constitutionnels de la République française, le service public hospitalier exerce ses missions dans le strict respect des valeurs de laïcité et neutralité.

- Les agents du service public sont tenus à un devoir de stricte neutralité. Dès lors, commet un manquement à ses obligations qui le rend passible de sanction, tout agent du CHU qui, dans l'exercice de ses fonctions ou dans l'enceinte de l'établissement, affiche ses convictions religieuses notamment par le port d'un signe manifeste ou par une extériorisation vestimentaire. Ces dispositions s'appliquent également aux stagiaires, qui en cas de manquement, seront exclus de l'établissement.
Par dérogation, ces dispositions ne s'appliquent pas aux ministres du culte.

- Les usagers ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect des principes de laïcité et neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène. Ils ne peuvent en aucun cas récuser un agent public ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement ou d'un équipement du service public hospitalier.

Si un usager refuse d'être pris en charge dans ces conditions, ce refus est conforme aux dispositions de l'article L 1111-4 du Code de la Santé. Le médecin doit alors respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de ses choix.
La décision de refus de soins sera inscrite dans le dossier médical par le médecin ou par procès verbal de l'équipe de soins si le patient quitte l'établissement contre avis médical.

S'il s'agit d'un enfant mineur ou d'un majeur protégé, le Procureur de la République sera saisi afin d'obtenir les autorisations nécessaires à la dispensation des soins.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 02 REGLES RELATIVES A LA SECURITE

Article 01.- Sécurité des personnes et des biens

Le secteur Sécurité Incendie et Sûreté assure trois missions en matière de sécurité des personnes et des biens au sein du CHU de MONTPELLIER :

1. La prévention du risque d'incendie ;
2. La prévention des actes de violence et de malveillance ;
3. La gestion des flux de véhicules

Prévention du risque d'incendie

Le CHU de Montpellier applique la réglementation de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public. La sécurité incendie repose sur quatre principes fondamentaux :

- une interdiction générale de fumer dans tous les locaux, sauf exception dûment signalée,
- le maintien en position opérationnelle de tous les dispositifs techniques de prévention, de sécurité incendie et de lutte contre le feu (portes coupe-feu, détecteurs, robinets incendie armés, extincteurs...),
- la vacuité permanente des voies et autres accès et dispositifs facilitant l'intervention des équipes de sécurité et de secours public,
- l'obligation faite aux personnels du CHU de suivre les formations internes spécifiques liées au "risque d'incendie en établissement hospitalier".

Le CHU de Montpellier dispose d'une organisation générale en matière de sécurité incendie des établissements, conforme à la réglementation et élaboré après avis de la commission départementale de sécurité.

Prévention des actes de violences et de malveillance

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

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 02 REGLES RELATIVES A LA SECURITE

Rapport avec les autorités de police

Seul le Directeur a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander 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 est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

Matériel de Sécurité générale

L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des contrôles d'accès informatisés et de sécurité informatique sont conformes aux dispositions légales et réglementaires.

Sécurité des locaux

En fin d'activité ou d'utilisation, tous les locaux doivent être sécurisés par leur fermeture à clé ou toutes sécurisations mises à leurs dispositions.

L'atelier serrurerie du CHU est rattaché à la maintenance des bâtiments, génie civil. En cas de perte ou de vol de clés de locaux du CHU, l'atelier serrurerie doit impérativement être informé dans les conditions prévues par note de service.

Toute demande de remplacement ou de double doit être adressée par écrit sous couvert du directeur responsable des locaux concernés, à l'atelier serrurerie qui est seul habilité à assurer la reproduction ou le remplacement.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 02 REGLES RELATIVES A LA SECURITE

Article 02.- Utilisation des téléphones portables

L'utilisation des téléphones portables dans l'enceinte de l'établissement n'est permise qu'aux personnels médicaux et non médicaux à titre strictement professionnel.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 02 REGLES RELATIVES A LA SECURITE

Article 03.- Vidéosurveillance

Le CHU dispose d'un système de vidéosurveillance ayant pour objet d'assurer la sécurité des personnes et des biens de manière adéquate, pertinente et non excessive.

L'exploitation des images et enregistrements est assurée exclusivement par un personnel habilité à cet effet, et dans un cadre légal et réglementaire très précis.

Ce système de vidéosurveillance est conforme à la législation sociale relative aux droits du personnel mais également à celle relative à la sécurité, à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Toute personne intéressée peut s'adresser à la direction en charge du système de vidéosurveillance afin d'obtenir un accès aux enregistrements qui la concerne ou d'en vérifier la destruction dans le délai prévu.

Cet accès est de droit (loi n°95-73).

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 01.- Périmètre d'application

Les voies de circulation, de desserte et aires de stationnement, de leurs dépendances et accessoires, des sites hospitaliers du CHU de Montpellier constituent des installations affectées au service public hospitalier: elles présentent le caractère de dépendances du domaine public. Elles sont des voies ouvertes sous conditions à la circulation du public au terme de la jurisprudence de la cour de cassation et, à ce titre, accessibles à tout usager.

Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, le CHU arrêtera des modalités quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de régulation des accès aux sites hospitaliers.

Le code de la route est applicable sur l'ensemble des sites hospitaliers du CHU. La signalisation réglementairement implantée est conforme aux dispositions du code de la route, en particulier à celle concernant l'interdiction de s'arrêter, de stationner, l'information d'enlèvement 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.

Les agents de la Sûreté du CHU de Montpellier sont chargés de faire respecter le Code de la Route sur l'ensemble des sites hospitaliers.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 02.- Circulation des véhicules

L'ensemble des voies de circulation est classé en "zone 25 km/h".

Aux abords des bâtiments et sur les aires de stationnement, tout conducteur a l'obligation de réduire sa vitesse en fonction des difficultés de circulation et des obstacles prévisibles.

Il est rappelé que les parcs et jardins du CHU sont strictement affectés au service public hospitalier : il y est formellement interdit de stationner ou de circuler.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 03.- Signalisation

La signalisation horizontale et verticale, régulièrement implantée par panneaux et marquages au sol, est conforme aux dispositions du code de la route.

Elle peut être complétée par une signalisation particulière liée aux exigences de circulation et de stationnement propres au CHU de Montpellier.

A l'entrée des sites du CHU, une signalisation rappelle les dispositions du code de la route applicables en matière de circulation et de stationnement.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 04.- Sécurité des voies

Les voies de desserte, les accès aux services d'urgence et à l'hélistation, les entrées et sorties des bâtiments hospitaliers et de leurs dépendances, les zones destinées aux services de lutte contre l'incendie, les parcs d'ambulances et les locaux techniques doivent être constamment dégagés.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 05.- Durée de stationnement

Les véhicules du personnel hospitalier stationnent pendant la période du travail quotidien.

Les véhicules des fournisseurs stationnent pendant la période correspondant à la livraison des marchandises.

Les véhicules de type ambulances de ville, véhicules sanitaires légers, ambulances d'autres hôpitaux, taxis sont tenus à un stationnement de courte durée, limité au temps nécessaire à la montée et à la descente des passagers, à l'exclusion du délai qui peut s'écouler entre l'arrivée d'un consultant et la fin des examens ou soins dont il aura été l'objet. Les conducteurs doivent rester à proximité de leur véhicule, afin de pouvoir le déplacer à la demande des agents chargés de faire respecter les dispositions du présent chapitre.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 06.- Responsabilités

Toute infraction aux règles de circulation et de stationnement est susceptible d'engager la responsabilité de son auteur :

- au titre de la responsabilité pénale ou administrative, pour :
  - infraction aux règles de circulation
  - violation de domicile

- au titre de la responsabilité civile, pour le préjudice causé au CHU, justifiant l'allocation des dommages et intérêts sur le fondement des dispositions de l'article 1382 et suivants du code civil.

- au titre de la responsabilité disciplinaire en ce qui concerne les agents hospitaliers.

La mise à disposition de parkings dans l'enceinte du CHU ne constituant aucunement une obligation mais au contraire une facilité, la responsabilité de l'administration hospitalière ne saurait être engagée, notamment en cas de vol de véhicule ou commis dans des véhicules en stationnement, ni à l'occasion d'éventuelles déprédations subies par ces derniers.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 07.- Dispositions diverses

Les conducteurs doivent se conformer aux injonctions des autorités du CHU chargées de faire respecter les dispositions du présent chapitre.

Tout conducteur ou usager impliqué dans un accident de la circulation à l'intérieur de l'enceinte du CHU doit respecter les prescriptions du code de la route, relatif au "comportement en cas d'accident", dans les mêmes conditions que sur la voie publique.

Sauf dérogation accordée par le directeur général, le stationnement des véhicules dont les dimensions excèdent celles des emplacements tracés au sol, est interdit.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 08.- Accès des véhicules

Les voies de desserte des établissements du CHU et de leurs dépendances sont strictement réservées aux personnes directement concernées par le service public hospitalier, aux véhicules qui les transportent et aux voitures ayant à effectuer des livraisons dans les locaux hospitaliers.

Elles sont interdites à toutes autres personnes, sauf autorisation spéciale délivrée par le directeur général.

Un "laissez-passer" est apposé (y compris durant toute la période de stationnement) derrière le pare-brise des véhicules des personnels du CHU : il autorise l'accès aux établissements du CHU. En cas de problème particulier, hors le cas d'urgence de dégagement pour permettre le passage des véhicules de secours, le propriétaire pourra être connu rapidement et contacté.

L'accès aux établissements est autorisé aux personnes en situation de handicap dont le véhicule est porteur d'un macaron grand invalide civil, ou de la carte européenne de stationnement, délivré par une administration ou un organisme officiellement habilité. Sur réquisition des personnels chargés de la sécurité du CHU, les bénéficiaires doivent présenter le document officiel les habilitant à apposer ce macaron ou cette carte dans leur véhicule.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 09.- Stationnement des véhicules

1 - <u>Dans l'enceinte des établissements du CHU</u>

1.1 - <u>Places matérialisées au sol</u> :

Des aires de stationnement peuvent être affectées, dans la limite des places disponibles, aux véhicules suivants :

- ambulances et voitures des SAMU et SMUR,
- véhicules des sapeurs-pompiers (emplacements réservés tenus libres),
- voitures de police et de gendarmerie à l'occasion d'affaires intéressant le CHU de Montpellier,
- véhicules affectés aux services du CHU (services logistiques, service des transports, pharmacie, services techniques, service central de sécurité, service social....
- véhicules des personnes en situation de handicap,
- engins à deux roues,
- personnel d'astreinte.

1.2 - <u>Places non matérialisées au sol :</u>

A l'initiative de la direction générale ou des directions, des places peuvent être ponctuellement réservées par le service en charge de la sécurité, sur les différentes aires de stationnement du CHU.

2 - <u>Sur les parkings spécialement réservés aux usagers</u>

Des parkings sont mis à la disposition des usagers dans la limite des possibilités du CHU. Ceux-ci peuvent être payants. (cf. dispositions financières article du TITRE IV - chapitre 03 - article 03).

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 10.- Tolérance de stationnement

Une tolérance de stationnement peut être accordée pour :

- les véhicules des médecins de ville,
- les véhicules des étudiants en médecine, en pharmacie et en odontologie,
- les véhicules des étudiants et élèves de l'institut de formation et des métiers de la santé.

Cette tolérance n'est admise que pour un stationnement intervenant en dehors des emplacements susvisés, dans les limites des autres places de parking disponibles au CHU.

Cette disponibilité est soumise à l'appréciation du personnel chargé de la sécurité.

Tout manquement à ces mesures est sanctionné dans les conditions définies par le présent règlement intérieur.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 11.- Interdiction de stationner

Ne sont pas admis dans l'enceinte des établissements du CHU :

- les véhicules des riverains des établissements du CHU, et des personnes qui n'ont pas la qualité de visiteurs autorisés,
- les véhicules des personnes ayant fait l'objet d'une mesure d'interdiction prise dans les conditions définies par le présent règlement intérieur.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 03 REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 12.- Respect des dispositions des règles de circulation et de stationnement

Le directeur général, sur demande du service chargé de la sécurité, peut prendre une décision d'interdiction d'accès temporaire d'un véhicule. Cette interdiction sera portée à la connaissance de son propriétaire.

Tout véhicule dont le stationnement viendrait à porter atteinte à la sécurité et à compromettre le bon fonctionnement du service public hospitalier, en occupant les emplacements portant la mention "INTERDICTION ABSOLUE DE STATIONNER - ENLEVEMENT DE TOUT VEHICULE GENANT", ou sur un emplacement réservé aux secours incendie, fera immédiatement l'objet d'un enlèvement par le service de la fourrière et d'un procès-verbal rédigé par un fonctionnaire de la police, dépêché à cet effet.

Toutefois, en cas de survenance d'un péril imprévisible nécessitant la circulation rapide des secours (incendie, ambulances, etc...) l'établissement fera procéder à l'enlèvement immédiat de tout véhicule en infraction, gênant ou empêchant toute progression.

Les frais d'enlèvement et ceux liés à la garde au service de la fourrière sont mis à la charge de son propriétaire.

Une action en dommages et intérêts peut être intentée à l'encontre du contrevenant considéré. Celui-ci est informé de l'intention du CHU par lettre recommandée avec accusé de réception.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 04 DISPOSITIONS A CARACTERE ECONOMIQUE ET FINANCIER

Article 01.- Frais de séjour

Le patient ou sa famille a droit à une information sur les frais auxquels il pourrait être exposé à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et sur les conditions de leur prise en charge.

Il existe un tarif par motif d'hospitalisation facturé par journée de présence.

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour.
Il n'est pas inclus dans le tarif des prestations. Il est facturable en sus.

Il obéit à des règles particulières de facturation qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour mentionnées à l'article suivant.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 04 DISPOSITIONS A CARACTERE ECONOMIQUE ET FINANCIER

Article 02.- Régimes d'hospitalisation

Le CHU de Montpellier comprend deux régimes d'hospitalisation :

- **un régime commun**

En régime commun, le forfait journalier diffère selon que la personne hospitalisée est prise en charge en unité de soins court séjour / soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en médecine psychologique pour enfants et adolescents (MPEA) psychiatrie-psychologie médicale.

- **un régime particulier**

Le régime particulier comprend un forfait unique pour les patients souhaitant être hospitalisés dans une chambre particulière.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 04 DISPOSITIONS A CARACTERE ECONOMIQUE ET FINANCIER

Article 03.- Autres tarifs

La personne hospitalisée peut bénéficier, à sa demande, d'un abonnement de téléphone et/ou de télévision durant la durée de sa prise en charge.

Le patient peut s'abonner :

- en se présentant dans le hall central des hôpitaux de Lapeyronie, Arnaud de Villeneuve et Gui de Chauliac aux heures d'ouverture prévues à cet effet,
- directement depuis sa chambre, en appelant gratuitement le 43210.

Les tarifs des forfaits de téléphone et de télévision sont fixés par la société privée prestataire du CHU.

La personne accompagnant le patient hospitalisé se voit proposer diverses prestations telles que des collations, des formules repas/petit déjeuner ou repas/goûter ou encore la possibilité de coucher auprès du malade.

Ces prestations seront à la charge de la personne accompagnante, sauf en ce qui concerne la mise à disposition d'un lit pour les personnes assistant un enfant de moins de 18 ans ou un patient en fin de vie.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 04 DISPOSITIONS A CARACTERE ECONOMIQUE ET FINANCIER

Article 04.- Régies

Il existe dans les établissements des régies qui permettent aux patients de s'acquitter des frais correspondant aux soins reçus, aux chambres particulières, aux repas accompagnants, etc...

Il existe en outre auprès de l'institut en charge de la formation & des écoles une régie de recettes et de dépôts pour l'encaissement de produits dont la liste est fixée par arrêté du directeur général.

Pour tout paiement, un reçu est délivré.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 04 DISPOSITIONS A CARACTERE ECONOMIQUE ET FINANCIER

Article 05.- Dons et legs

Le CHU de Montpellier, établissement public de santé, peut en sa qualité de personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, recevoir des dons et legs conformément à la législation en vigueur.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 04 DISPOSITIONS A CARACTERE ECONOMIQUE ET FINANCIER

Article 06.- Avantages en nature

En application de textes légaux ou réglementaires, un avantage en nature consenti par l'établissement à l'un de ses agents peut donner lieu à l'application d'une charge sociale ou d'une contribution fiscale au bénéfice des organismes de Sécurité Sociale et du Trésor public.

Les prélèvements sociaux et fiscaux sont notamment assis sur les prestations de soins, d'alimentation ou de logement.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 05 DISPOSITIONS RELATIVES AUX PLANS D'URGENCES SANITAIRES

Article 01.- Plan blanc

Le CHU de Montpellier s'est doté d'un plan blanc conformément aux dispositions légales et règlementaires.

Le plan blanc a pour objectif de "mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont dispose un établissement pour faire face à un afflux de patients dans un contexte de situation sanitaire exceptionnelle".

Les dispositions du plan blanc sont accessibles aux personnels sur le site intranet du CHU.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 05 DISPOSITIONS RELATIVES AUX PLANS D'URGENCES SANITAIRES

Article 02.- Plans relatifs à des risques sanitaires majeurs

Le plan blanc est complété par 4 plans annexés correspondant à des risques sanitaires majeurs spécifiques :

- le plan NRBC correspondant aux risques nucléaire, radiologique, biologique et chimique,
- le plan canicule,
- le plan grippe,
- le plan de maîtrise d'une épidémie.

ANNEXES

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Font l'objet de règlements annexés au règlement intérieur, les dispositions relatives aux domaines suivants :

Annexe 1 - Charte réglementaire du temps de travail du personnel non médical

Annexe 2 - Charte de confidentialité

Annexe 3 – Charte de responsabilisation

Annexe 4 – Charte des bons usages du Système d'Information

Annexe 5 - Procédure d'autorisation de reportage pour la presse écrite, audiovisuelle et radiophonique

Annexe 6 - Règlement intérieur du DIM (Département de l'Information Médicale)

Annexe 7 - Règlements intérieurs de l'IFMS (Institut de Formation aux Métiers de la santé)

Annexe 8 - Règlement intérieur de la CME (Commission médicale d'établissement).

Annexe 9 – Dispositions relatives au règlement intérieur des USLD (Unités de Soins de Longue Durée)

Annexe 10 – Famille d'accueil thérapeutique

Annexe 11 – Accueil familial et CAPE (Centre d'Accueil de la Petite Enfance)

Annexe 12 – Règlement intérieur Ludothèque

Annexe 13 – Règlement intérieur Chambre mortuaire

Annexe 14 – Règlement intérieur du CTE (Comité Technique d'Etablissement)

Annexe 15 – Règlement intérieur du CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail)

Annexe 16 – Règlement intérieur des Chambres d'hôtes de Bellevue

Annexe 17 – Règlement intérieur de la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers de Rééducation Médico-Technique)

Annexe 18 – Charte des 12 H

Annexe 19 – Charte de Collaboration Médecins – Assistant Médico-Administratifs – Soignants

Annexe 20 – Procédure de gestion des dépôts et retraits pour les personnes hospitalisées

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 1

Charte réglementaire du temps de travail du personnel non médical

CHARTE REGLEMENTAIRE DU TEMPS DE TRAVAIL POUR LE PERSONNEL NON MEDICAL

La charte réglementaire du temps de travail pour le personnel non médical est dématérialisée et accessible sur l'intranet du CHRU de Montpellier avec le lien ci-dessous :

http://intranet.chu-montpellier.priv/carriere/GTT/Réglementation/charte GTT.pdf

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 2

Charte de confidentialité

Charte de confidentialité du CHRU de Montpellier	Document n° CHRU/ 10.c/004/v4
	Page : 1/6
CHRU	***Document(s) de référence :***

Rédaction: BARBOTTE ERIC	**Vérification:** AUBAS PIERRE KERMARREC JEAN MICHEL MARTINEZ ERIC DURAND ANDRE **Vérification par DQGR**	**Approbation:** DOMY PHILIPPE JONQUET OLIVIER MORQUIN DAVID REQUENA MARIE HELENE (Délégation F. ESTRIC) **Date d'approbation :** **24/01/2015 10:36:00**
Groupe de travail éventuel : **TROUGNOU BERNARD, HORVATH MARIA, DUROZARD VALERIE**		

DESTINATAIRES

Tout le personnel CHU (groupe CHU)	

Cycle de vie du document

Version	Date d'application	Modifications/ Révisions
Version en cours	24/01/2015 10:36:00	Création

Article 1 PRINCIPES GENERAUX

Informations à caractère personnel

Il existe pour chaque patient un dossier patient (informatisé ou non) dont le but est d'assurer la continuité de la prise en charge du patient et sa traçabilité.
Ce dossier patient :

- regroupe l'ensemble des informations à caractère personnel du patient,
- est accessible à tous les professionnels hospitaliers participant directement ou indirectement à la prise en charge, selon des modes d'accès particuliers définis (certaines parties du dossier ne sont accessibles qu'à certains métiers).

Toute information à caractère personnel est stockée dans le dossier patient et, en dehors des cas prévus par la loi, ne peut être transmise sans l'accord du patient.

Aucune donnée à caractère personnel ne doit être détenue, traitée ou échangée en dehors des supports mis à disposition par le CHRU.

Secret Professionnel

Le respect de la confidentialité concerne l'ensemble des informations venues à la connaissance des professionnels du CHRU.

Le Secret Professionnel s'impose à chaque personnel hospitalier. Il implique l'interdiction de divulguer, hors cas d'obligation légale, des informations dont le professionnel a pu avoir connaissance durant ses heures de service ou en dehors de celles-ci.
Le professionnel hospitalier ne peut et ne doit avoir accès qu'aux informations strictement nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions. Il doit protéger contre toute indiscrétion les informations et les documents qui lui ont été confiés.

Le partage de l'information entre professionnels de santé, afin d'assurer la continuité des soins et d'améliorer leur qualité dans l'intérêt des patients est indispensable et prévu par le Code de la Santé Publique (Article L1110-4). Les échanges doivent se limiter aux données nécessaires, suffisantes, en rapport direct avec le domaine d'intervention de chaque professionnel de santé. Chacun d'entre eux est tenu au respect du secret professionnel.

Système d'Information Clinique (SIC)

Au sein du Système d'Information Hospitalier (SIH), il existe un Système d'Information Clinique (SIC). Il a pour but de faciliter la gestion des informations médicales, de soins, de prévention, et leur communication aux différents professionnels soignants à l'intérieur de l'hôpital dans le respect du secret professionnel.
Le SIC repose sur un ensemble d'applications permettant la saisie, la mise à jour, la validation, la traçabilité, l'interrogation, l'impression d'informations médicales et paramédicales concernant la prise en charge des patients.

Article 2 Accès aux données

Accès au SIC

La gestion des accès, sous la responsabilité de la Délégation à l'Information Hospitalière (DIH) est gérée par une équipe opérationnelle de la Direction des Systèmes d'Information (DSI).

Le SIC est accessible uniquement aux professionnels autorisés, utilisant des moyens fournis par le CHRU, dans l'exercice de leur fonction hospitalière et dans les strictes limites de leurs compétences.
Tout personnel exerçant au CHRU de Montpellier :

- ne doit consulter le dossier patient que dans le cadre strict de sa mission,

- doit protéger contre toute indiscrétion les documents concernant les personnes qu'il a pris en charge, quels que soient le contenu et le support de ces documents.
- est averti que ses consultations du dossier patient informatisé sont tracées par le SIC.

Le partage des informations du dossier patient entre personnels hospitaliers est justifié par l'intérêt du patient dans le cadre d'une prise en charge collective.
Ce partage se fait dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel.

L'accès aux données est autorisé aux professionnels hospitaliers chargés des tâches de maintenance du Système d'Information Hospitalier. Ces professionnels sont alors soumis au secret professionnel.

Accès à ma messagerie, Intranet et Internet

Les accès des professionnels hospitaliers aux réseaux extérieurs ne peuvent contrevenir à la "Charte d'usage du système d'information du C.H.R.U. de Montpellier".
La communication de données à caractère personnel par messagerie ou par système nomade (portable, tablette) est déconseillée.

Article 3 Droits des Patients

Les patients sont, avant le début du traitement de données à caractère personnel, individuellement informés de l'existence d'un document à leur disposition résumant :

- La nature des données saisies et partagées, et le cas échéant, transmises,
- Les finalités des traitements de données,
- La possibilité de connaitre les personnes physiques ou morales destinataires des données,
- Les modalités de droit d'accès et la possibilité de faire une demande de rectification de ces données,
- La possibilité de s'opposer à un traitement de données, hors les cas imposés par la loi, justifiée par un motif légitime.

En dehors des cas imposés par la loi (et notamment la constitution d'un dossier pour tout patient pris en charge), lorsque le malade refuse pour un motif légitime un traitement de ses données ou demande leur anonymisation, les professionnels en charge du patient doivent respecter cette demande après avoir informé le malade des conséquences et des alternatives possibles (article 38 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée). Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'avis de la personne de confiance (ou, à défaut, de ses proches) doit être recueilli, sauf urgence ou impossibilité.

Le patient a le droit d'obtenir confirmation que des données à caractère personnel le concernant font l'objet d'un traitement, d'obtenir des informations relatives aux finalités du traitement, aux catégories de données à caractère personnel traitées et aux destinataires auxquels les données sont communiquées.

Le patient a le droit de connaitre l'identité des personnels hospitaliers ayant consulté son dossier.

Le patient peut exiger que soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées les données à caractère personnel le concernant à condition que cela soit pour un motif légitime (articles 38 et 40 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).
L'historique des données modifiées à la demande du patient sera conservé, à l'exception des suppressions, conservées à part. Toute demande de suppression de données fera l'objet d'une étude spécifique par la commission ad hoc de la DIH et en fonctions des dispositions de la loi informatique et libertés.

Article 4 Identification

Identification des professionnels du CHRU

Tout professionnel hospitalier dont la fonction le justifie se voit affecter un identifiant : un matricule personnel, assorti d'un mot de passe.

Le matricule personnel d'un professionnel est permanent et ne peut être modifié par son porteur. Il sert à identifier le professionnel dans le SIH. Il peut être supporté par une carte personnelle d'accès.

Le mot de passe personnel d'authentification permet de certifier que l'identité du professionnel connecté au SIH est exacte. Il ne doit être connu que du professionnel. Il doit avoir une durée de validité limitée à six mois au maximum et être modifié régulièrement par celui-ci. Lorsque la limite de validité est proche, il est invité à chaque connexion à modifier son mot de passe. Lorsqu'elle est dépassée, la connexion est impossible.

Le professionnel hospitalier est responsable de son identifiant. En aucun cas, son identifiant ne peut être communiqué à un tiers. Mettant en jeu sa responsabilité disciplinaire, civile et pénale, le professionnel doit protéger son utilisation, respecter les consignes de sécurité, communiquer à la DIH dans les plus brefs délais toute anomalie constatée dans l'utilisation de son identifiant.

A l'issue d'une connexion au SIH, il est de la responsabilité du professionnel de s'assurer qu'aucun tiers ne puisse utiliser la machine connectée par lui. Si le professionnel doit s'absenter, il doit se déconnecter.

Gestion des identifications et accès

Tout utilisateur est personnellement responsable de ses actions.
Le SIH doit conserver l'historique des accès de chaque utilisateur. Ce système de contrôle et de traçabilité des accès, doit enregistrer tout accès au système d'information hospitalier avec ses dates et heures de début et de fin de session, les identifiants du professionnel et de la machine.
Le Département d'Information Médicale (DIM) fait, à la demande de patients, après une plainte ou de façon aléatoire, des opérations de contrôle des accès en utilisant les traces disponibles. Il transmet aux directions concernées les résultats de ces contrôles.

L'utilisation volontaire d'un autre matricule que le sien pour tout professionnel du CHRU et pour toute action au sein du système d'information clinique est une faute professionnelle grave.

Article 5 Publication

5.1. Les règles de confidentialité contenues dans la charte et les sanctions encourues en cas d'atteinte à la confidentialité et de détournement des fichiers sont communiquées à tous les professionnels hospitaliers. Lors de l'attribution de son identifiant, le professionnel devra attester qu'il a pris connaissance de la charte et s'engager à la respecter.

5.2. La présente charte est publiée sur le site Intranet du CHRU de Montpellier.

Article 6 Sanctions

6.1. La révélation d'informations à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, hormis les cas où la loi l'impose ou l'autorise, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15.000 euros d'amende (article 226-13 du Code Pénal).
Le délit de violation du secret professionnel est constitué dès lors que la révélation est effective, intentionnelle, même si son objet est de notoriété publique, même si elle n'entraîne aucun préjudice pour celui qu'elle concerne.

6.2. Le fait, y compris par négligence, de procéder ou faire procéder à des traitements de données à caractère personnel sans qu'aient été respectées les formalités préalables à leur mise en œuvre prévues par la loi est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 300.000 euros d'amende (article 226-16 du Code Pénal).
Le fait de procéder à un traitement de données à caractère personnel concernant une personne physique malgré l'opposition de cette personne, lorsque ce traitement correspond à des fins de prospection, notamment commerciale, ou lorsque cette opposition est fondée sur des motifs légitimes est puni de 5 ans d'emprisonnement et 300.000 euros d'amende (article 226-18-1 du Code Pénal)
Sont interdites, sous peine de sanctions pénales, "la constitution et l'utilisation à des fins de prospection ou de promotion commerciales de fichiers composés à partir de données issues directement ou indirectement des prescriptions médicales ou des informations médicales mentionnées à l'article L 161-29 du code de la sécurité sociale, dès lors que ces fichiers permettent d'identifier directement ou indirectement le professionnel prescripteur" (article L 4113-7 du Code de la Santé Publique)

6.3. Le fait de collecter des données à caractère personnel par un moyen frauduleux, déloyal ou illicite est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 300.000 euros d'amende (article 226-18 du Code Pénal).
Les données, même rendues anonymes à l'égard des patients, ne peuvent être utilisées à des fins de promotion ou de prospection commerciale, dès lors qu'elles sont associées à l'identification du professionnel de santé (article L4113-7 du code de la santé publique)

6.4 Article 323-1 du Code Pénal (Modifié par la loi n°2012-410 du 27 mars 2012 - art. 9)
Le fait d'accéder ou de se maintenir, frauduleusement, dans tout ou partie d'un système de traitement automatisé de données est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.
Lorsqu'il en est résulté soit la suppression ou la modification de données contenues dans le système, soit une altération du fonctionnement de ce système, la peine est de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.
Lorsque les infractions prévues aux deux premiers alinéas ont été commises à l'encontre d'un système de traitement automatisé de données à caractère personnel mis en œuvre par l'Etat, la peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende.

Le CHRU, représenté par son Directeur Général, portera à la connaissance de la justice toute violation de la présente charte de confidentialité susceptible d'être pénalement sanctionnée.
Le CHRU, représenté par son Directeur Général, portera à la connaissance des instances ordinales toute violation de la présente charte de confidentialité susceptible d'être considérée comme un manquement déontologique.
Sans préjuger de la responsabilité pénale individuelle des professionnels, tout manquement aux règles de la présente charte est passible de sanctions disciplinaires.
S'il est résulté de la violation de la présente charte de confidentialité un préjudice, le versement de dommages-intérêts peut être demandé par la victime au professionnel.

LES TREIZE COMMANDEMENTS DE LA CONFIDENTIALITE :

- Je sais que le secret professionnel est une règle absolue, que je m'engage à respecter et défendre.

- Je sais que le secret professionnel couvre toutes les informations concernant un patient, portées à ma connaissance ou auxquelles j'ai eu accès durant mes heures de service ou en dehors de celles-ci.

- Je sais que le non - respect du secret professionnel engage ma responsabilité.

- Je sais devoir protéger les données à caractère personnel des patients que je prends en charge.

- Je sais ne devoir consulter et ne partager avec mes collègues que les données utiles à la prise en charge des patients dont j'ai la responsabilité.

- Je sais que mon identifiant et mon mot de passe sont strictement personnels ; je ne les partage pas et je n'utilise aucun autre matricule que le mien.

- Je sais devoir régulièrement changer mon mot de passe.

- Je sais que je dois communiquer à la Délégation à l'Information Hospitalière (DIH) toute anomalie constatée dans l'utilisation de mon identifiant.

- Je sais que mon utilisation du Système d'Information Hospitalier (SIH) est tracée.

- Je sais que tout comportement inadapté m'expose à une sanction disciplinaire, civile et/ou pénale.

- Je sais devoir respecter le secret professionnel et avoir une bonne utilisation de mon identifiant dans l'utilisation de la messagerie interne, externe, et dans mes connexions à internet, aux réseaux sociaux.

- Je sais ne pas devoir utiliser mes propres matériels (Smartphone, Tablettes, appareils photos, etc..) pour traiter ou échanger des données concernant les patients qui me sont confiés.

- Je m'engage à respecter toutes les obligations vis-à-vis du secret professionnel et de la gestion de mon identifiant et à ne pas y déroger, même pour rendre service.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 3

Charte de responsabilisation

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

Montpellier, le 7 février 2014

Philippe DOMY
Directeur Général

Rodolphe BOURRET
Directeur Général Adjoint

CHARTE DE RESPONSABILISATION

Engagement de non punition des erreurs et d'encouragement à leur déclaration et leur analyse collective

Toutes celles et tous ceux qui, quels que soient leur grade hiérarchique et leur fonction, contribuent aux activités du CHRU, ont le souci permanent de la sécurité des usagers. Elles ou ils sont libres de prendre la parole sur tous les sujets qui concernent la sécurité. Elles ou ils identifient, signalent et analysent ensemble les événements qui ont ou qui auraient pu compromettre la sécurité. Elles ou ils mettent en œuvre des mesures correctrices pour diminuer la probabilité que le risque ne se reproduise. L'erreur n'est pas une faute. La faute c'est la négligence, le mensonge et la dissimulation. Signaler un événement n'est pas désigner un coupable. C'est une obligation professionnelle.

Chaque agent du CHRU participe à la gestion des risques associés aux soins, à la lutte contre les infections nosocomiales, respecte les vigilances règlementaires et signale les erreurs liées à la prise en charge médicamenteuse ou à l'utilisation de dispositifs médicaux. Chaque agent du CHRU signale tout évènement indésirable qu'il constate dans son activité.

Par le présent document nous nous engageons à ce qu' aucune personne ne puisse être sanctionnée, ni faire l'objet d'une mesure discriminatoire directe ou indirecte, notamment en matière de notation, de rémunération, de traitement, de formation, de reclassement, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat, ni être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation professionnelle, pour avoir signalé, de bonne foi, un évènement indésirable lié aux soins ou avoir participé à l'analyse des causes d'un tel évènement. Toutefois, ce principe ne saurait s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.

P/Le Directeur Général,
Directeur Général Adjoint

Rodolphe BOURRET

Pr. Jonquet
Président de la CME

Mme Estric
Présidente de la CSIRMT

Pr. Millat
Coordonnateur Gestion des Risques associés aux soins

CHRU de Montpellier - CENTRE ADMINISTRATIF ANDRE BENECH
191, avenue Doyen Gaston Giraud - 34295 Montpellier cedex 5
Tél. : 04 67 33 93 02 - Télécopie : 04 67 33 67 73 - e-mail : dg.secretariat@chu-montpellier.fr
Site Internet : www.chu-montpellier.fr

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 4

Charte des bons usages du Système d'Information

1 Préambule

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des outils de communication du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du Système d'Information.
Elle est un code de bonne conduite et a pour objet :

- De poser des règles d'utilisation du SI du CHRU permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information de l'établissement 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 l'établissement.

- De sensibiliser les utilisateurs aux risques liés à l'utilisation de ces ressources en termes d'intégrité et de confidentialité des informations traitées. Ces risques imposent le respect de certaines règles de sécurité et de bonne conduite. L'imprudence, la négligence ou la malveillance d'un utilisateur peuvent en effet avoir des conséquences graves de nature à engager sa responsabilité civile et/ou pénale ainsi que celle de l'établissement.

- De préciser la responsabilité des utilisateurs en accord avec la législation afin :

    - d'assurer une disponibilité optimale des moyens informatiques,

    - d'instaurer un usage correct des ressources informatiques et des outils de communication, avec des règles minimales de sécurité, de déontologie professionnelle et de respect d'autrui.

Cette Charte a été validée par la Direction générale de l'établissement. Préalablement, elle a été notifiée à sa mise en œuvre au Comité Technique d'Etablissement et à la Commission médicale d'Etablissement. Elle constitue une annexe au Règlement Intérieur de l'établissement. Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet et affichée dans les locaux de l'établissement de santé.
Elle doit être appliquée par toute personne habilitée à accéder, dans le cadre de sa mission, au Systèmes d'Informations du CHRU.
La présente Charte s'applique de plein droit et sans qu'il soit besoin de modifier les termes des contrats en cours à :

- l'ensemble des agents du CHRU tous statuts confondus,

- toutes les personnes travaillant pour le compte du CHRU ou utilisant ses ressources informatiques,

- plus généralement l'ensemble des personnes utilisant les moyens du CHRU ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance directement ou en cascade à partir du réseau informatique administré par le CHRU.

Elle est :

- annexée, à titre d'information, au contrat de travail conclu avec le personnel (nouvellement arrivé),
- distribuée aux intervenants extérieurs,
- envoyée pour application à l'ensemble des directeurs et des chefs de services.
- diffusée à l'ensemble des utilisateurs par note de service et, à ce titre, mise à disposition sur l'intranet http://chuwebw1.chu-montpellier.priv/ du CHRU de Montpellier

A chaque modification et dans la mesure du possible, chaque année, elle sera envoyée à chaque personne qui devra en prendre connaissance et en accepter les termes et les conditions.
Des actions de communication internes sont organisées régulièrement afin d'informer les utilisateurs des pratiques recommandées.
La sécurité informatique au CHRU est un objectif qui doit être partagé et qui ne peut être atteint que dans un climat de loyauté et de confiance réciproque.

2 Principes généraux

Le CHRU héberge des données et des informations médicales et administratives sur les patients (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques, …), et sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, …).
L'information se présente sous de multiples formes : stockée sous forme numérique sur des supports informatiques, imprimée ou écrite sur papier, imprimée sur des films (images), transmise par des réseaux informatiques privés ou internet, par la poste, oralement et/ou par téléphone,...
La **sécurité de l'information** est caractérisée comme étant la préservation de :

- Sa **disponibilité** : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin;
- Son **intégrité** : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie ;
- Sa **confidentialité** : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder ;
- Sa **traçabilité** : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

2.1 Un enjeu technique et organisationnel

Les enjeux majeurs de la sécurité sont la qualité et la continuité des soins, le respect du cadre juridique sur l'usage des données personnelles de santé.

Pour cela, le service de la Protection des données et la Sécurité du Système d'Information s'assure de la mise en place d'un ensemble de dispositifs techniques mais aussi organisationnels. En effet, au-delà des outils, la bonne utilisation des moyens informatiques est essentielle pour garantir un bon niveau de sécurité. La sécurité peut être assimilée à une chaîne dont la solidité dépend du maillon le plus faible. Certains comportements humains, par ignorance des risques, peuvent fragiliser le système d'information.

2.2 Une gestion des risques

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des patients. Une information manquante, altérée ou indisponible peut constituer une perte de chance pour le patient (exemples : erreur dans l'identification d'un patient (homonymie par exemple), perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique, …). La sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses des risques potentiels, des suivis d'incidents, des dispositifs d'alertes. La communication vers les utilisateurs est un volet important de cette gestion. La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information s'inscrit dans ce plan de communication.

2.3 Champ d'application

La présente Charte concerne les ressources informatiques, les outils de communication et téléphoniques du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier ainsi que tout autre moyen de connexion à distance permettant d'accéder, via le réseau informatique, aux services de communication ou de traitement électronique interne ou externe.
Il s'agit principalement des ressources suivantes :

- Ordinateurs de bureau ;
- Ordinateurs portables ;
- Terminaux portables ;
- Imprimantes simples ou multifonctions ;
- Tablettes ;
- Smartphones ;
- …

Cette Charte s'applique à l'ensemble du personnel de l'établissement de santé, tous statuts confondus, et concerne notamment les agents permanents ou temporaires (stagiaires, internes, doctorants, prestataires, fournisseurs, sous-traitants, …) utilisant, pour l'exercice de ses activités professionnelles, les moyens informatiques de

l'établissement auxquels il est possible d'accéder à distance ou à partir du réseau administré par l'établissement.
L'utilisation à titre privé de ces outils est tolérée, mais doit être raisonnable et ne pas perturber le bon fonctionnement du service.

2.4 Cadre réglementaire

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 personnelles de santé ;
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales ;
- L'hébergement de données médicales ;
- 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 et le droit d'auteur.

La présente Charte des bons usages du système d'information tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

2.5 Quelques définitions

Nous désignons :

- de façon générale sous le terme "ressources informatiques", les moyens informatiques locaux de traitement des données, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau administré par ou pour le CHRU,
- par "outils de communication", la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses : Web, messagerie, forum…

- sous le terme "utilisateur", les personnes ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et outils de communication.

Tout utilisateur est responsable de l'usage des ressources informatiques auxquelles il a accès.
Il a aussi la charge, à son niveau, de contribuer à la sécurité générale et à celle de son entité.
L'utilisation de ces ressources doit être rationnelle et loyale afin d'en éviter la saturation.
En particulier, l'utilisateur :

- a interdiction de détourner à des fins personnelles tous les moyens professionnels mis à sa disposition,

- doit appliquer les recommandations de sécurité de l'entité à laquelle il appartient,

- doit assurer la protection de ses informations; il lui appartient de protéger ses données en utilisant les différents moyens de sauvegarde mis à sa disposition,

- doit signaler toute tentative de violation de son compte et, de façon générale, toute anomalie qu'il peut constater,

- doit suivre les règles en vigueur au sein de l'entité pour toute installation de logiciel,

- doit choisir des mots de passe sûrs, gardés secrets et en aucun cas ne doit les communiquer à des tiers, sauf raison de service,

- s'engage à ne pas mettre à la disposition d'utilisateurs non autorisés un accès aux systèmes ou aux réseaux, à travers des matériels dont il a l'usage,

- ne doit pas utiliser ou essayer d'utiliser des comptes autres que le sien ou de masquer sa véritable identité,

- ne doit pas tenter de lire, modifier, copier ou détruire des données autres que celles qui lui appartiennent en propre, directement ou indirectement. En particulier, il ne doit pas modifier le ou les fichiers contenant des informations comptables ou d'identification,

- en fin de journée ou de période d'activité, ne doit pas laisser sa station de travail ni celles en libre-service sans se déconnecter,

- ne doit pas transmettre sur le réseau vers l'extérieur du CHRU des informations nominatives non protégées conformément à la réglementation en vigueur, concernant les patients, qu'il s'agisse d'images, de comptes-rendus, de résultats de laboratoire ou de toute autre donnée.

2.6 Gestion des échanges

La gestion de la messagerie nécessite une supervision, en particulier des messages arrivant pour des destinataires inconnus, ou pour en réguler le flux.
Le CHRU se réserve le droit de mesurer ce flux et d'avertir les utilisateurs qui, par une utilisation anormale, en perturberaient le fonctionnement.

2.7 Règles d'utilisation et de sécurité

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, et ceux qui sont publics ou partagés. En particulier, il est interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, quand bien même ceux-ci ne les auraient pas explicitement protégées. Cette règle s'applique également aux conversations privées de type courrier électronique dont l'utilisateur n'est destinataire ni directement, ni en copie.
Chacun a droit au respect de sa vie privée. Porter atteinte à la vie privée d'autrui est illicite. Le non-respect de cette protection est sanctionné par les articles 226 – 1 à 226 – 7 du Code Pénal.
Si, dans l'accomplissement de son travail, l'utilisateur est amené à constituer des fichiers tombant sous le coup de la loi Informatique et Libertés, il devra au préalable en avoir informé le Correspondant Informatique et Liberté (CIL).
Tout envoi non crypté de message à caractère nominatif et médical est interdit par le chapitre V bis et V ter de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et sanctionné par les articles 226 – 16 à 5226 – 24 du Code Pénal.

3 Règles d'utilisation au CHRU

Ce chapitre liste les ressources et moyens pouvant être mis à disposition de toute personne amenée à travailler pour le compte du CHRU.

3.1 Définition de l'abus

Par abus nous définissons une situation pour laquelle une personne utilise un moyen de communication de l'entreprise (téléphone, courrier postal ou électronique, réseau informatique, poste informatique ou autres matériels) en dehors du cadre professionnel susceptible de :

- créer des dysfonctionnements globaux des réseaux informatiques gérés par le CHRU (utilisation de bande passante pour des besoins privés…),
- menacer la sécurité informatique du CHRU (introduction de virus, logiciels espions, communication de données sensibles sur le CHRU…),
- mettre en péril la confidentialité des informations stockées ou utilisées au CHRU pour son activité,
- mettre en doute la crédibilité du CHRU dans le cadre de son activité,

- entraîner des dépenses (téléphones, envoi de courrier postal à titre privé affranchi au CHRU…) non justifiées,

- positionner le CHRU dans un cadre illégal par des actions reconnues comme telles par la législation (visite de site à caractère pédophile, diffamatoire, raciste, espionnage industriel…),

- démontré lorsqu'un employé n'a pas rempli les missions qui lui incombent dans la durée fixée par son responsable hiérarchique.

- ...

3.2 Confidentialité de l'information et obligation de discrétion

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels se doivent de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. 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.
L'accès aux ressources informatiques repose sur l'utilisation d'un nom de compte (identifiant) fourni à l'utilisateur lors de son arrivée au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier. Un mot de passe est associé à cet identifiant de connexion.
Les moyens d'authentification sont personnels et confidentiels.
L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics ou partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courriers électroniques dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.
L'accès aux donnes de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités se fait avec un identifiant et un mot de passe (ou une carte CPS ou équivalent).
L'utilisateur doit assurer la confidentialité des données qu'il détient. En particulier, il ne doit pas diffuser à des tiers, au moyen d'une messagerie non sécurisée, des informations nominatives et/ ou confidentielles couvertes par le secret professionnel.

3.3 Protection de l'information

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Il est important de ne stocker aucune donnée ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux). Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux implantés dans des salles protégées. De même, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : poste, tablette, Smartphone, …) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue d'un voisin de train … ; le matériel doit être rangé en lieu sûr. De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, disquette, clé, disque dur, …). Aucune donnée de santé à caractère personnel des patients ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.
Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsque l'on quitte son espace de travail.
Les medias de stockage amovibles (exemples : clefs USB, CD-ROM, disques durs …) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus) ou risques de perte de données. Leur usage doit être fait avec une très grande vigilance. L'établissement se réserve le droit de limiter voire d'empêcher l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques.
L'utilisateur ne doit pas transmettre de fichiers sensibles à une personne qui en ferait la demande et qu'il ne connaitrait pas, même s'il s'agit d'une adresse électronique interne à l'établissement.

3.4 Usage des ressources informatiques

Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier met à disposition de chaque utilisateur un poste de travail doté des outils informatiques nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions.
L'utilisateur s'engage à ne pas apporter volontairement des perturbations au bon fonctionnement des systèmes informatiques et des réseaux que ce soit par des manipulations anormales du matériel ou par l'introduction de logiciels parasites connus sous le nom générique de virus.
L'utilisateur ne doit pas :

- Modifier ces équipements et leur fonctionnement, leur paramétrage, ainsi que leur configuration physique ou logicielle.
- Connecter ou déconnecter du réseau les outils informatiques et de communications sans y avoir été autorisé par l'équipe informatique interne.
- Déplacer l'équipement informatique (sauf s'il s'agit d'un « équipement nomade »).
- Nuire au fonctionnement des outils informatiques et de communications.
- Installer de logiciels à caractère ludique, ni contourner les restrictions d'utilisation d'un logiciel.

Tout travail comportant un risque de violation de la règle définie dans le paragraphe précédent, ne pourra être accompli qu'avec l'autorisation du responsable de l'entité et dans le strict respect des règles qui auront alors été définies.
Seules des personnes habilitées de l'établissement de santé (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de

connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et plus globalement d'installer de nouveaux matériels informatiques.
L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources (matériels, réseaux, …) mises à sa disposition, sans avoir reçu l'accord préalable et l'aide des personnes habilitées de l'établissement (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté).
Toute modification de la configuration des postes de travail doit se faire en accord avec le service informatique interne, y compris en ce qui concerne tout branchement sur le réseau téléphonique (modems) ou informatique.
Il est strictement interdit de brancher sur le réseau téléphonique via un Modem un poste connecté sur le réseau informatique du CHRU sauf accord explicite de la Direction.
Toute implantation de logiciel ne peut intervenir que dans la mesure où l'utilisateur peut produire la licence afférente.
Le service informatique peut détruire à tout moment, sans préavis, les logiciels qui contreviendraient à ces règles.

Le CHRU :

- ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé à ces règles,

- se réserve le droit d'user de tous moyens légaux à l'encontre de tout utilisateur qui enfreindrait ces règles.

3.4.1 Equipements nomades

On entend par « **équipements nomades** » tous les moyens techniques mobiles (ordinateur portable, imprimante portable, téléphones mobiles, Smartphones, Tablette, CD ROM, clé USB etc.. ..).
Quand cela est techniquement possible, ils doivent faire l'objet d'une sécurisation particulière, au regard de la sensibilité des documents qu'ils peuvent stocker, notamment par chiffrement.
Quand un ordinateur portable se trouve dans le bureau de l'agent qui en a l'usage, cet ordinateur doit être physiquement attaché à l'aide de l'antivol prévu à cet effet (sauf quand l'utilisateur est physiquement présent dans son bureau).
L'utilisation de Smartphones, BlackBerry ou tablette pour relever automatiquement la messagerie électronique comporte des risques particuliers pour la confidentialité des messages, notamment en cas de perte ou de vol de ces équipements. Quand ces appareils ne sont pas utilisés pendant quelques minutes, ils doivent donc être verrouillés par un moyen adapté de manière à prévenir tout accès non autorisé aux données qu'ils contiennent.

3.4.2 Procédures spécifiques aux matériels de prêt

L'utilisateur doit renseigner et signer un registre, tenu par le service informatique interne, actant la remise de l'équipement nomade ou encore la mise à disposition d'un matériel spécifique. Il en assure la garde et la responsabilité et doit informer le département de la

Sécurité Incendie et Sureté de la Direction Investissement et Logistique en cas d'incident (perte, vol, dégradation) afin qu'il soit procédé aux démarches telles que la déclaration de vol ou de plainte. Il est garant de la sécurité des équipements qui lui sont remis et ne doit pas contourner la politique de sécurité mise en place sur ces mêmes équipements. Le retour du matériel est consigné dans le registre.

3.5 Usage des outils de communication

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit très occasionnel et raisonnable, qu'il ne perturbe pas le fonctionnement du service, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne puisse pas porter atteinte à l'image de marque de l'établissement de santé. Il ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

3.5.1 Usage du téléphone et du fax

Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier met à disposition des utilisateurs, pour l'exercice de leur activité professionnelle, des téléphones fixes et mobiles.
L'utilisation du téléphone à titre privé est admise à condition qu'elle demeure raisonnable. Des restrictions d'utilisation par les agents des téléphones fixes sont mises en place en tenant compte de leurs missions. A titre d'exemple, certains postes sont limités aux appels nationaux, d'autres peuvent passer des appels internationaux.
Le CHRU de Montpellier s'interdit de mettre en œuvre un suivi individuel de l'utilisation des services de télécommunications. Seules des statistiques globales sont réalisées sur l'ensemble des appels entrants et sortants. Elle vérifie que les consommations n'excèdent pas les limites des contrats passés avec les opérateurs.
Le CHRU de Montpellier s'interdit d'accéder à l'intégralité des numéros appelés via l'autocommutateur mis en place et via les téléphones mobiles. Toutefois, en cas d'utilisation manifestement anormale, le service informatique, sur demande, se réserve le droit d'accéder aux numéros complets des relevés individuels.
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.
Il ne faut ainsi communiquer aucune information sensible par téléphone, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement. Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l''identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires de patients ou professionnels.
La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens, …) aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

3.5.2 Usage d'Internet

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.
Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils « naviguent » sur l'Internet, leur identifiant est enregistré. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet et à ne pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé.
Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (exemples : sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur, …) peuvent être enregistrées par des tiers, analysées et utilisées à des fins notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni aucune coordonnée professionnelle sur l'Internet, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.
Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violents, racistes, discriminatoires, pornographiques, diffamatoires ou manifestement contraire à l'ordre public.
Tous les accès Internet sont tracés et enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité. Il est donc possible pour l'établissement de connaître, pour chaque salarié, le détail de son activité sur l'Internet.
Ce contrôle des accès aux sites visités permet de filtrer les sites jugés indésirables, notamment des sites dangereux pour la sécurité du réseau. Il permet de détecter, de bloquer et ou de signaler les accès abusifs (en matière de débits, volumes, durées), ou les accès à des sites illicites et/ou interdits.

3.5.3 Usage de la messagerie

L'usage de la messagerie est autorisé à l'ensemble du personnel. La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement
Les utilisateurs doivent garder à l'esprit que leurs messages électroniques peuvent être stockés, réutilisés, exploités à des fins auxquelles ils n'auraient pas pensé en les rédigeant, constituer une preuve ou un commencement de preuve par écrit ou valoir offre ou acceptation de manière à former un contrat entre l'hôpital et son interlocuteur, même en l'absence de contrat signé de façon manuscrite.
Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. 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 » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.
L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.
Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocants et/ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou de porter atteinte à son image. Les utilisateurs sont tenus par leurs clauses de confidentialité

et de loyauté contractuelles dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.
Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.
Le transfert de messages, ainsi que leurs pièces jointes, à caractère professionnel sur des messageries personnelles est soumis aux mêmes règles que les copies de données sur supports externes.
Les agents peuvent consulter leur messagerie à distance, à l'aide d'un navigateur (webmail). Les fichiers qui seraient copiés sur l'ordinateur utilisé par l'agent dans ce cadre doivent être effacés dès que possible de l'ordinateur utilisé.
Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.
En cas d'absence d'un agent et afin de ne pas interrompre le fonctionnement du service, le service informatique du CHRU de Montpellier peut, ponctuellement transmettre au supérieur hiérarchique un message électronique à caractère exclusivement professionnel et identifié comme tel par son objet et/ou son expéditeur.
Le supérieur hiérarchique n'a pas accès aux autres messages de l'agent. L'agent concerné est informé dès que possible de la liste des messages qui ont été transférés.
En cas d'absence prolongée d'un agent (longue maladie), le chef de service peut demander au service informatique, après accord de son directeur, le transfert des messages reçus.

3.5.4 Courriel non sollicité

Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier dispose d'un outil permettant de lutter contre la propagation des messages non désirés (spam). Aussi, afin de ne pas accentuer davantage l'encombrement du réseau lié à ce phénomène, les utilisateurs sont invités à limiter leur consentement explicite préalable à recevoir un message de type commercial, newsletter, abonnements ou autres, et de ne s'abonner qu'à un nombre limité de listes de diffusion notamment si elles ne relèvent pas du cadre strictement professionnel.

3.6 Usage des login et des mots de passe (ou de cartes CPS ou équivalent)

Chaque utilisateur dispose de compte nominatif lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel. Il est strictement interdit d'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.
Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur soit dispose d'un login et d'un mot de passe, soit utilisé une carte CPS ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres)
Le mot de passe choisi doit être robuste (8 caractères minimum, mélange de chiffres, lettres et caractères spéciaux), de préférence simple à mémoriser, mais surtout complexe

à deviner. Il doit être changé tous les 6 mois. Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire.
Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage. La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médico-techniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet, …
Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier, a posteriori, l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenté d'accéder à une application au moyen du compte utilisé pour cet accès ou cette tentative d'accès.
C'est pourquoi il est important que l'utilisateur veille à ce que personne ne puisse se connecter avec son propre compte. Pour cela, sur un poste dédié, il convient de fermer ou verrouiller sa session lorsqu'on quitte son poste. Il ne faut jamais se connecter sur plusieurs postes à la fois. Pour les postes qui ne sont pas utilisés pendant la nuit, il est impératif de fermer sa session systématiquement avant de quitter son poste le soir.
Il est interdit de contourner ou de 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.
L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

3.7 L'utilisation des outils informatiques par les représentants du personnel

Les représentants du personnel utilisent, dans le cadre de leur mandat, les outils informatiques qui leur sont attribués pour l'exercice de leur activité professionnelle. Ils disposent d'une adresse électronique dédiée.

3.8 Image de marque de l'établissement

Les utilisateurs de moyens informatiques ne doivent pas nuire à l'image de marque de l'établissement en utilisant des moyens, que ce soit en interne ou en externe, à travers des communications d'informations à l'extérieur de l'établissement ou du fait de leurs accès à Internet.

3.9 Respect de la législation concernant les logiciels

Il est strictement interdit d'effectuer des copies de logiciels commerciaux pour quelque usage que ce soit, hormis une copie de sauvegarde dans les conditions prévues par le code de la propriété intellectuelle. Ces dernières ne peuvent être effectuées que par la personne habilitée à cette fin par l'entité. (article L 122.6 du code de la propriété intellectuelle).

3.10 Procédures applicable au départ de l'utilisateur

Lors de son départ, l'utilisateur doit restituer au service de l'informatique interne 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 chef de service.
Les comptes et les données personnelles de l'utilisateur sont, en tout état de cause, supprimés dans un délai maximum d'un mois après son départ.

4 Surveillance du système d'information

4.1 Contrôle

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable, et notamment de la loi Informatique et Libertés.

4.2 Système de Filtrage Automatique

A titre préventif, des systèmes automatiques de filtrage permettant de diminuer les flux d'information et d'assurer la sécurité et la confidentialité des données sont mis en œuvre. Il s'agit notamment du filtrage des sites Internet, de l'élimination des courriels non sollicités, du blocage de certains protocoles.

4.3 Traçabilité

La Direction des Affaires Financières et des Systèmes d'Information assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.
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) ;
- Les sites accédés,

- …

Le personnel de la Direction du système d'information respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peuvent être amené à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

4.4 Gestion des postes de travail

A des fins de maintenance informatique, le service informatique interne de CHRU de Montpellier peut accéder à distance à l'ensemble des postes de travail. Cette intervention s'effectue avec l'autorisation expresse de l'utilisateur.
Dans le cadre de mises à jour et évolutions du système d'information, et lorsqu'aucun utilisateur n'est connecté sur son poste de travail, le service informatique peut être amené à intervenir sur l'environnement technique des postes de travail. Il s'interdit d'accéder aux contenus.

4.5 Alertes

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information.
La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur de l'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les patients bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée ainsi que celle des personnels soient respectées.

5 Responsabilités et sanctions

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction Générale de l'établissement de santé dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé, ...).
L'établissement ne pourra être tenue pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Charte. En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques ;

- En cas de renouvellement, après avis du supérieur hiérarchique de l'agent, des sanctions disciplinaires adoptées après saisine du comité consultatif paritaire restreint.

- Un licenciement et éventuellement des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.

- …

Outre ces sanctions, la Direction du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier est tenu de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République.

6 Informatique et Libertés

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés définit les conditions dans lesquelles des traitements de données à caractère personnel peuvent être effectués. Elle ouvre aux personnes concernées par les traitements un droit d'accès et de rectification des données enregistrées sur leur compte.
Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier a désigné un correspondant à la protection des données à caractère personnel. Ce dernier a pour mission de veiller au respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.
Il est obligatoirement consulté par le responsable des traitements préalablement à toute création ou modification de fichier comportant des données nominatives ou indirectement nominatives. Celles-ci doivent, préalablement à sa mise en œuvre, être déclarée auprès du Correspondant Informatique et Libertés (CIL) de l'établissement de santé, à défaut le Responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI), qui étudie alors la pertinence des données recueillies, la finalité du fichier, les durées de conservation prévues, les destinataires des données, le moyen d'information des personnes fichées et les mesures de sécurité à déployer pour protéger les données. Le CIL recense dans un registre la liste des traitements des données à caractère personnel au fur et à mesure de leur mise en œuvre.
Le CIL veille au respect des droits des personnes (droit d'accès, de rectification et d'opposition). En cas de difficultés rencontrées lors de l'exercice de ces doits, les personnes concernées peuvent saisir le Correspondant Informatique et Libertés.
Il est rappelé que l'absence de déclaration de fichiers comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement.
En cas de non-respect des obligations relatives à la loi Informatique et Libertés, le CIL serait informé et pourrait prendre toute mesure temporaire de nature à mettre fin au traitement illégal ainsi qu'informer le responsable hiérarchique de l'utilisateur à l'origine du traitement illégal.

7 Bonnes pratiques

7.1 Messageries : règles de bonne conduite et conseils

Définir un objet concis, précis et clair se reportant au corps du message,
Remplir correctement le champ message : un message n'est pas une lettre, comme l'objet le corps du message doit être concis et clair,
Bien concevoir sa signature, elle doit être courte et contenir votre nom, vos coordonnées et votre fonction,
Ne pas utiliser la copie masquée sauf cas exceptionnel, elle est génératrice de suspicion et de manque de transparence,

L'envoi de pièces jointes est à utiliser avec parcimonie (ne pas envoyer de pièce jointe si les données peuvent être intégrées dans le corps du texte),
Afin d'éviter tout risque de saturation du réseau, il est recommandé aux utilisateurs de la messagerie d'éviter la multiplication des destinataires,
L'envoi d'un message grâce à une liste de diffusion doit faire l'objet d'une autorisation formelle du CHRU,
La conservation des messages reçus est de votre responsabilité, la sauvegarde de ces informations vous incombe, le CHRU ne saurait être tenu responsable de la perte des données,
Afin d'éviter la réception de courriers indésirables, ne communiquez votre adresse électronique qu'avec précaution.
Chaque utilisateur est responsable de sa boite aux lettres, cela suppose :

- de prendre connaissance de son contenu au moins une fois par jour,
- de vider régulièrement ses boites de messages (départ, arrivée, corbeille, …),
- de supprimer les messages volumineux sans grande importance et sans aucune valeur probante,
- d'éviter le doublement des messages électroniques par un papier,
- de ne jamais écrire l'identifiant et le mot de passe sur un papier,
- de ne jamais communiquer le mot de passe à un tiers, sauf pour des raisons de service,
- de fermer les applications lorsque vous quittez votre poste de travail.

7.2 Usage des outils de communication (Web, messagerie, forum…)

L'utilisateur doit faire usage des outils de communication dans le cadre de ses activités professionnelles et dans le respect de principes généraux et des règles propres aux divers sites qui les proposent ainsi que dans le respect de la législation en vigueur.
En particulier l'utilisateur :

- ne doit pas se connecter ou essayer de se connecter sur un serveur autrement que par les dispositions prévues par ce serveur ou sans y être autorisé par les responsables habilités,
- ne doit pas se livrer à des actions mettant sciemment en péril la sécurité ou le bon fonctionnement des serveurs auxquels il accède,
- ne doit pas usurper l'identité d'une autre personne et il ne doit pas intercepter de communications entre tiers,
- ne doit pas utiliser ces services pour proposer ou rendre accessibles aux tiers des données et informations confidentielles ou contraires à la législation en vigueur,

- ne doit pas déposer des documents sur un serveur sauf si celui-ci le permet ou sans y être autorisé par les responsables habilités,

- doit faire preuve de la plus grande correction à l'égard de ses interlocuteurs dans les échanges électroniques par courrier, forums de discussions…

- n'émettra pas d'opinions personnelles étrangères à son activité professionnelle susceptibles de porter préjudice au CHRU,

- doit s'imposer le respect des lois et notamment celles relatives aux publications à caractère injurieux, raciste, pornographique, diffamatoire.

-

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 5

Procédure d'autorisation de reportage pour la presse écrite, audiovisuelle et radiophonique

PROCEDURE D'AUTORISATION DE REPORTAGE POUR LA PRESSE ECRITE, AUDIOVISUELLE ET RADIOPHONIQUE

Les autorisations données par le service de la communication

Le service de la communication est chargé de gérer l'ensemble des demandes de la presse écrite, audiovisuelle et radiophonique.
Par l'intermédiaire de son attaché(e) de presse et/ou du directeur chargé de la communication, il recueille les demandes des journalistes, les analyse et recherche les interlocuteurs hospitaliers adéquats. Il propose ces éléments à la Direction Générale puis, après validation, délivre les autorisations requises soit au personnel soit aux journalistes qu'il s'agisse d'interviews, de films, de prises de photographies ou des autorisations à faire signer aux patients interviewés et filmés ou aux parents d'enfants interviewés ou filmés.

Lors de l'information de l'autorisation de reportage, le service de la communication rappelle au journaliste les règles énoncées par la loi et les règles de déontologie des professionnels de santé.

Tous les journalistes présents sur le site du CHRU doivent être munis de leur autorisation écrite.

Organisation de points presse à l'attention des journalistes

Le service de la communication organise par ailleurs, à la demande de la direction générale ou des équipes médicales du CHRU, des points presse à l'attention des journalistes, sur l'actualité médicale ou évènements tels que : innovations médicales, colloques médicaux, journées portes ouvertes, conférences, inaugurations, etc.

Un communiqué de presse est alors envoyé aux médias environ une semaine avant la date de l'évènement. Une relance est pratiquée la veille de l'évènement par l'attaché(e) de presse.

Le jour même, les journalistes sont accueillis par l'attaché(e) de presse et ils reçoivent en principe un dossier ou communiqué de presse

… / …

La procédure à suivre par tout agent hospitalier sollicité par la presse

Toute personne travaillant au CHRU de Montpellier, médecin, directeur, personnel administratif, ingénieur…susceptible d'être sollicitée par les médias est tenue de contacter le service de la communication pour l'informer de la demande journalistique.

L'attaché(e) de presse du CHRU prend contact avec le journaliste demandeur pour connaître les besoins. Il (elle) en réfère ensuite au directeur chargé de la communication et directeur général, seul habilité à valider la demande et ses modalités de réalisation. Il (elle) organise les rendez-vous entre les différents acteurs et délivre les autorisations nécessaires.

Hôpital et média : règles de références

Les obligations du service public hospitalier - L'hôpital public est un lieu d'accueil d'hébergement et de soins, au service de tous ceux qui, à un certain moment de leur vie, peuvent se trouver confrontés à la souffrance, à la maladie, à la mort. A cet égard, l'hôpital représenté par son directeur général, est tenu de faire respecter la vie privée, la dignité des malades qu'il accueille.
A ce titre, le directeur et l'équipe qui l'entoure exercent la police intérieure de l'établissement.
En outre, le décet du 21 mai 2003 permet au malade d'exiger la plus grande discrétion en particulier vis-à-vis des tiers et des médias. Les médecins et personnels hospitaliers qui le prennent en charge sont liés au secret médical.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 6

Règlement intérieur du DIM
(Département de l'Information Médicale)

DEPARTEMENT DE L'INFORMATION MEDICALE
REGLEMENT INTERIEUR

Article 1 : définition du D.I.M.

Le Département de l'Information Médicale (D.I.M.) est une **structure médico-technique hospitalo-universitaire,** transversale et unique au sein du C.H.U., dont la mission est la gestion et le traitement des données médicales et de santé nominatives nécessaires à l'analyse des activités de soin, d'enseignement et de recherche du C.H.U. de Montpellier.

Il veille à la méthodologie de recueil des données qui lui sont transmises, au respect des exigences de validité, de qualité et de confidentialité de ces données. Il conseille les structures médicales et médico-techniques quant à leur production. Il est informé des objectifs des traitements de l'information qui lui sont demandés et participe à l'interprétation et la valorisation de leurs résultats.

Le D.I.M. a accès aux données médicales nominatives dans le respect du secret médical partagé (*article L. 710-5 du code de la santé publiq*ue).

Le D.I.M. tient ses responsabilités du directeur général du C.H.U. et du président de la Commission médicale d'établissement (C.M.E.) dans le cadre des textes légaux et réglementaires en vigueur.

Article 2 : direction du D.I.M.

En raison des informations médicales nominatives traitées par le D.I.M., ainsi que des exigences de validité et de confidentialité qui s'y rapportent, la direction du D.I.M. est assurée par un chef de service**, Docteur en Médecine, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier** relevant de la section 46 du C.N.U. (*Santé publique, Environnement et Société*), sous-sections 46-01 (*Epidémiologie, Economie de la Santé, Prévention*) ou 46-04 (*Bio-statistiques, Informatique médicale et Technologies de communication*).
Le chef de service du D.I.M. est membre de la C.M.E.. Il est membre associé du Directoire.

Article 3 : activités du D.I.M.

L'activité du département d'information médicale se décline selon plusieurs axes :

1. Recueil et traitement de l'information médicale

- Assure, à partir des données d'activité recueillies au niveau des services de soins, la mise en œuvre et le contrôle de la déclinaison de l'activité selon les règles et modalités du Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I.)
- Vérifie la cohérence entre les fichiers P.M.S.I. et les données administratives,
- Participe à la validation des données P.M.S.I. dans le respect de la procédure interne de validation définie par l'établissement,
- Assure l'analyse, le traitement et la diffusion des données et méta-données auprès du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E..), des praticiens et de la Direction du C.H.U. dans des conditions garantissant la confidentialité et l'anonymat des patients,
- Assure la télétransmission des données P.M.S.I. via les modalités sécurisées en vigueur et réalise les traitements de fichiers de manière automatique dans le respect de la réglementation en vigueur,
- Participe au dispositif de contrôle externe de la production des informations médico-administratives dans le cadre du mode de financement des établissements de santé publics T2A,
- Est responsable de la conservation des fichiers P.M.S.I. constitués dans le respect de la réglementation en vigueur.

2. Conseil et expertise en gestion de l'information médicale

- Participe à la conception du Système d'Information Hospitalier (SIH) et du Système d'Information Clinique (SIM) et au choix des modalités et solutions de leur gestion informatique
- Contribue à la cohérence de l'information clinique,
- Participe à l'élaboration et à la mise en place d'indicateurs de qualité et d'outils d'évaluation,
- Assure un conseil méthodologique auprès des services médicaux et médico-techniques dans la production de l'information médicale. Le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le

concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations transmises au médecin responsable de l'information médicale,

- Est informé de l'objectif des traitements de l'information qui lui sont demandées et participe à l'interprétation de leurs résultats,
- Assure un conseil méthodologique auprès des services médicaux, médico-techniques et administratifs dans l'analyse de l'information médicale,
- Assure l'évolution et la maintenance des moyens logiciels nécessaires aux traitements des informations sous sa responsabilité
- Impulse et coordonne la formation de l'ensemble des personnels concernés par la production de ces informations,

3. Recherche Clinique et en Santé Publique

- Assure le soutien méthodologique et analytique des projets, études et enquêtes en Recherche Clinique, Epidémiologie, Education pour la Santé et Prévention ... et, de façon générale, en Santé Publique
- Participe à l'écriture des protocoles relatifs à ces études et enquêtes,
- Participe à la mise en oeuvre technique de ces projets, études et enquêtes, en assure le data-management, l'analyse des données et la mise en forme des résultats,
- Participe à la valorisation des résultats des études et enquêtes,
- Joue un rôle de conseil auprès de la Direction Chargée de la Recherche au C.H.U.,
- Impulse et coordonne des formations hospitalières à la méthodologie et analyse des études et enquêtes en recherche clinique, épidémiologie et Santé Publique.

4. Evaluation médico-économique des Pratiques & des Technologies de Santé

- Assure le soutien méthodologique et analytique des projets, études et enquêtes en d'évaluation médicale ou médico-économique des Technologies de Santé, des pratiques, organisation et performance des Soins,
- Participe à l'écriture des protocoles relatifs à ces études et enquêtes,
- Participe à la mise en oeuvre technique de ces projets, études et enquêtes, leur data-management, leur analyse de données et la mise en forme de leurs résultats,
- Participe à la valorisation des résultats des études et enquêtes,
- Impulse et coordonne des formations hospitalières dans ces domaines

5. Bases nationales d'activité hospitalière et en Santé

Par convention entre les C.H.U. et les C.H.R. d'une part et entre le C.H.U. de Montpellier et la Fédération Hospitalière de France, le D.I.M.:

- Assure la gestion générale des bases PMSI des CHU/CHR & bases nationales confiées dans le cadre et selon les modalités de ces conventions
- Assure l'architecture informatique des bases PMSI des CHU/CHR
- Assure l'architecture informatique des bases nationales PMSI
- Assure les rapports d'activité portés au titre de ces conventions
- Assure, sur les données confiées, des études & recherches épidémiologiques et d'activité

6. Autres activités

- Participe à la conceptualisation des réseaux de soins et d'information en Santé dans lesquels s'engage le C.H.U., à l'évaluation de leur fonctionnement, et aux recherches qui peuvent être menées sur les données recueillies dans le cadre de ces réseaux.
- Participe, en tant que prestataire de services méthodologiques et/ou informatiques, à des missions d'audit, d'évaluation de technologies, d'utilisation ou d'exploitation de données médicales, à la demande d'organismes ou de services internes ou externes au C.H.U., sur la base de conventions après avis des structures et directions compétentes
- Participe aux enquêtes épidémiologiques internes relatives aux infections nosocomiales,
- Participe, en tant qu'entité hospitalo-universitaire, aux enseignements de l'Université

7. Recherches & innovations propres au D.I.M.

En tant que service médical d'une entité hospitalo-universitaire, le D.I.M. mène ses propres recherches et innovations dans les domaines qui ressortent de ses compétences générales ou des compétences de ses personnels.

Article 4 : relations du D.I.M.

Dans le cadre des missions du D.I.M. et outres ses relations avec les unités de soins:

- le chef de service du D.I.M. ou son représentant:
  - ✓ est membre de la Délégation à l'Information Hospitalière,
  - ✓ est membre de la Délégation à la Recherche Clinique et du bureau de celle-ci et rapporteur méthodologique des projets présentés à cette Délégation,
- le D.I.M.:
  - ✓ participe, auprès de la Direction des Affaires Juridiques, à la maintenance du Règlement de confidentialité des données au C.H.U. de Montpellier,
  - ✓ travaille en étroite collaboration avec la Direction de l'Informatique et des Technologies de communication afin de rendre le Système d'Information cohérent et d'optimiser les ressources,
  - ✓ coopère avec la Direction des Affaires Financières et le Contrôle de Gestion à l'élaboration et la mise en oeuvre d'indicateurs relatifs à l'activité, aux coûts des séjours, des pathologies et procédures,
  - ✓ travaille en étroite collaboration avec la Direction de la Recherche afin de promouvoir la recherche au C.H.U. et d'optimiser les ressources et les moyens dédiés à celle-ci.
  - ✓ coopère à des actions de formation régionales et nationales en matière d'Information Médicale,
  - ✓ coopère à des groupes d'études en Information Médicale, Recherche Clinique, Epidémiologie ou Santé Publique.

Article 5 : structuration du D.I.M.

Le D.I.M. est structuré en unités.

- Unité d'analyse Médico-Economique des Processus de soins
- Unité d'Information Médicale
- Unité de Recherche Clinique & Epidémiologie
- Unité d'Evaluation Médico-Economique
- Unité d'évaluation et d'analyse épidémiologique sur les Bases Nationales d'activité hospitalière

Article 6 : moyens du D.I.M.

A. Personnel

Le chef de service du D.I.M. est assisté de :

- praticiens - médecins, pharmaciens - et de personnels médicaux, paramédicaux ou scientifiques,
- personnel technique - ingénieurs et techniciens - régis par les statuts en vigueur au C.H.R.U.
  - ✓ en bio-statistique, analyse des données et data-management,
  - ✓ en information médicale et traitement de l'information (de statut informatique),
- personnels de secrétariat

Ces personnels doivent être en nombre suffisant et adapté à la taille du C.H.U. et aux missions du D.I.M. La C.M.E. doit veiller à l'adéquation des personnels aux tâches et missions du D.I.M..
Les personnels sont soumis au Règlement de Confidentialité s des Données approuvé par la C.M.E.

B. Moyens matériels

Afin de mener les tâches et missions qui lui sont confiées, le D.I.M. dispose en propre de moyens informatiques, matériels et logiciels, adaptés.

C. Locaux

Afin de mener les tâches et missions qui lui sont confiées, le D.I.M. dispose en propre de locaux adaptés.

Fait à Montpellier, le 18 février 2015

Le chef de service du DIM



TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 7

Règlements intérieurs de l'IFMS
(Institut de Formation aux Métiers de la santé)

INSTITUT DE FORMATION AUX METIERS DE LA SANTE

L'Institut de Formation aux métiers de la santé est une structure administrative et pédagogique du CHRU. Il est composé de la direction de cet établissement, des instituts des formations, des écoles, du centre de documentation et de la résidence des infirmières.

- Règlement intérieur – Ecole d'infirmiers anesthésistes
- Règlement intérieur – Ecole d'infirmiers (es) de bloc opératoire
- Règlement intérieur – Institut de formation d'ambulanciers
- Règlement intérieur – Institut de formation d'aides-soignants
- Règlement intérieur – Institut de formation des cadres de santé
- Règlement intérieur – Institut de formation de manipulateurs électroradiologie médicale
- Règlement intérieur – Institut de formation en soins infirmiers
- Règlement intérieur – Ecole de puéricultrices
- Règlement intérieur – Ecole de Sages-Femmes
- Règlement intérieur – Centre de formation préparateurs en pharmacie hospitalière
- Procédure pour l'accueil des stagiaires bénévoles
- Centre de documentation – Guide de l'utilisateur
- Convention de location de salle ou amphithéâtre
- Résidence / foyer des infirmières – contrat de location

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

Institut de Formation et des Ecoles

ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES

REGLEMENT INTERIEUR

ARTICLE 1

Le présent règlement intérieur s'applique à tous les élèves de l'école. Il sera modifié, si nécessaire, lors de toute évolution de la législation et/ou de la réglementation au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.

ARTICLE 2

Tous les élèves doivent acquitter le jour de la rentrée de chaque année scolaire :

- des droits d'inscription
- des frais pour mise à disposition et entretien des tenues professionnelles

Les élèves dont aucun organisme ou établissement ne prend en charge les frais de formation, sont tenus d'acquitter les frais de formation au début de chaque année scolaire.

ARTICLE 3

Les études sont à temps plein, d'une durée de 24 mois. Elles comportent, répartis sur l'ensemble de la scolarité, des enseignements théoriques, des enseignements dirigés et pratiques, des stages et un temps de travail et de recherche personnels.
La présence aux enseignements théoriques, dirigés, pratiques et en stage est obligatoire.

ARTICLE 4

Les élèves véhiculent l'image de l'école et de la profession. A ce titre, leur tenue vestimentaire et leur comportement doivent être compatibles avec les principes de neutralité, de laïcité et de décence en référence à la déontologie professionnelle et conformément au règlement intérieur du C.H.R.U. de Montpellier. Lors des stages le port de la tenue professionnelle est obligatoire.

ARTICLE 5

Les élèves, durant leur formation, doivent respecter le règlement intérieur des établissements qui les accueillent. Ils sont soumis aux mêmes obligations que les personnels de santé en particulier au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

ARTICLE 6

Les élèves doivent respecter les règles d'organisation intérieure de l'école et de l'Institut des Formations et des Ecoles. Ils doivent se conformer aux instructions qui leur sont données et prendre soin du matériel et des locaux mis à leur disposition.

ARTICLE 7

Les épreuves du Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste sont organisées chaque année au mois de septembre par le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales.

Seuls sont autorisés à se présenter au Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste, les élèves qui ont validé chaque séquence d'enseignement théorique, chaque mise en situation professionnelle, chaque stage et qui ont présenté le travail d'intérêt professionnel.

ARTICLE 8

Chaque année, les élèves ont droit à un congé annuel de 25 jours ouvrés dont les dates sont déterminées par le directeur de l'école après avis du conseil technique.

ARTICLE 9

Au cours de chaque année scolaire, chaque élève est soumis à une visite médicale obligatoire avec mise à jour des vaccinations.

Avant son entrée ou au moment de son inscription dans un établissement d'enseignement, toute personne soumise aux dispositions de l'Article L.10 du Code de la Santé Publique est tenue d'apporter la preuve qu'elle a subi les vaccinations exigées conformément aux dispositions de la loi n° 91.73 du 18.1.1991 et son Arrêté du 6.2.1991.

ARTICLE 10

1. ABSENCES POUR MALADIE :

Toute absence en cours ou stage doit être signalée le jour même à l'école. L'élève doit lui-même prévenir immédiatement de son absence la personne responsable de son stage.

Au cours de la scolarité, pour des raisons de santé justifiées par un certificat médical, l'élève peut s'absenter six semaines. Au-delà de deux semaines d'absence, le directeur de l'école détermine les modalités de rattrapage des enseignements théoriques et pratiques.

Dans le cas ou l'élève n'a pas satisfait à ces modalités avant la première session du Diplôme d'Etat, il est présenté à la deuxième session de celui-ci.

Pour tout arrêt de maladie, l'élève doit fournir impérativement dans un délai de 48 heures, un certificat d'arrêt de travail. Les élèves en formation professionnelle d'un autre hôpital que celui de Montpellier ou en congé de formation rémunéré d'un établissement public ou privé, doivent envoyer dans les 48 heures, le certificat d'arrêt de travail à leur employeur et une photocopie à l'école.
Pendant un arrêt de maladie ou pour accident de travail, l'élève ne peut assister aux enseignements théoriques et stages et ne peut se présenter aux examens de validations théoriques et cliniques ainsi qu'au Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste.

2. ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL :

a) élèves rémunérés :

les élèves en formation professionnelle d'un hôpital ou en congé de formation d'un établissement privé ou public, sont pris en charge par leurs employeurs.

b) élèves non rémunérés :

- les élèves non rémunérés ne disposant d'aucune couverture sociale, sont tenus de souscrire une assurance volontaire.
- les élèves non rémunérés de moins de 28 ans, peuvent bénéficier de la sécurité sociale étudiant.

Pour tous les élèves, il est impératif en cas d'accident de prévenir l'école dans les plus brefs délais. Tout retard non motivé dans la déclaration, risque d'entraîner un refus de prise en charge.

La direction de l'école communique à chaque élève en début d'année scolaire, les démarches à effectuer en cas d'accident du travail.

ARTICLE 11

Le C.H.R.U. de Montpellier souscrit auprès de la compagnie d'assurance de son choix, une police d'assurance de responsabilité civile. Les élèves sont couverts par une garantie spécifique souscrite par l'établissement.

ARTICLE 12

Toute absence autre que celle visée à l'article 10 du présent règlement doit faire l'objet d'une autorisation du directeur de l'école qui en déterminera les modalités de rattrapage.

ARTICLE 13

Les femmes interrompant leurs études pour congé de maternité peuvent reprendre leurs études l'année scolaire suivante. Les enseignements théoriques et les stages validés leur restent acquis. Cette possibilité est également donnée, après avis du conseil technique, aux élèves interrompant leurs études pour des motifs exceptionnels.

ARTICLE 14

Le directeur de l'école est assisté d'un conseil technique qui est consulté sur toutes les questions relatives à la formation des élèves.

Siègent au conseil technique deux représentants des élèves élus par leurs pairs, à raison d'un par promotion.

Les représentants des élèves sont élus pour un an.

L'élection des élèves doit avoir lieu au cours du premier mois suivant la rentrée scolaire.

ARTICLE 15

Le directeur de l'école est assisté d'un conseil de discipline qui émet un avis sur les fautes disciplinaires, ainsi que sur les actes des élèves incompatibles avec la sécurité du malade et mettant en cause leur responsabilité personnelle.

Siège au conseil de discipline un représentant des élèves tiré au sort parmi les représentants des élèves élus au conseil technique.

Le conseil de discipline peut proposer les sanctions suivantes :

- avertissement, blâme, exclusion temporaire de l'école, exclusion définitive de l'école. La sanction est prononcée de façon dûment motivée par le directeur de l'école. Elle est notifiée à l'élève.

L'avertissement peut être prononcé par le directeur de l'école sans consultation du conseil de discipline.

- en cas d'urgence, le directeur de l'école peut suspendre la formation de l'élève en attendant sa comparution devant le conseil de discipline,
- en cas d'inaptitude physique ou psychologique d'un élève mettant en danger la sécurité des malades, le directeur de l'école peut suspendre immédiatement la scolarité de l'élève.

ARTICLE 16

Les membres du conseil technique et du conseil de discipline sont tenus d'observer une entière discrétion à l'égard des informations dont ils ont eu connaissance dans le cadre des travaux des conseils.

ARTICLE 17

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux à usage individuel ou collectif de l'établissement, y compris dans les lieux non-couverts (cours, patios, balcons...) situés à l'intérieur des bâtiments ainsi qu'à proximité immédiate des bâtiments.

ARTICLE 18

Les textes réglementaires, relatifs aux études, au Diplôme d'Etat et à la profession d'Infirmier Anesthésiste, sont mis à la disposition des élèves par la direction de l'école.

ARTICLE 19

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque élève lors de son entrée à l'école. Mention de cette remise est faite au dossier de l'élève revêtue de la signature de l'élève.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

◆ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Livre III auxiliaires médicaux. Titre Ier profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre Ier Exercice de la profession. Section 1 Actes professionnels.

◆ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Livre III auxiliaires médicaux. Titre Ier. Profession d'infirmier ou infirmière. Chapitre II Règles professionnelles.

◆ Arrêté du 6 février 1991 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées par l'Article L. 10 du Code de la Santé Publique

◆ Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste

◆ Règlement intérieur du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier

◆ Note de service de la Direction Générale du C.H.R.U. de Montpellier - DG/PA/NH/68985 du 23 janvier 2007. Objet : Nouvelle réglementation relative à l'interdiction de fumer.

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

la Région Languedoc Roussillon

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

INSTITUT DE FORMATION ET DES ECOLES

1146, avenue du Père Soulas
34295 MONTPELLIER cedex 5
☎ 04.67.33.88.96. 🖷 04.67.33.08.43
e-mail : cfph-ibo@chu-montpellier.fr

ECOLE D'INFIRMIERS(ES) DE BLOC OPERATOIRE

REGLEMENT INTERIEUR

I - REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES :

ARTICLE 1 :

Le présent règlement intérieur tient compte de :

- la loi n° 91.73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et assurances sociales ,
- décret n°93.221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières,
- décret n° 2002.194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmiers,
- décret 85.1045 du 27 septembre 1985 relatif à la couverture accidents du travail des étudiants ,
- décret n° 2001-928 du 4 octobre 2001 relatif à la formation d'infirmier(e) de bloc opératoire ,
- l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation d'infirmier(e) de bloc opératoire.
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.
- Règlement intérieur du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.

II - GESTION ET FONCTIONNEMENT :

ARTICLE 2 :

Le présent règlement intérieur s'applique à tous les étudiants de l'école. Il sera modifié, si nécessaire, lors de toute évolution de la législation visée à l'article 1.

ARTICLE 3 :

L'école d'infirmier(es) de bloc opératoire dispense la formation théorique et pratique préparant au Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire.
Elle est ouverte aux étudiants des deux sexes et comporte 35 places.
Elle est administrée par le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.

ARTICLE 4 :

Conformément au décret 2001-928 du 4 octobre 2001 et arrêté du 22 octobre 2001, la direction de l'école est assurée par une directrice responsable :

- De la conception du projet pédagogique ;
- De l'organisation de l'enseignement théorique et clinique ;
- De l'animation et de l'encadrement de l'équipe enseignante ;
- Du contrôle des études ;

- Du fonctionnement général de l'école.

Les formateurs cadres de santé IBODE participant de façon permanente à la formation, contribuent, sous l'autorité du directeur, à l'enseignement théorique et clinique et à l'évaluation continue des élèves. Ils sont responsables du suivi pédagogique de ceux ci.

Un conseiller scientifique professeur des universités est responsable du contenu scientifique de l'enseignement, de la qualité de celui-ci et s'assure de la qualification des intervenants médicaux.

ARTICLE 5 :

Les étudiants sont soumis à une visite médicale en début de formation. Ils sont tenus de respecter les dispositions de la loi n° 91.73 du 18 janvier 1991 et son arrêté d'application du 6 février 1991, notamment en ce qui concerne le suivi des vaccinations.

III - INSCRIPTION ET FRAIS DE SCOLARITE :

ARTICLE 6 :

Tous les élèves doivent acquitter le jour de la rentrée scolaire :

- les droits d'inscription
- les frais pour mise à disposition et entretien des tenues professionnelles
- les frais de formation pour les élèves qui ne sont pas pris en charge par un organisme ou établissement.

ARTICLE 7 :

Les étudiants de moins de 28 ans peuvent s'affilier au régime étudiant s'ils ne disposent d'aucune protection sociale,
Les étudiants âgé(es) de plus de 28 ans ou ressortissants d'Etats n'ayant pas passé de convention diplomatique avec la France, ne disposant d'aucune protection sociale, doivent souscrire une assurance personnelle.

ARTICLE 8 :

L'administration du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier souscrit auprès de la compagnie d'assurance de son choix, une police d'assurance de responsabilité civile. Les étudiants sont couverts par une garantie spécifique souscrite par l'établissement.

IV - LA SCOLARITE :

ARTICLE 9 :

Les élèves doivent respecter les règles d'organisation intérieure de l'école, se conformer aux instructions qui leur sont données et prendre soin du matériel qui leur est confié.

ARTICLE 10 :

La présence aux enseignements théoriques et cliniques est obligatoire.

ARTICLE 11 :

Les étudiants véhiculent l'image de l'école et de la profession. A ce titre, leur tenue vestimentaire et leur comportement doivent être compatibles avec les principes de neutralité, de laïcité et de décence en référence à la déontologie professionnelle et conformément au règlement intérieur du CHU.
Lors des stages, le port de la tenue professionnelle est obligatoire.

ARTICLE 12 :

Pour des raisons d'hygiène des tenues de stages sont mises à disposition et entretenues par le CHU. Les frais de fournitures et entretien doivent être acquittés au début de la formation pour la durée de celle-ci. Leurs montants sont fixés par le conseil d'administration du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.
Ces tenues sont restituées en fin de formation.

ARTICLE 13 :

Il est interdit de fumer dans les locaux de l'école et du Centre de Formation du Personnel Hospitalier.

ARTICLE 14:

En cas de maladie ou d'événement grave, l'élève est tenu d'avertir aussitôt le Directeur de l'école et d'informer de la durée approximative de l'absence. Un certificat devra être fourni dans les 48 heures suivant l'arrêt. Si le congé maladie se produit pendant un stage, l'élève préviendra également le lieu de stage.
Dans le cas d'arrêt maladie ou accident du travail, l'élève ne pourra assister aux enseignements cliniques et théoriques ou être en stage.

Toute absence autre que celles visées à l'article 19 de l'arrêté du 4 octobre 2001 (maladie ou force majeure) doit faire l'objet d'une autorisation d'absence de la directrice de l'école qui en déterminera les modalités de rattrapage.

ARTICLE 15 :

La directrice de l'école procède à l'affectation des élèves en stage. Ceux-ci doivent observer les instructions des responsables des structures d'accueil.
Ils sont tenus aux mêmes obligations que le personnel de la structure d'accueil, notamment au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

ARTICLE 16 :

Pour permettre en priorité la validation des stages obligatoires et dans le cadre de l'application de l'article 23 de l'arrêté du 22 octobre 2001, les absences pendant les stages obligatoires devront être récupérées, sous peine de non validation du stage , pendant les périodes de stages optionnels. Ces périodes de rattrapage sont déterminées par la directrice après concertation avec les responsables de stage et l'élève.

ARTICLE 17 :

Les termes de la convention de stage établie entre le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier et les établissements sanitaires lieux de terrain de stage sont définis par le Conseil Technique et sont approuvés par le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.

ARTICLE 18:

Les stages ne sont pas rémunérés et les frais (déplacements, repas, hébergement) sont à la charge de l'élève.

ARTICLE 19 :

Un exemplaire du présent règlement intérieur est obligatoirement remis à chaque élève lors de son admission à l'école. Mention de cette remise est faite au dossier de l'intéressé(e) revêtue de la signature de l'élève.

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

INSTITUT DE FORMATION ET DES ECOLES

1146, avenue du Père Soulas
34295 MONTPELLIER cedex 5
☎ 04.67.33.88.96. 🖷 04.67.33.08.43
e-mail : cfph-ibo@chu-montpellier.fr

Je soussigné(e) .....

Etudiant(e) de l'école d'infirmier(e)s de bloc opératoire, promotion 2008/2010, reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et en avoir reçu un exemplaire.

Montpellier, le.....

Signature de l'étudiant(e).....

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS

Année 2009

REGLEMENT INTERIEUR

(conforme à l'Arrêté du 26/01/2006)

CHAPITRE I - ADMINISTRATION GENERALE

ARTICLE 1

- L'Institut de Formation d'Ambulanciers du C.H.R.U. (**IFA**) est situé à l' Institut des Formations et des Ecoles **(IFE)** qui regroupe :

. La Direction de l'Institut des Formations et des Ecoles.
. Les différentes écoles et instituts rattachés au C.H.R.U.
. Le service de médecine préventive.
. Un centre de documentation ouvert aux élèves (les modalités de prêt et d'utilisation sont précisées dans le règlement intérieur du centre de documentation).
. Un parking, situé à l'extérieur de l'IFE (juste à l'entrée), mis à la disposition des élèves en formation.
. Une cafétéria.

- L'Institut de Formation d'Ambulanciers du C.H.R.U. de Montpellier a pour mission :

. La formation initiale des ambulanciers et des auxiliaires ambulanciers.
. La documentation dans le domaine professionnel.
. Les recherches pédagogiques.

- La formation d'ambulancier dispensée selon l'arrêté du 26 janvier 2006, modifié par l'arrêté du 18 avril 2007 et le décret du 31 août 2007, est sanctionnée par le Diplôme d' Etat d'Ambulancier.

ARTICLE 2

L'Institut de Formation d'Ambulanciers, administré par le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier, est placé sous la Tutelle de la DRASS et de la DDASS..

ARTICLE 3

L'Institut de Formation d'Ambulanciers est dirigé par un directeur responsable :

. de la conception du projet pédagogique
. de l'organisation de la formation initiale d'ambulancier et d'auxiliaire ambulancier
. de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique
. du contrôle des études
. de l'animation et de l'encadrement de l'équipe enseignante
. des recherches pédagogiques
. du fonctionnement général de l'Institut de Formation d'Ambulanciers incluant la gestion administrative et financière.

L'équipe pédagogique est constituée d'enseignants permanents, auxiliaires médicaux justifiant d'une expérience professionnelle minimale de trois ans en cette qualité et d'une expérience pédagogique, ainsi que d'au moins une personne titulaire du Diplôme d'Etat d'Ambulancier justifiant d'une expérience professionnelle d'un an en cette qualité.

Les ambulanciers et auxiliaires médicaux, participant à la formation dans les Instituts de Formation d'Ambulanciers, contribuent, sous l'autorité du directeur, à l'enseignement théorique et clinique et à l'évaluation continue des étudiants. Ils sont responsables du suivi pédagogique de ceux-ci et participent à la réalisation de recherches pédagogiques. Leur nombre doit être suffisant pour assurer un encadrement pédagogique satisfaisant des étudiants.

L'élève peut à tout moment faire le point sur sa formation avec le directeur et l'équipe pédagogique.

L'équipe administrative est chargée des travaux de secrétariat et assure des activités d'accueil et d'information au sein de l'Institut d'Ambulanciers, sous l'autorité du directeur de l'Institut de Formation d'Ambulanciers.

CHAPITRE II - ORGANISATION DE LA FORMATION

ARTICLE 4 **(articles 39 à 46 de l'arrêté du 26 janvier 2006)**

. Le directeur est assisté d'un conseil de discipline. Il est constitué lors de la première réunion du conseil technique. Le conseil de discipline émet un avis sur **les fautes disciplinaires**, ainsi que sur les **actes** des étudiants **incompatibles avec la sécurité du malade** et mettant en cause leur responsabilité personnelle.

. L'avertissement peut être prononcé par le directeur, sans consultation du conseil de discipline. Dans ce cas l'élève reçoit préalablement communication de son dossier et peut se faire entendre par le directeur et se faire assister d'une personne de son choix. Cette sanction est notifiée à l'élève.

Les sanctions pouvant être prononcées par le conseil de discipline sont :

- **avertissement**
- **blâme**
- **exclusion temporaire de l'Institut**
- **exclusion définitive de l'Institut**

En cas d'urgence, le directeur peut suspendre la formation de l'élève en attendant sa comparution devant le conseil de discipline qui sera réuni dans un délai maximal de quinze jours à compter de la suspension.

ARTICLE 5 : **(article entériné par le conseil technique du 23 juin 2008)**

1) Absences

⇨ **La présence aux cours, travaux dirigés, travaux de groupe, séances d'apprentissages pratiques et gestuels ainsi qu'aux stages est obligatoire.**
Toute absence doit être justifiée par un certificat médical.

Les absences doivent être signalées le jour même à l'Institut de Formation d'Ambulanciers ainsi qu'au cadre du service ou au chef d'entreprise durant les stages. **Tout manquement à cet impératif entraînera un avertissement.**

Toute absence injustifiée durant la formation constitue une faute disciplinaire et peut donc donner lieu à la saisine du conseil de discipline.

2) Retards

En cas de retard l'élève n'est pas autorisé à entrer en cours. Il doit se présenter au bureau des formateurs ou au secrétariat de l'Institut pour savoir si, en fonction du temps de retard et du cours dispensé, il est autorisé à intégrer le cours. Lorsqu'il s'agit d'un retard lié aux transports en commun, l'élève devra présenter le billet de retard délivré par le transporteur.

En stage, l'élève doit impérativement prévenir le cadre du service ou le chef d'entreprise de son retard.

Sanctions encourues pour les retards :

- 3 retards = un avertissement
- 2 avertissements = présentation devant le conseil de discipline

ARTICLE 6

Le directeur est assisté d'un conseil technique qui est consulté sur toutes les questions relatives à la formation des élèves.

. Le directeur de l'IFA peut, après avis du conseil technique prononcer l'exclusion d'un élève pour inaptitude théorique ou pratique au cours de la scolarité.
Il doit saisir le conseil technique au moins quinze jours avant la date de sa réunion et communiquer à chaque membre un rapport motivé ainsi que le dossier scolaire de l'élève.

ARTICLE 7

. En cas d'inaptitude physique ou psychologique d'un élève, mettant en danger la sécurité des patients, le directeur de l'IFA peut suspendre immédiatement la scolarité de l'élève. Il adresse aussitôt un rapport motivé au médecin inspecteur de santé publique de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la santé. Si les éléments contenus dans ce rapport le justifient, le médecin inspecteur peut demander un examen médical effectué par un médecin agréé. Le directeur de l'IFA, en accord avec le médecin inspecteur et, le cas échéant, sur les conclusions écrites du médecin agréé, prend toute disposition propre à garantir la sécurité des patients pouvant aller jusqu'à l'exclusion définitive de l'élève de l'institut de formation, sans qu'il y ait lieu de solliciter l'avis du conseil technique ou celui du conseil de discipline.

ARTICLE 8

. En cas de maladie ou d'événement grave, l'élève est tenu d'avertir aussitôt le directeur de l'IFA du motif et de la durée approximative de l'absence. En cas de congé de maladie, un certificat médical devra être fourni dans les quarante-huit heures suivant l'arrêt (c'est à dire 48 heures à compter du 1er jour d'arrêt).

. Si cette absence se déroule sur une période de stage, il est tenu d'avertir le plus tôt possible le lieu de stage où il est affecté.

.Tout congé de maladie ou congé pour enfant malade doit être **justifié par un certificat médical**. Pour la durée totale de la formation une franchise maximale de deux jours ouvrés peut être octroyée aux étudiants, pendant laquelle ils sont dispensés des cours, travaux dirigés, séances d'apprentissages pratiques et gestuels qu'ils ne sont pas tenus de récupérer. Toutefois, ils devront satisfaire aux épreuves de validation des modules de formation prévues par l'arrêté du 26/01/06.

Au delà de deux jours, les absences en stage, même justifiées, doivent être récupérées dans les conditions fixées par l'arrêté du 26 janvier 2006 Art. 28 et ce, quelles que soient les modalités de suivi de la formation.

. **En cas de maternité**, les élèves sont tenues d'interrompre leur scolarité pendant une durée qui ne peut en aucun cas être inférieure à la durée légale, c'est-à-dire seize semaines, soit six semaines avant l'accouchement et dix semaines après.

. Le directeur de l' IFA, saisi d'une demande de **congé paternité**, détermine les modalités pratiques d'exercice de ce droit, dans le respect des dispositions de l'article 28 du présent arrêté.

. Le directeur de l'IFA peut, après avis du conseil technique, sur production des pièces justificatives et dans des cas exceptionnels, autoriser certaines absences avec dispense des cours, travaux dirigés et travaux de groupe au delà de la franchise de deux jours.

. En cas d'interruption de la formation pour des raisons justifiées, et notamment en cas de maternité, l'élève conserve les notes obtenues aux évaluations des modules ainsi que celles obtenues lors des stages cliniques. L'acquisition des compétences complémentaires peut être assurée pendant cinq ans.

ARTICLE 9

Les élèves véhiculent l'image de la profession d'ambulancier et celle de l'Institut.

A ce titre, et conformément au règlement intérieur du CHRU, leur tenue vestimentaire et leur comportement doivent être compatibles avec les principes de neutralité, de laïcité et de décence qu'impose le métier de soignant.

Les élèves doivent respecter les règles d'organisation intérieure de l'IFA, se conformer aux instructions qui leur sont données et prendre soin du matériel qui leur est confié.

1. Les appels téléphoniques et les visites personnelles sont interdites dans l'enceinte de l'Institut. Une cabine téléphonique est mise à disposition des élèves dans le hall d'entrée de l'IFE.

2. L'usage du téléphone portable est interdit pendant les cours et évaluations.

3. Afin de respecter les autres cours, les conversations doivent rester discrètes dans les couloirs et l'usage du téléphone portable est proscrit.

4. Les messages écrits à l'adresse de l'Institut sont placés dans la boite à courrier centrale, dans le hall à droite de l'entrée principale de l'IFE.

5. Il est interdit de fumer dans les locaux de l'IFA, de l'IFE, du CHRU et des lieux de stage. Il est interdit de fumer à proximité des bâtiments de l'IFE: les cendriers indiquent les lieux autorisés. Par respect pour le personnel de l'entreprise de nettoyage, les mégots sont jetés dans les cendriers et non à même le sol.

6. Les élèves utilisant le parc et les aires de stationnement durant leur repas doivent les laisser en état de propreté (pas de papiers ni de cendriers vidés par terre) .

7. Il est conseillé de ne laisser ni argent, ni bijoux , ni objets de valeur dans les salles de cours durant les pauses. En cas de disparition, le CHRU ne pourra être tenu pour responsable.

8. Les élèves sont respectueux du personnel de l'IFE et de l'IFA: à la fin des cours, ils veillent à la remise en état de la salle (les tables sont en ordre, le tableau effacé, les papiers, gobelets et autres détritus dans les poubelles, la lumière éteinte). Ils le sont aussi envers les enseignants et leurs camarades à qui ils sont tenus d'adresser des propos courtois.

Tout manquement à l'un de ces principes pourra être sujet à sanction.

ARTICLE 10

a. Avant la fin de la troisième semaine qui suit la rentrée scolaire, a lieu l'élection des délégués de promotion chargés de représenter les élèves au conseil de discipline.

b. Les élèves ont le droit de se regrouper dans le cadre de l'organisation de leur choix. Ils peuvent bénéficier de facilités d'affichage, de réunions, de collectes de cotisations avec l'autorisation du directeur et selon les possibilités en matériel et en personnel de l'établissement. Les élèves chargés de représenter l'organisation portent leur nom à la connaissance du directeur de l'I.F.A.

ARTICLE 11

Les règles à observer pendant le déroulement des examens, concours et évaluations théoriques sont précisées dans chaque sujet.

⇨ **Toute fraude entraîne une sanction et annule la copie concernée.**

ARTICLE 12

Le directeur de l'IFA procède à l'affectation des élèves en stage.
L'organisation des stages est présentée en début de formation et les élèves sont tenus de s'y conformer. Toute modification sera signifiée en cours d'année par le directeur.

1. **Les élèves doivent, pendant les stages, observer les instructions des responsables des structures d'accueil :**

ils sont tenus aux mêmes obligations que le personnel de la structure d'accueil, notamment au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

2. **Lors des stages, le port strict de la tenue professionnelle est obligatoire:** il est indispensable que la tenue soit propre et correcte. Pour des raisons d'hygiène, **les tenues professionnelles réservées au stage** sont mises à disposition et entretenues par le CHRU en contrepartie d'une participation financière ..Aucun vêtement de ville ne doit être gardé sous la tenue. Les tenues devront être restituées en fin de formation ou lors d'un arrêt de formation.

3. L'accès aux self-services du CHRU est interdit en tenue de travail.

⇨ **La tenue règlementaire fournie par le CHRU est utilisée exclusivement en stage**

4. **Les chaussures doivent être blanches, silencieuses, bien tenir aux pieds, bien entretenues et réservées aux stages.**

5. **Les cheveux doivent être propres et disciplinés, les ongles courts et sans vernis, le port de bijoux est interdit.**

ARTICLE 12

Les textes réglementaires relatifs aux études, au diplôme d'Ambulancier et à la profession sont mis à la disposition des étudiants par le directeur de l'institut de formation.

ARTICLE 13

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque élève lors de son admission dans l'institut de formation.

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
DU C.H.R.U. DE MONTPELLIER
1146 Avenue du Père Soulas
34 295 Montpellier Cedex 5

REGLEMENT INTERIEUR

Référence à l'Annexe III de l'Arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant

Préambule

Champ d'application

Les dispositions du présent règlement intérieur ont vocation à s'appliquer :

- à l'ensemble des usagers de l'Institut de Formation d'Aides-Soignants (I.F.A.S), personnels et élèves quels que soient les modalités de suivi de formation d'aides-soignants.
- à toute personne présente, à quelque titre que ce soit, au sein de l'I.F.A.S (intervenants extérieurs, prestataires de service, invités...).

Statut du règlement intérieur

Aucune disposition du règlement intérieur ne peut être contraire à la réglementation en vigueur concernant les conditions de fonctionnement des Instituts de Formation d'Aides-Soignants ainsi que les modalités études et de validation de la formation conduisant à l'obtention du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant.

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque élève lors de son admission dans l'institut de formation.

TITRE Ier

DISPOSITIONS COMMUNES

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

Comportement général

Le comportement des personnes (notamment acte, attitude, propos ou tenue) ne doit pas être de nature :

- à porter atteinte au bon fonctionnement de l'I.F.A.S ;
- à créer une perturbation dans le déroulement des activités d'enseignement ;
- à porter atteinte à la santé, l'hygiène et la sécurité des personnes et des biens.

D'une manière générale, le comportement des personnes doit être conforme aux règles communément admises en matière de respect d'autrui et de civilité ainsi qu'aux lois et règlements en vigueur.

Les élèves doivent respecter les règles d'organisation intérieure de l'institut de formation d'aides-soignants, se conformer aux instructions qui leur sont données et prendre soin du matériel qui leur est confié.

Contrefaçon

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite.

Le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire, indépendamment de la mise en œuvre de poursuites pénales.

CHAPITRE II

Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Interdiction de fumer

Conformément aux dispositions du code de la santé publique et de la note de service de la Direction Générale du C.H.R.U. du 23 janvier 2007 validée par le Comité de Prévention du Tabagisme de l'établissement, il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux à usage individuel ou collectif de l'établissement, y compris dans les lieux non couverts (cours, patios, balcons...) situés à l'intérieur des bâtiments de l'Institut des Formations et des Ecoles (I.F.E) ainsi qu'à proximité immédiate de ces bâtiments. Tout contrevenant s'expose à des sanctions.

Respect des consignes de sécurité

Quel que soit le lieu où elle se trouve au sein de l'I.F.E, toute personne doit impérativement prendre connaissance et respecter :

- les consignes générales de sécurité, et notamment les consignes d'évacuation en cas d'incendie ;
- les consignes particulières de sécurité, et notamment celles relatives à la détention ou la manipulation des produits dangereux au sein des salles de travaux pratiques.

Il convient, le cas échéant, de se reporter aux documents affichés ou distribués au sein de l'I.F.E.

CHAPITRE III

Dispositions concernant les locaux

Maintien de l'ordre dans les locaux

Le Directeur de l'I.F.A.S est responsable de l'ordre et de la sécurité dans les enceintes et locaux affectés à titre principal à l'établissement dont il a la charge.

Le Directeur est compétent pour prendre à titre temporaire toute mesure utile afin d'assurer le maintien de l'ordre : interdiction d'accès, suspension des enseignements...

Utilisation des locaux

Ils peuvent accueillir des réunions ou des manifestations, dans les conditions fixées à l'article 47 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié.

TITRE II

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ELEVES

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

Libertés et obligations des élèves

Les élèves disposent de la liberté d'information et d'expression. Ils exercent cette liberté à titre individuel et collectif, dans des conditions qui ne portent pas atteinte aux activités d'enseignement et dans le respect du présent règlement intérieur.

Les signes et les tenues qui manifestent ostensiblement l'appartenance à une religion sont interdits dans tous les lieux affectés à l'I.F.E ainsi qu'au cours de toutes les activités placées sous la responsabilité de l'I.F.A.S ou des enseignants, y compris celles qui se déroulent en dehors de l'enceinte dudit établissement.

Les appels téléphoniques et les visites personnelles sont interdites dans l'enceinte de l'I.F.E. Une cabine téléphonique est mise à disposition des élèves dans le hall d'entrée de l'I.F.E.

L'usage du téléphone portable est proscrit lors des enseignements.

Il est conseillé de ne laisser ni argent, ni bijoux dans les salles de cours. En cas de disparition, le C.H.R.U. ne pourra être tenu responsable.

CHAPITRE II

Droits des élèves

Représentation

Les élèves sont représentés au sein du conseil technique et du conseil de discipline, conformément aux textes en vigueur.

Les représentants sont élus au début de chaque année scolaire. Tout élève est éligible.

Tout élève a droit de demander des informations à ses représentants.

Liberté d'association

Le droit d'association est garanti par la loi du 1er juillet 1901. La domiciliation d'une association au sein de l'I.F.A.S est soumise à une autorisation préalable.

Tracts et affichages

Dans le respect de la liberté d'information et d'expression à l'égard des problèmes politiques, économiques, sociaux et culturels, la distribution de tracts ou de tout document par les élèves est autorisée au sein de l'I.F.E, mais sous conditions.

La distribution de tracts ou de tout document (notamment à caractère commercial) par une personne extérieure à l'I.F.E est interdite, sauf autorisation expresse par le Directeur de l'I.F.E.

Affichages et distributions doivent :

- ne pas être susceptibles d'entraîner des troubles au sein de l'I.F.E ;
- ne pas porter atteinte au fonctionnement de l'I.F.E ;
- ne pas porter atteinte au respect des personnes et à l'image de l'I.F.A.S ;
- être respectueux de l'environnement.

Toute personne ou groupement de personnes est responsable du contenu des documents qu'elle ou qu'il distribue, diffuse ou affiche. Tout document doit mentionner la désignation précise de son auteur sans confusion possible avec l'établissement.

Liberté de réunion

Les élèves ont la possibilité de se réunir conformément aux dispositions de l'article 47 et 48 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié.

Il ne doit exister aucune confusion possible entre l'I.F.A.S et/ou l'I.F.E et les organisateurs des réunions ou manifestations, qui restent responsables du contenu des interventions.

Droit à l'information

Tout doit concourir à informer les élèves aussi bien sur les missions de l'I.F.A.S que sur son fonctionnement dans des délais leur permettant de s'organiser à l'avance : planification des enseignements, calendrier des épreuves de contrôle continu des connaissances, dates des congés scolaires,...

Les textes réglementaires relatifs à la formation, au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant et à l'exercice de la profession sont mis à la disposition des élèves par le Directeur de l'I.F.A.S.

CHAPITRE III

Obligations des élèves

Ponctualité

La ponctualité est indispensable. Elle est définie par référence aux horaires des enseignements.

Elle concerne tous les enseignements : théoriques en institut et cliniques en stage. Toutefois si l'élève est en retard pour un motif **imputable** aux transports en commun, il est admis en cours (évènements publiquement connus : grèves, arrêt du trafic...).

Tenue vestimentaire

Les tenues vestimentaires doivent être conformes aux règles de santé, d'hygiène et de sécurité et être adaptées aux activités d'enseignement, notamment aux travaux pratiques.

Pour des raisons d'hygiène, **les tenues professionnelles réservées exclusivement aux stages** sont mises à disposition et entretenues par le C.H.R.U. en contrepartie d'une participation financière annuelle sauf accord de l'employeur pour s'y substituer.

Ces tenues devront être restituées en fin de formation ou lors d'un arrêt de formation.

Les chaussures doivent être fermées, silencieuses, bien tenir aux pieds, et réservées aux stages.

En stage: les cheveux doivent être propres et disciplinés, les ongles courts et sans vernis, le port de bijoux est interdit.

L'accès aux self-services du C.H.R.U. est interdit en tenue de travail.

Maladie ou événement grave

En cas de maladie ou d'événement grave, l'élève est tenu d'avertir le jour même le Directeur de l'I.F.A.S du motif et de la durée approximative de l'absence. Il est également tenu d'informer le responsable du stage, s'il y a lieu.

En cas de congé maladie, ou congé pour enfant malade un certificat médical doit être fourni dans les quarante-huit heures suivant l'arrêt **(c'est à dire 48 heures à compter du 1er jour d'arrêt, cachet de la poste faisant foi ou dépôt en main propre à la secrétaire de la promotion d'aide-soignante)**. Dans le cas du non-respect de ce délai, l'absence ne sera pas décomptée de la franchise et considérée comme non autorisée.

Présentéïsme

Les enseignements relatifs à la formation conduisant à l'obtention du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant comprennent :

- des périodes en I.F.A.S : cours magistraux, travaux dirigés, travaux de groupe et séances d'apprentissage pratiques et gestuels ;
- des périodes d'enseignement clinique : stages.

La participation à l'ensemble des enseignements est obligatoire.

Les élèves bénéficient, au maximum, pour les absences maladie, d'une période d'absence totale autorisée, dénommée **franchise,** dont le nombre est fixé à cinq jours (soit 35 heures) pour la durée de la formation.

Au-delà des cinq jours d'absences, les heures d'absence en stage feront l'objet d'un rattrapage car toutes les absences en stage, même justifiées, doivent être récupérées dans les conditions fixées par l'article 27 de l'arrêté 22 octobre 2005.

Pour toute autre absence hors franchise, l'élève est tenu de renseigner la fiche individuelle de gestion d'absence conservée au "secrétariat de la promotion d'aides-soignants" dans la mesure du possible avant l'absence et à défaut dans les 48 heures qui suivent.

L'état des présences est régulièrement transmis aux organismes et établissements prenant en charge la formation des élèves.

En cas de dépassement de la franchise, après épuisement des possibilités de récupération, la situation de l'élève est soumise au conseil technique en vue d'examiner les conditions de poursuite de sa formation et être présenté à un jury ultérieur pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant.

En cas d'absences non autorisées, la situation de l'élève sera soumise à l'avis du conseil technique et le cas échéant présentée en conseil de discipline.

Toute absence injustifiée en formation en institut ou en stage constitue une faute disciplinaire susceptible d'entraîner une sanction, infligée dans les conditions prévues à l'article 40 de l'arrêté du 22 octobre 2005.

Art. 40 - Le conseil de discipline est saisi et convoqué par le directeur de l'institut de formation. La saisine du conseil de discipline est motivée par l'exposé du ou des faits reprochés à l'élève.

Stages

Le Directeur de l'institut de formation d'aides-soignants procède à l'affectation des élèves en stage. Les élèves doivent, pendant les stages, observer les instructions des responsables des structures d'accueil. Ils sont tenus aux mêmes obligations que le personnel de ces structures, notamment au respect du secret professionnel et des règles déontologiques.

Autres obligations

Les règles à observer pendant le déroulement des évaluations théoriques sont précisées dans chaque sujet. Toute fraude entraîne une sanction et annule la copie concernée.

Chaque élève doit compiler au fur et à mesure de la formation le double des éléments de son dossier d'évaluation continue.

Toute situation personnelle entraînant l'interruption ou l'arrêt de la formation doit faire l'objet d'un rendez-vous préalable avec le Directeur de l'I.F.A.S.

Les élèves s'engagent à fournir les documents demandés par l'I.F.A.S dans les délais fixés, aucune réclamation ne sera effectuée par l'I.F.A.S et l'élève concerné devra supporter les conséquences du retard qui lui est imputable.

TITRE III

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PERSONNELS

Droits et obligations des personnels

Les droits et obligations des personnels font l'objet de dispositions légales et réglementaires générales ou particulières auxquelles il convient de se reporter (statut général, statuts particuliers, code du travail,...).

Congés et absences :

En référence à l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-Soignant, donnant lieu à l'application de la franchise sur présentation de pièces justificatives sont les suivants :

Article 27

- *« Tout congé de maladie ou congé pour enfant malade doit être justifié par un certificat médical... »*

Article 29

- *« En cas de maternité, les élèves sont tenues d'interrompre leur scolarité pendant une durée qui ne peut en aucun cas être inférieur à la durée légale. »*

Fait à Montpellier le 18 FEV. 2008

Le Directeur de l'Institut de Formation d'Aides-Soignants

Joël GRUET-MASSON

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE
DU C.H.U. DE MONTPELLIER

REGLEMENT INTERIEUR
Janvier 2005

Art. 1 - L'Institut de Formation des Cadres de Santé administré par le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier a pour mission première d'assurer la formation théorique et pratique en vue de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé.
Cette formation est dispensée selon les décret et arrêté en vigueur.

A ce titre, il est agréé pour les professions désignées et pour un effectif maximal.

L'Institut remplit en outre une mission de formation professionnelle continue.
Il dispose de locaux situés dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.

Art. 2 - Le directeur de l'Institut est responsable de la formation professionnelle et de la tenue générale de l'Institut.

Les cadres supérieurs de santé, formateurs de l'Institut, sont responsables de l'enseignement et participent à la formation des étudiants.

Des intervenants, sollicités en fonction de leur compétence, dispensent certains enseignements.

Art. 3 - Le Conseil Technique, constitué conformément à la réglementation, est présidé par le représentant du Préfet de région.
Les étudiants y sont représentés à raison d'un membre par profession. Chaque année, en début de formation, la promotion élit ses représentants titulaires et suppléants.
Les attributions du conseil technique sont fixées par arrêté ministériel.
Il peut être, notamment, réuni en formation restreinte de conseil de discipline.

Art. 4 - Au cours de la scolarité ou d'une formation, les étudiants ou stagiaires sont tenus aux mêmes obligations et devoirs que les agents du service public ou de l'établissement dans lequel ils se trouvent (Institut et terrains de stage). Ils **véhiculent l'image de l'école et de la profession. A ce titre, leur tenue vestimentaire et leur comportement doivent être compatibles avec les principes de neutralité, de laïcité et de décence en référence à la déontologie professionnelle.**

Art. 5 - Les textes réglementaires relatifs à la formation et au diplôme de cadre de santé sont mis à la disposition des étudiants.

Art. 6 - L'assiduité aux enseignements et aux stages est obligatoire.
La durée hebdomadaire des enseignements est conforme à l'arrêté réglementant la formation.
En stage, la durée hebdomadaire et les horaires de travail sont ceux en vigueur dans l'établissement d'accueil.
Pour toute absence, l'étudiant doit prévenir dans les plus brefs délais le secrétariat de l'institut et, selon le cas, le responsable de stage.
L'étudiant devra faire parvenir dans les 48 heures tout document justifiant de son absence (maladie, accident, ...).
Les employeurs et organismes payeurs sont informés des absences de toute nature.
Pour circonstance exceptionnelle, le directeur de l'institut peut accorder une autorisation d'absence, sur demande écrite de l'étudiant.
Toute absence dont la durée est susceptible d'affecter la validation de la formation est soumise par le directeur, au conseil technique, pour avis.

Art. 7 - Préalablement à l'admission, chaque candidat doit constituer un dossier comportant en particulier les certificats des vaccinations exigées par la réglementation.
Pendant la durée de la formation, il sera tenu de respecter le suivi des vaccinations.

Art. 8 - Le montant des droits d'inscription aux épreuves d'admission est fixé par délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.

Art. 9 - Le montant des droits annuels d'inscription à la formation est fixé chaque année par arrêté ministériel.

Art. 10 - Le montant des frais de formation est fixé par le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.
Cette somme est à régler :
- soit par l'employeur ou par un organisme habilité,
- soit par l'étudiant lui-même.

Art. 11 - Les étudiants ne disposant pas de protection sociale doivent souscrire une assurance personnelle. Ils en acquittent les cotisations à l'U.R.S.S.A.F.

Art. 12 - L'administration du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier souscrit auprès de la Compagnie d'assurance de son choix, une police d'assurance responsabilité civile qui garantit toute personne en formation au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.
Une attestation est fournie sur demande des établissements accueillant les étudiants en stage.

Art. 13 - Un centre de documentation, commun aux instituts et écoles du Centre Hospitalier Universitaire est à la disposition des étudiants cadres. L'accès est subordonné au paiement des droits d'inscription mentionnés à l'article 9. Les modalités de prêt et d'utilisation sont précisées dans le règlement du centre de documentation.
Un "espace informatique" situé au sein du centre de documentation est également utilisable par les étudiants cadres.
Les photocopies :

. à usage personnel, peuvent être faites à titre payant au centre de documentation.

. en lien avec des activités pédagogiques, sont réalisées à l'Institut par la secrétaire après que le formateur lui en ait donné la consigne.

Art. 14 - Le secrétariat est accessible aux étudiants de 8 h 30 à 9 h et aux pauses du matin et de l'après-midi sauf le mardi après-midi.

Art. 15 – Aspects pratiques :

Restauration :
Les self-service du Centre Hospitalier Universitaire et la cafétéria du Centre de Formation (entreprise privée) sont accessibles aux étudiants.

Téléphone :
Pour les communications internes au Centre Hospitalier Universitaire, le poste situé dans le couloir de l'institut peut être utilisé.
Pour les communications externes, des taxiphones sont à disposition dans les halls du Centre de Formation et de la résidence des infirmières.
Aucune communication téléphonique ne peut être demandée ou reçue au secrétariat. Seuls, les appels téléphoniques urgents seront communiqués.

Stationnement des véhicules :
Les étudiants utilisent exclusivement le parking situé à l'entrée du Centre de Formation.
L'autre parking, accessible aux détenteurs d'un badge, est réservé au personnel du Centre de Formation, aux intervenants ainsi qu'aux locataires de la résidence. Le code de la route est applicable dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire. Des agents assermentés dressent procès-verbal en cas de stationnement irrégulier.

Art. 16 - Conformément à la législation relative au tabagisme, il est interdit de fumer dans les locaux de l'Institut et du Centre de Formation.

Art. 17 - Le présent règlement intérieur s'applique à tous les étudiants et stagiaires de l'institut.

Il sera modifié lors de toute évolution de la réglementation applicable aux instituts de formation des cadres de santé.

Un exemplaire est obligatoirement remis à chaque étudiant lors de son admission à l'Institut. Mention de cette remise est faite au dossier de l'intéressé revêtue de la signature de l'étudiant.

Règlement intérieur approuvé par
le Conseil Technique réuni le 13 janvier 2005

INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEURS D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

Institut des Formations et des Ecoles
1146, Avenue du Père Soulas
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

CONSEILLER SCIENTIFIQUE : Dr. Joseph PUJOL
DIRECTEUR : Georges BOURROUNET

Direction : ☎ 04.67.33.88.80
Secrétariat : ☎ 04.67.33.88.81
Cadres formateurs :☎ 04.67.33.88.82/79/67

ANTENNE DE NIMES

Cadres formateurs : ☎ 04-66-68-69-33/22/57

-REGLEMENT INTERIEUR -

Mis à jour, juillet 2008

TITRE 1 : ADMINISTRATION GENERALE

ARTICLE 1

L'Institut de Formation de Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale du CHRU de Montpellier se situe au sein de l'Institut des Formations et des Ecoles. Une antenne, sous l'autorité administrative et pédagogique de Montpellier, est implantée au Centre de Formation du CHU de Nîmes.

L'Institut prépare au Diplôme d'Etat de Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale.

ARTICLE 2

/ La direction de l'Institut est assurée par un Directeur des soins, Directeur d'Institut de Formation, issu de la filière Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale.

Il est responsable de la conception du projet pédagogique, de l'organisation de la formation initiale et continue dispensée à l'Institut, de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique, du contrôle des études, de l'animation de l'équipe enseignante, du fonctionnement général de l'Institut, de la recherche en soins et en pédagogie conduite par l'Institut.

Il est assisté d'un Conseil Pédagogique.

/ Un médecin enseignant, Conseiller Scientifique, participe à l'élaboration du projet pédagogique et garantit la qualité des enseignements médicaux.
Il est membre de droit du Conseil Pédagogique.

/ Les cadres formateurs participent à la formation. Ils contribuent, sous l'autorité du directeur, à l'enseignement théorique et clinique et à l'évaluation des étudiants.

Ils sont responsables du suivi pédagogique des étudiants et leur apportent une aide méthodologique pour la réalisation du travail de fin d'études.

Ils participent à la réalisation de recherches dans leur secteur de compétences.

/ La secrétaire assure des activités d'accueil et d'information auprès des étudiants.

Elle a la charge, sous la responsabilité du Directeur, de la gestion des dossiers administratifs des étudiants.

ARTICLE 3

Au cours du premier trimestre de chaque année scolaire, les étudiants désignent, à vote secret, et pour chacune des trois années d'études, un représentant et un suppléant qui seront chargés de les représenter auprès de l'équipe pédagogique.
Ces représentants siègent en Conseil Pédagogique.

ARTICLE 4

L'administration du CHRU souscrit auprès de la compagnie d'assurance de son choix, une police d'assurance de responsabilité civile qui couvre les accidents survenant tant au cours de l'activité à l'Institut que pendant les stages effectués dans le cadre des études.

ARTICLE 5

/ Les étudiants âgés de plus de 28 ans ou ressortissants d'états n'ayant pas passé de convention diplomatique avec la France, ne disposant d'aucune protection sociale, doivent souscrire une assurance personnelle.

/ Les étudiants quel que soit leur âge ou leur couverture sociale sont couverts pour les risques accident de travail et maladie professionnelle (Art. L 416 du Code de la sécurité sociale et décret 85.1045 du 27 Septembre 1985 dans les limites prévues par courrier N° 779 de la Direction du Personnel en date du 30 mai 1989).

TITRE 2: ENSEIGNEMENT

ARTICLE 6

Les étudiants reçoivent un enseignement à la fois théorique et pratique d'une durée de 3 ans soit 4444 H. L'enseignement donné à l'Institut est conforme au programme fixé par l'Arrêté du 1er aout 1990.

Les textes réglementaires relatifs au programme des études et à la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale, sont mis à la disposition des étudiants.

ARTICLE 7

Les différentes rentrées scolaires ont lieu au cours de la première quinzaine de Septembre. Le calendrier de l'année est fixé par le Directeur de l'Institut et porté à la connaissance des étudiants en début de chaque année scolaire.

Les étudiants ont droit à un congé annuel de 11 semaines dont 5 au moins semaines consécutives.

ARTICLE 8

/Les cours magistraux ne sont pas obligatoires mais peuvent être remplacés en cas d'annulation de dernière minute par des Travaux Dirigés ou des Travaux Pratiques.

/La présence des étudiants aux Travaux Dirigés, Travaux Pratiques et Stages ainsi qu'aux épreuves d'évaluation est obligatoire.
Le contrôle de l'assiduité est effectué par le personnel d'encadrement de l'Institut.

L'étudiant en retard n'est pas admis en cours. Des retards répétés entraînent une récupération en stage.
Les absences sont récupérées selon les modalités fixées à l'article 15 du présent règlement.

/Conformément à l'art. 15 de l'arrêté du 1er août 1990, l'absence à l'une des épreuves du contrôle continu entraîne la note 0 à l'épreuve en cause, sauf cas de force majeure appréciée par le Directeur de l'Institut. En ce cas, une épreuve de remplacement est organisée avant la fin de l'année scolaire.

ARTICLE 9

Il est tenu un dossier administratif et un suivi pédagogique pour chaque étudiant.

ARTICLE 10

Le Directeur désigne périodiquement aux étudiants les services auxquels ils sont affectés en stage.
Les stages sont obligatoires.

Les étudiants doivent observer, durant les stages, les instructions des responsables des structures d'accueil. Ils sont tenus, envers les patients, aux mêmes obligations que le personnel de la structure d'accueil et, notamment, au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

TITRE 3: DISCIPLINE GENERALE.

ARTICLE 11

Pour pouvoir être admis en stage les étudiants doivent:

- avoir reçu l'avis favorable du médecin du service de médecine préventive.
- porter le dosimètre réglementaire qui leur est affecté sur la poitrine,
- avoir une tenue conforme aux règles fixées par l'Institut.

ARTICLE 12

/Les étudiants véhiculent l'image de l'Institut et de la profession.

A ce titre, et conformément au règlement intérieur du CHRU, leurs tenues vestimentaires et leurs comportements doivent être compatibles avec les principes de neutralité, de laïcité, et de décence en référence à la déontologie professionnelle.

Pendant les stages, le port de la tenue professionnelle réglementaire est obligatoire.

/Pour des raisons d'hygiène, les tenues de stage sont mises à disposition et entretenues par le CHRU en contrepartie d'une participation financière annuelle. Ces tenues devront être restituées en fin de formation ou en fin de 1ère année pour les étudiants poursuivant leurs études sur l'antenne de Nîmes.

Les chaussures doivent être blanches, silencieuses et entretenues.

ARTICLE 13

Les étudiants sont dotés de dosimètres trimestriels fournis par la cellule de radioprotection du CHRU. Ils doivent se plier aux règles de radioprotection et de surveillance individuelle d'exposition conformément à la réglementation en vigueur.

Les dosimètres sont impérativement restitués, à la date fixée par la cellule de radioprotection, au cadre formateur responsable de l'étudiant. Un nouveau dosimètre ne sera donné qu'à la restitution du précédent permettant l'acceptation en stage de l'étudiant.

ARTICLE 14

/Les étudiants doivent produire, le jour de la rentrée, conformément à l'article 11 de l'Arrêté du 30 mars 1999 modifiant l'arrêté du 23 décembre 1987 modifié :

- un certificat médical attestant que l'étudiant n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale, que la numération et la formule sanguine sont normales. Il doit attester également de l'absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'IRM.
- un certificat de vaccinations antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique et anti-hépatite B. Le certificat doit également attester que l'étudiant a subi un test tuberculinique et que celui-ci est positif ou que 2 tentatives de vaccination par le BCG ont été effectuées.

/Les étudiants doivent se soumettre à une visite médicale organisée par l'Institut. Le médecin du service de médecine préventive vérifie le dossier médical de chaque étudiant avant sa première affectation en stage. Un examen radiographique des poumons doit être également effectué.

/Les dispositions de la loi N° 91-73 du 18 janvier 1991 et son arrêté d'application du 06 février 1991, notamment en ce qui concerne les vaccinations, doivent être respectés.

ARTICLE 15

/En cas de maladie ou d'événement grave, l'étudiant ou sa famille est tenu d'avertir aussitôt l'Institut du motif et de la durée approximative de l'absence. Il doit fournir dans les 48 heures un certificat médical indiquant la durée de l'absence. En cas de prolongation, le certificat doit être renouvelé par le médecin traitant, la veille de l'échéance.

/Toute absence injustifiée est passible de sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion avec inscription au dossier.

/Pendant la durée totale de la formation, une franchise maximale de trente jours peut être octroyée aux étudiants pour raison de santé, sans obligation de récupération des enseignements théoriques et cliniques. Tout congé de maladie ou congé pour enfant malade doit être justifié par un certificat médical. Au-delà de cette franchise, l'ensemble des enseignements théoriques et cliniques doit être récupéré selon les modalités suivantes :

/ Absences justifiées pour maladie au-delà de 30 jours :

- ponctuelle : récupération
- cas exceptionnel : étudié au cas par cas.

Lorsque au cours des trois ans de scolarité, les absences justifiées d'un étudiant aux travaux pratiques ou aux cours, excèdent un mois, le candidat ne peut être autorisé à se présenter aux épreuves du diplôme d'Etat de manipulateur d'Electroradiologie que sur avis favorable du Conseil Pédagogique.

/Absences tolérées, autres que maladie :

Elles sont soumises à l'appréciation du Directeur.

L'étudiant doit apporter le justificatif à l'enseignant responsable de son année. Celui-ci remplira, le cas échéant, l'autorisation d'absence qui sera présentée par l'étudiant au responsable de stage.

/ Absences injustifiées :

Récupérations du temps d'absence aux dates fixées par l'Institut.

ARTICLE 16

Les étudiants doivent se soumettre à toutes les règles d'organisation intérieure de l'Institut et observer exactement les instructions du Directeur et des cadres formateurs.

/Règles à observer pendant le déroulement d'épreuves écrites (contrôle continu ou examen de passage) :

1 - organisation générale :

L'appel et la mise en place des candidats sont déterminés par le ou les surveillants. Tout document, notes, sacoche etc... doit être déposé à l'entrée de la salle. Sur les tables ne doivent figurer que les fournitures de bureau nécessaires.

2 - dispositions particulières :

- retards :

Tout candidat se présentant après le début de l'épreuve est autorisé à composer dans la limite du temps réglementaire. Ce retard ne peut excéder un quart d'heure.

- déplacements :

Les candidats ne sont autorisés à sortir qu'après avoir remis leur feuille de composition, toutefois, en cas de force majeure, un surveillant accompagnera le candidat autorisé à sortir.

- flagrant délit de fraude ou tentative de fraude aux examens : le surveillant responsable de la salle prend toutes mesures pour faire cesser la fraude ou la tentative sans interrompre la participation à l'épreuve du ou des candidats. Il saisit les pièces ou matériels permettant d'établir ultérieurement la réalité des faits. Il dresse un procès verbal contresigné par les autres surveillants ou par le ou les auteurs de la fraude ou de la tentative de fraude.

- Présence d'un signe distinctif :

Tout signe, constaté lors de la remise des copies et susceptible d'empêcher l'anonymat du candidat est passible de sanction.

- Remise tardive des copies :

Les surveillants sont tenus de les recevoir ; mais après mention au procès-verbal, le jury pourra apprécier les conséquences à tirer du comportement d'un candidat qui, malgré des injonctions répétées, a remis sa copie après l'annonce de la fin de l'épreuve.

3 - sanctions en cas de fraude :

- contrôle continu :

Il est appliqué la note zéro à l'épreuve concernée. Le candidat est susceptible d'être traduit en Conseil de Discipline.

- examen de passage :

Le candidat est traduit en Conseil de Discipline.

- Dans l'attente de la décision disciplinaire, la copie de l'étudiant mis en cause doit être traitée dans les mêmes conditions que les autres candidats. En aucun cas ses résultats doivent être publiés.

ARTICLE 17.

Les étudiants ne doivent pas pénétrer avec leur voiture dans l'enceinte du Centre de Formation. Ils doivent utiliser le parking situé à l'extérieur.

Il est interdit de fumer dans les locaux de l'Institut et du Centre de Formation.

Les téléphones portables doivent être mis en veille durant les cours et les stages.

ARTICLE 18

Le Directeur est assisté d'un Conseil de Discipline. Il est constitué au début de chaque année scolaire lors de la première réunion du Conseil Pédagogique.

Le Conseil de Discipline émet un avis sur les fautes disciplinaires, ainsi que sur les actes des étudiants incompatibles avec la sécurité du malade et mettant en cause leur responsabilité personnelle.

/ Le Conseil de Discipline peut proposer les sanctions suivantes :

- avertissement
- blâme
- exclusion temporaire de l'Institut
- exclusion définitive de l'Institut

/ La sanction est prononcée de façon dûment motivée par le Directeur. Elle est notifiée à l'étudiant. L'avertissement peut être prononcé par le Directeur sans consultation du Conseil de Discipline.

En cas d'urgence, le Directeur peut exclure l'étudiant en attendant sa comparution devant le conseil de discipline.

ARTICLE 19

Les textes réglementaires relatifs au Conseil Pédagogique et au Conseil de Discipline de l'Institut sont mis à la disposition des étudiants.

ARTICLE 20

Un exemplaire du présent règlement est remis à chaque étudiant lors de son admission à l'Institut de Formation de Manipulateurs d'électroradiologie Médicale.

Mention de cette remise est faite au dossier de l'intéressé revêtue de la signature de l'étudiant.

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e),

NOM : .....

Prénom : .....

certifie avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur de l'Institut de Formation de Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale ce jour.

Montpellier, le .....

Signature,

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DU C.H.R.U. DE MONTPELLIER
FORMATION INFIRMIERE

REGLEMENT INTERIEUR

Référence à l'Annexe IV de l'Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Préambule

Champ d'application

Les dispositions du présent règlement intérieur ont vocation à s'appliquer :

- à l'ensemble des usagers de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), personnels et étudiants ;
- à toute personne présente, à quelque titre que ce soit, au sein de l'IFSI (intervenants extérieurs, prestataires de service, invités…).

Statut du règlement intérieur

Aucune disposition du règlement intérieur ne peut être contraire à la réglementation en vigueur concernant les conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux ainsi que les modalités études et de validation de la formation conduisant à l'obtention du diplôme d'Etat.

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant lors de son admission dans l'institut de formation.

TITRE Ier

DISPOSITIONS COMMUNES

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

Comportement général

Le comportement des personnes (notamment acte, attitude, propos ou tenue) ne doit pas être de nature :

- à porter atteinte au bon fonctionnement de l'IFSI ;
- à créer une perturbation dans le déroulement des activités d'enseignement ;
- à porter atteinte à la santé, l'hygiène et la sécurité des personnes et des biens.

D'une manière générale, le comportement des personnes doit être conforme aux règles communément admises en matière de respect d'autrui et de civilité ainsi qu'aux lois et règlements en vigueur.

Contrefaçon

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite.

Le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire, indépendamment de la mise en œuvre de poursuites pénales.

CHAPITRE II

Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Interdiction de fumer

Conformément aux dispositions du code de la santé publique et de la note de service de la Direction Générale du C.H.R.U. du 23 janvier 2007 validée par le Comité de Prévention du Tabagisme de l'établissement, il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux à usage individuel ou collectif de l'établissement, y compris dans les lieux non couverts (cours, patios, balcons...) situés à l'intérieur des bâtiments de l'Institut des Formations et des Ecoles (IFE) ainsi qu'à proximité immédiate de ces bâtiments. Tout contrevenant s'expose à des sanctions.

Respect des consignes de sécurité

Quel que soit le lieu où elle se trouve au sein de l'IFE, toute personne doit impérativement prendre connaissance et respecter :

- les consignes générales de sécurité, et notamment les consignes d'évacuation en cas d'incendie ;
- les consignes particulières de sécurité, et notamment celles relatives à la détention ou la manipulation des produits dangereux au sein des salles de travaux pratiques.

Il convient, le cas échéant, de se reporter aux documents affichés ou distribués au sein de l'IFE.

CHAPITRE III

Dispositions concernant les locaux

Maintien de l'ordre dans les locaux

Le Directeur de l'IFSI est responsable de l'ordre et de la sécurité dans les enceintes et locaux affectés à titre principal à l'établissement dont il a la charge.

Le Directeur est compétent pour prendre à titre temporaire toute mesure utile afin d'assurer le maintien de l'ordre : interdiction d'accès, suspension des enseignements...

Utilisation des locaux

Ils peuvent accueillir des réunions ou des manifestations, dans les conditions fixées à l'article 41 de l'arrêté du 21 avril 2007.

TITRE II

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ETUDIANTS

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

Libertés et obligations des étudiants

Les étudiants disposent de la liberté d'information et d'expression. Ils exercent cette liberté à titre individuel et collectif, dans des conditions qui ne portent pas atteinte aux activités d'enseignement et dans le respect du présent règlement intérieur.

Les signes et les tenues qui manifestent ostensiblement l'appartenance à une religion sont interdits dans tous les lieux affectés à l'IFE ainsi qu'au cours de toutes les activités placées sous la responsabilité de l'IFSI ou des enseignants, y compris celles qui se déroulent en dehors de l'enceinte dudit établissement.

Les appels téléphoniques et les visites personnelles sont interdites dans l'enceinte de l'IFE. Une cabine téléphonique est mise à disposition des étudiants dans le hall d'entrée de l'IFE.

L'usage du téléphone portable est proscrit lors des enseignements.

Il est conseillé de ne laisser ni argent, ni bijoux dans les salles de cours. En cas de disparition, le C.H.R.U. ne pourra être tenu responsable.

CHAPITRE II

Droits des étudiants

Représentation

Les étudiants sont représentés au sein du conseil pédagogique et du conseil de discipline, conformément aux textes en vigueur.

Les représentants sont élus au début de chaque année scolaire. Tout étudiant est éligible.

Tout étudiant a droit de demander des informations à ses représentants.

Liberté d'association

Le droit d'association est garanti par la loi du 1er juillet 1901. La domiciliation d'une association au sein de l'IFSI est soumise à une autorisation préalable.

Tracts et affichages

Dans le respect de la liberté d'information et d'expression à l'égard des problèmes politiques, économiques, sociaux et culturels, la distribution de tracts ou de tout document par les étudiants est autorisée au sein de l'IFE, mais sous conditions.

La distribution de tracts ou de tout document (notamment à caractère commercial) par une personne extérieure à l'IFE est interdite, sauf autorisation expresse par le Directeur de l'IFE.

Affichages et distributions doivent :

- ne pas être susceptibles d'entraîner des troubles au sein de l'IFE ;
- ne pas porter atteinte au fonctionnement de l'IFE ;
- ne pas porter atteinte au respect des personnes et à l'image de l'IFSI ;
- être respectueux de l'environnement.

Toute personne ou groupement de personnes est responsable du contenu des documents qu'elle ou qu'il distribue, diffuse ou affiche. Tout document doit mentionner la désignation précise de son auteur sans confusion possible avec l'établissement.

Liberté de réunion

Les étudiants ont la possibilité de se réunir conformément aux dispositions de l'article 40 de l'arrêté du 21 avril 2007.

Il ne doit exister aucune confusion possible entre l'IFSI et/ou l'IFE et les organisateurs des réunions ou manifestations, qui restent responsables du contenu des interventions.

Droit à l'information

Tout doit concourir à informer les étudiants aussi bien sur les missions de l'IFSI que sur son fonctionnement dans des délais leur permettant de s'organiser à l'avance : planification des enseignements, calendrier des épreuves de contrôle continu des connaissances, dates des congés scolaires,...

Les textes réglementaires relatifs à la formation, au Diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession sont mis à la disposition des étudiants par le Directeur de l'IFSI.

CHAPITRE III

Obligations des étudiants

Ponctualité

La ponctualité est indispensable. Elle est définie par référence aux horaires des enseignements.

Elle concerne tous les enseignements : théoriques en institut et cliniques en stage. Chaque intervenant peut refuser un étudiant se présentant en retard à la séance d'enseignement. Dans le cas d'un travail dirigé, ce retard refusé est consigné sur la feuille d'émargement par le responsable de l'activité. Toutefois si l'étudiant est en retard pour un motif **imputable** aux transports en commun, il est admis en cours (évènements publiquement connus : grèves, arrêt du trafic...).

Tenue vestimentaire

Les tenues vestimentaires doivent être conformes aux règles de santé, d'hygiène et de sécurité et être adaptées aux activités d'enseignement, notamment aux travaux pratiques.

Pour des raisons d'hygiène, **les tenues professionnelles réservées exclusivement aux stages** sont mises à disposition et entretenues par le C.H.R.U. en contrepartie d'une participation financière annuelle.

Ces tenues devront être restituées en fin de formation ou lors d'un arrêt de formation.

Les chaussures doivent être fermées, silencieuses, bien tenir aux pieds, et réservées aux stages.

En stage: les cheveux doivent être propres et disciplinés, les ongles courts et sans vernis, le port de bijoux est interdit.

L'accès aux self-services du C.H.R.U. est interdit en tenue de travail.

Maladie ou événement grave

En cas de maladie ou d'événement grave, l'étudiant est tenu d'avertir le jour même le Directeur de l'IFSI du motif et de la durée approximative de l'absence. Il est également tenu d'informer le responsable du stage, s'il y a lieu.

En cas de congé maladie, un certificat médical doit être fourni dans les quarante-huit heures suivant l'arrêt **(c'est à dire 48 heures à compter du 1er jour d'arrêt, cachet de la poste faisant foi ou dépôt en main propre à la secrétaire de la vie étudiante)**. Dans le cas du non-respect de ce délai, l'absence ne sera pas décomptée de la franchise et considérée comme non autorisée.

Pour toute autre absence déductible de la franchise un justificatif est à fournir dans les mêmes délais.

Présentéisme

Les enseignements relatifs à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier comprennent :

- des périodes en IFSI : cours magistraux, travaux dirigés et travaux pratiques ;
- des périodes d'enseignement clinique : stages.

La présence des étudiants est obligatoire seulement aux travaux dirigés, aux travaux pratiques et aux stages.

Les étudiants bénéficient, au maximum, pour les absences justifiées, d'une période d'absence totale autorisée, dénommée **franchise,** applicable aux travaux dirigés, aux travaux pratiques et aux stages dont le nombre est fixé à trente jours (soit 210 heures) pour la durée de la formation.

La liste des motifs d'absence donnant lieu à l'application de la franchise est notifiée en fin du présent règlement.

Lorsque la franchise est épuisée aux 2/3 (20 jours ou 140 heures), l'étudiant a la possibilité à la fin de chaque année scolaire de rattraper une ou deux semaines de stage en complément d'un stage d'été. Pour cela il devra en faire la demande écrite au Directeur avant le 31 mai de chaque année, sous réserve de possibilité d'accueil en stage.

Pour toute autre absence hors franchise, l'étudiant est tenu de renseigner la fiche individuelle de gestion d'absence conservée au "secrétariat de la vie étudiante" (horaires: 7H45 à 12H et 14H à 16H) dans la mesure du possible avant l'absence et à défaut dans les 48 heures qui suivent.

En cas de dépassement de la franchise, après épuisement des possibilités de récupération, la situation de l'étudiant est soumise au conseil pédagogique en vue d'examiner les conditions de poursuite de sa formation.

En cas de cumul d'absences non autorisées, la situation de l'étudiant sera soumise à l'avis du conseil pédagogique et le cas échéant présentée en conseil de discipline.

Stages

Les étudiants doivent, pendant les stages, observer les instructions des responsables des structures d'accueil. Ils sont tenus aux mêmes obligations que le personnel de la structure d'accueil, notamment au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

Autres obligations

Les règles à observer pendant le déroulement des évaluations théoriques sont précisées dans chaque sujet. Toute fraude entraîne une sanction et annule la copie concernée.

Chaque étudiant doit compiler au fur et à mesure de la formation le double des éléments de son dossier d'évaluation continue.

Toute démarche de mutation vers un autre institut doit faire d'objet d'un rendez-vous préalable avec le Directeur de l'IFSI.

Les étudiants s'engagent à fournir les documents demandés par l'IFSI dans les délais fixés, aucune réclamation ne sera effectuée par l'IFSI et l'étudiant concerné devra supporter les conséquences du retard qui lui est imputable.

Les fiches d'appréciations de stage devront être restituées dès le retour de stage. En cas de retard, le paiement des indemnités de stage et/ou de déplacements à cet étudiant sera reporté à une échéance ultérieure. L'absence de la fiche d'évaluation de stage dans le dossier de cet étudiant ne permettra pas la validation de l'année en question ou ne permettra pas la présentation de l'étudiant aux épreuves du Diplôme d'Etat.

TITRE III

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX PERSONNELS

Droits et obligations des personnels

Les droits et obligations des personnels font l'objet de dispositions légales et réglementaires générales ou particulières auxquelles il convient de se reporter (statut général, statuts particuliers, code du travail,...).

Liste des absences prises sur la franchise :

En référence à l'annexe1 de l'arrêté du 21 avril 2007 relatifs aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, les motifs d'absence donnant lieu à l'application de la franchise sur présentation de pièces justificatives sont les suivants :

- Maladie ou accident,
- Décès d'un parent au premier degré (3 jours) ou au deuxième degré (1 jour),
- Mariage ou PACS (5 jours),
- Naissance d'un enfant (3 jours),
- Fêtes religieuses (dates publiées au Bulletin officiel de l'éducation nationale),
- Journée d'appel de préparation à la défense,
- Participation à des manifestations en lien avec le statut d'étudiant et la filière de formation.

Montpellier le
Le Directeur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers

Je soussigné(e)

M.....

Certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier et de la convention de stage type.

Fait à Montpellier, le

Signature

Je soussigné(e)

M.....

Certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.

Fait à Montpellier, le

Signature

REGLEMENT INTERIEUR

ECOLE DE PUERICULTRICES

TITRE I → ADMINISTRATION GENERALE - ADMISSION DES ETUDIANTS (ES)

ARTICLE 1

L'Ecole de Puéricultrices de MONTPELLIER dispense la formation théorique et pratique en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Puéricultrice.

Elle est administrée par le **Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.**

Elle est dirigée par **Mademoiselle Martine CHRISTOL, Directrice.**

ARTICLE 2

La durée des études est fixée à douze mois, soit 1 500 heures de formation.

ARTICLE 3

La rentrée scolaire a lieu chaque année dans la première semaine du mois de janvier. Les étudiants (es) ont droit à un congé annuel de quarante jours ouvrés dont 20 jours consécutifs.

ARTICLE 4

Avant la fin du premier trimestre, les étudiants (es) désignent par vote deux d'entre eux (elles) pour les représenter auprès de la Directrice, du Conseil Technique et du Conseil de Discipline.

ARTICLE 5

Conformément à l'Arrêté du 21.01.1993 (modifiant l'arrêté du 12.12.1990), relatif au Diplôme d'Etat de Puéricultrice, il est institué pendant la période de scolarité, une évaluation des connaissances et des capacités professionnelles.

Le Diplôme d'Etat de Puéricultrice est délivré sur proposition de la Commission de Contrôle, par le Préfet de Région.

ARTICLE 6

Le montant du droit annuel d'inscription dans les écoles paramédicales est fixé chaque année, par Arrêté Ministériel.

TITRE II → ENSEIGNEMENT - STAGES - SURVEILLANCE MEDICALE

ARTICLE 7

L'enseignement dispensé à l'école est conforme au programme fixé par Arrêté Ministériel : la répartition des matières est établie par la Directrice après accord du Conseil Technique.

ARTICLE 8

L'enseignement comporte des cours théoriques, des travaux dirigés, des travaux pratiques et des stages.

L'assiduité à toutes les activités est obligatoire. Durant son stage, le ou la stagiaire est soumis(e) à la discipline de l'établissement, notamment en ce qui concerne le règlement Intérieur.

Les étudiants (es) ont envers les malades les mêmes devoirs que le personnel de l'établissement où s'effectue le stage.

Les étudiants (es) véhiculent l'image de l'école et de la profession. A ce titre, leurs tenues vestimentaires et leurs comportements doivent être compatibles avec les principes de neutralité, de laïcité et de décence en référence à la déontologie professionnelle, conformément au règlement intérieur du C.H.R.U. de Montpellier.

ARTICLE 9

La Directrice est chargée de l'organisation générale de l'école : elle désigne périodiquement aux étudiants (es) les services auxquels ils (elles) sont affectés(es) en stage.

Pendant les stages, le port de la tenue professionnelle réglementaire est obligatoire.

Pour des raisons d'hygiène, les tenues de stage sont mises à disposition et entretenues par le C.H.R.U., en contrepartie d'une participation financière annuelle. Ces tenues devront être restituées en fin de formation. Tous les étudiants (es), quel que soit leur statut (promotion professionnelle, congé de formation....) sont soumis à ces règles.

ARTICLE 10

Il est tenu un livret scolaire et un dossier pour chaque étudiant (e).

ARTICLE 11

Les étudiants(es) puériculteurs(trices) bénéficient des dispositions du régime des assurances sociales des étudiants.

Les étudiants(es) âgés(es) de plus de 28 ans ou ressortissants d'Etats Etrangers n'ayant pas passé de convention diplomatique avec la France, ne disposant d'aucune protection sociale, doivent souscrire une assurance personnelle.

Avant l'entrée à l'école, les étudiants (es) doivent :

- Apporter la preuve qu'ils sont à jour des vaccinations prévues par les articles L10 et L215 du Code de la Santé Publique.

  Compte tenu de la spécificité des risques liés à la population d'enfants, les vaccinations contre la rubéole, la coqueluche et la varicelle, sont recommandées.

- Produire un certificat médical émanant d'un médecin agréé, attestant que l'intéressé(e) présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession,

- Fournir une radiographie des poumons datant de moins d'un an,

Pendant leur scolarité les étudiants (es) sont soumis à une visite médicale.

Le médecin attaché à l'école vérifie le dossier médical exigé pour l'admission et s'assure que l'état de santé est compatible avec les études.

Ils sont tenus de respecter les dispositions de la Loi n° 91-73 du 18.01.1991 et de son arrêté d'application du 06.02.1991 notamment en ce qui concerne le suivi des vaccinations.

ARTICLE 12

Le régime de l'école est l'externat.

ARTICLE 13

En cas de maladie ou d'événement grave, l'étudiant (e) ou sa famille est tenu(e) d'avertir aussitôt la Directrice de l'école du motif et de la durée approximative de l'absence.
Un certificat médical devra être fourni sous 48 h, indiquant la durée du congé. En cas de prolongement de la maladie, le certificat doit être renouvelé par le médecin traitant la veille de la date prévue pour la reprise du travail.

Au cours de l'année scolaire et pour des raisons dûment justifiées, les étudiants (es) peuvent s'absenter vingt jours dont cinq jours non récupérables. Toute absence en cours de formation doit être justifiée et récupérée en cours de scolarité selon les modalités établies par la Directrice. Un(e) étudiant (e) qui cumulerait des absences répétées verrait sa situation examinée au Conseil de Discipline.

Tout stage dont la durée serait inférieure aux 2/3 du temps de formation, ne pourrait pas faire l'objet d'une validation.

Le Diplôme d'Etat de Puéricultrice sera délivré aux étudiants (es) qui auront validé l'ensemble de leurs capacités et accompli l'intégralité de leur scolarité.

ARTICLE 14

Les étudiants (es) doivent se soumettre à toutes les règles d'organisation intérieure de l'école et se conformer aux instructions qui leur sont données.

Les étudiants (es) doivent prendre soin du matériel qui leur est confié.

Tout étudiant (e) qui manquerait à ses obligations concernant la tenue, le travail ou la discipline, pourra être traduit devant le Conseil de Discipline de l'école.

ARTICLE 15

Le Conseil de Discipline est mis en place selon les modalités de nomination et de fonctionnement prévues par les articles 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 et 52 de l'Arrêté du 12.12.1990 relatif au Diplôme d'Etat.

ARTICLE 16

Il est interdit de fumer dans les locaux de l'école de l'Institut des Formations et des Ecoles et sur les lieux de stage.

ARTICLE 17

Les étudiants (es) sont couverts au titre de la responsabilité Civile par une garantie spécifique souscrite par l'établissement.

ARTICLE 18

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant (e) lors de son admission à l'école. Mention de cette remise est faite au dossier de l'intéressé(e) revêtue de la signature de l'étudiant (e).

♦ ♦ ♦

ECOLE de SAGES-FEMMES
INSTITUT de FORMATION et des ECOLES
du CHRU de MONTPELLIER
1146, Avenue du Père Soulas
34295 MONTPELLIERCEDEX05

REGLEMENT INTERIEUR
DE L'ECOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER

VALIDE PAR LE CONSEIL TECHNIQUE DU 16 SEPTEMBRE 2008.

TITRE Ier

FONCTIONNEMENT GENERAL

ARTICLE 1:

L'école de Sages-Femmes du CHRU de Montpellier dispense les enseignements théorique, clinique et pratique en vue du Diplôme d'Etat de Sage-Femme. Ce diplôme universitaire est délivré par l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine de l'Université de Montpellier1.

ARTICLE 2:

L'école est administrée par le CHRU de Montpellier.
La Direction de l'école est assurée par Madame LECOINTE-JOLLY, Sage-Femme Directrice, et par Monsieur le Professeur HEDON, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Gynécologie-Obstétrique, Directeur Technique et d'Enseignement.

ARTICLE 3:

Après classement en rang utile Sage-Femme-Montpellier à l'issue du concours de la première année du premier cycle des études de médicales, la durée de la formation est fixée à **quatre années, organisées en 2 phases de 2 ans**.
La rentrée universitaire a lieu chaque année courant septembre.

ARTICLE 4:

Au cours du premier trimestre, chaque promotion procède à la **désignation d'un délégué** chargé de représenter les étudiants auprès de la Direction de l'école, du Conseil Technique et du Conseil de discipline.
Le représentant titulaire ainsi que son suppléant sont élus par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour, à la majorité simple au second tour.
Le suppléant remplace le titulaire empêché ponctuellement ou définitivement.

ARTICLE 5:

Conformément à l'arrêté du 15 juillet 1986 relatif à l'agrément et au fonctionnement des écoles de Sages-Femmes, il est institué dans chaque école **un Conseil Technique composé comme suit:**

- Le Médecin Inspecteur Régional de la Santé ou son représentant, Président,
- Le Directeur de l'UFR de Médecine ou son représentant, Vice-Président,
- Le Directeur de l'établissement gestionnaire ou son représentant,
- Le Médecin Directeur Technique et d' Enseignement,
- La Sage-Femme Directrice,
- Deux représentants des enseignants de l'école.
- Les Sages-Femmes Cadres Enseignantes
- Un étudiant par année d'études désigné dans les conditions prévues à l'article 4 ci-dessus.
- Des personnalités qualifiées ou tout autre membre du personnel de l'école avec voix consultative selon les questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Conseil Technique se réunit au moins une fois par an de façon ordinaire, sur convocation de son Président qui arrête l'ordre du jour. Il est réuni de façon extraordinaire, soit à l'initiative du Président, soit dans le mois qui suit une demande du Vice-Président, du Médecin Directeur Technique et d'Enseignement de l'école, de la Sage-Femme Directrice ou de la majorité de ses membres sur un ordre du jour déterminé dans la lettre de saisine adressée au Président.
Le secrétariat est assuré par l'école.

ARTICLE 6:

Conformément à l'**Arrêté du 11 Décembre 2001** relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des étudiants de sages-femmes et à l'organisation des examens,

Article 3-Section I : « l'admission de l'étudiant en 2ème année de chaque phase est subordonnée aux résultats de l'évaluation continue de l'année écoulée. »

« Nul ne peut être admis en 2ème phase s'il n'a pas validé les unités d'enseignement de la 1ère phase dans les conditions fixées à l'article 11-2 de l'arrêté du 11 décembre 2001 ainsi que les stages afférents à cette phase. »

ARTICLE 7:

L'**exclusion d'un étudiant** pour inaptitudes théoriques ou pratiques aux études de Sages-Femmes est prononcée par le Directeur Technique et d'Enseignement sur avis conforme du Conseil Technique émis à la majorité absolue des membres le composant. Celui-ci reçoit communication du dossier de l'étudiant et d'un rapport motivé établi et signé conjointement par la Directrice et le Directeur Technique et d'Enseignement.

L'étudiant est informé du droit d'accès à son dossier et au rapport motivé, cet accès se fait sur simple demande adressée à l'école.

Il doit être convoqué dans un délai de quinze jours précédant la réunion du Conseil Technique en vue d'y être entendu.

Un avis favorable à l'exclusion d'un élève ne peut être pris qu'à la majorité absolue des membres composants le Conseil Technique.

La décision d'exclusion est notifiée à l'intéressé, aux Ecoles de Sages-Femmes, à l'UFR de Médecine et à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales qui reçoit copie du procès-verbal de la réunion du Conseil Technique accompagnée du rapport motivé.

ARTICLE 8:

Les **mutations** ne peuvent être accordées que pour un **motif exceptionnel**.

Une demande de mutation ne peut être examinée qu'à la **fin de la première phase des études de Sages-Femmes et dans la limite des places disponibles.**

Elle doit être motivée et adressée dans les mêmes formes aux Directrices des deux écoles concernées.

Elle est subordonnée à l'accord de chacune des deux Directrices.

ARTICLE 9:

Toute demande de **suspension** d'études doit être adressée à la Directrice par courrier recommandé avec accusé de réception. Elle est soumise au **Conseil Technique**.

La demande de **réintégration** obéit aux mêmes formes et doit être présentée par courrier recommandé avec accusé de réception, trois mois au moins avant le début de l'année universitaire.

Toutefois l'avis du Conseil de Perfectionnement des Ecoles de Sages-Femmes sera requis pour toute demande de réintégration suite à une interruption d'études dépassant cinq années.

ARTICLE 10:

Les étudiants de chaque promotion doivent acquitter, le jour de la rentrée universitaire:

- des **frais annuels de scolarité** à l'école, et à l'UFR de Médecine de l'UM1, ainsi qu'un droit de bibliothèque à l'université dont relève l'école. Ces droits sont fixés par arrêté conjoint du Ministre chargé des Universités et du Ministre chargé de la Santé.
- des **frais pour mise à disposition et entretien des tenues** par le Centre Hospitalier Universitaire.
- Pour les étudiants de première phase, des **frais de cotisation au régime de Sécurité Sociale** applicable aux étudiants.

TITRE II

ORGANISATION DES ETUDES DE SAGE-FEMME

ARTICLE 11:

L'enseignement donné à l'Ecole est conforme au programme fixé par arrêté interministériel.

ARTICLE 12:

Les études de Sages-Femmes sont organisées en **deux phases**. Chacune de ces phases se déroule sur deux années.

Nul ne peut être autorisé à effectuer une phase en plus de trois ans sauf dérogation accordée par la sage-femme directrice de l'école et le Directeur Technique et d'Enseignement après avis du Conseil Technique.

ARTICLE 13:

L'enseignement comprend des unités d'enseignement théoriques et cliniques et des stages. Les unités d'enseignement théorique sont réparties en 2 groupes tels que définis aux articles 11 et 12 de l'arrêté du 11 décembre 2001.

Tout au long de la formation, les aptitudes et acquisitions des connaissances des étudiants sont évaluées par un **contrôle continu portant sur chaque unité d'enseignement théorique et clinique.**

De plus, un **examen** prenant en compte les résultats du contrôle continu est organisé **à la fin de chaque phase d'étude.**

ARTICLE 14:

L'enseignement est dispensé par des enseignants de l'UFR de Médecine à laquelle se trouve rattachée l'école, par des sages-femmes, des praticiens hospitaliers, des médecins ou par toute autre personne compétente dans la discipline enseignée.

ARTICLE 15:

Au cours de leurs études, les étudiants reçoivent une **formation clinique minimale conformément au programme fixé par arrêté interministériel**. Cette formation clinique fait l'objet pour chaque étudiant d'un **relevé récapitulatif à l'issue de la formation.**

Les étudiants de première et deuxième phase pratiquent les accouchements ainsi que les différentes techniques de surveillance de la grossesse, du déroulement de l'accouchement et de la surveillance du post-partum (mère-enfant) sous la direction des sages-femmes cadres enseignantes et des sages-femmes exerçant soit à titre libéral, soit dans les établissements publics et privés de santé participants ou non au service public hospitalier.

ARTICLE 16:

En période de stage, **l'activité hebdomadaire moyenne des étudiants est de 40 heures par semaine pour les stages en Salle de Naissances** (⇔ 10 présences de 12h) **et de 35 heures dans les autres terrains de stage** (⇔ 9 présences de 12h ou présence du lundi au vendredi avec un repos hebdomadaire de 48 heures consécutives). Pour les stages hors Salle de Naissances, le dernier vendredi du stage est libéré pour travail personnel de l'étudiant.

Les étudiants assurent des présences obligatoires en stage de jour et/ou de nuit, y compris les dimanches et les jours fériés en Salle de Naissances.

Lorsque le rythme de présence en stage de l'étudiant est de 2 jours et/ou nuits de **12 heures** suivis de 2 jours de repos compensateur pour un total de 9 présences. **La libération du dernier vendredi de stage pour travail personnel disparaît au bénéfice des repos compensateurs générés durant la période de stage.**

Les étudiants bénéficient de repas gratuits lorsque la durée de cette présence est supérieure à 8h lors des stages de salle de naissances sur le CHRU.

Les jours fériés ne sont pas travaillés, ils ne sont pas récupérés s'ils coïncident avec un repos hebdomadaire. S'ils sont travaillés, ils sont récupérés durant la période de stage. Ils ne peuvent donner lieu à cumul récupérable.

ARTICLE 16 bis:

Les étudiantes sages-femmes enceintes effectuent exclusivement des présences en stage en horaire de jour.

Elles doivent cesser toutes activités conformément aux prescriptions édictées en matière de législation du travail.

Elles bénéficient des nouvelles dispositions de l'article L 1225-17 du code du travail, qui autorise sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse et à condition qu'elles en fassent la demande écrite d'une réduction à 3 semaines du congé de maternité prénatal. Cette réduction peut donner lieu à un report qui vient s'ajouter au congé postnatal.

Durant la période de 3 semaines incompressibles du congé prénatal, il ne sera plus possible d'accueillir l'étudiante en stage ou en cours, sous peine d'engager la responsabilité de l'établissement.

En cas d'absence hors période du congé légal de maternité, les étudiantes doivent compenser leur absence conformément aux dispositions du présent règlement intérieur.

ARTICLE 17:

La Sage-Femme Directrice fait connaître en début d'année par voie d'affichage le calendrier prévisionnel des périodes d'enseignement et de stage dont les modalités précises sont communiquées en temps utile au fur et à mesure du déroulement de l'année universitaire.

ARTICLE 18:

Au cours de la formation, les aptitudes et les acquisitions de connaissances des étudiants sont évalués par un contrôle continu portant sur chaque unité d'enseignement théorique et clinique.

Un examen prenant en compte les résultats du contrôle continu est organisé à la fin de chaque phase des études.

Les **examens de fin de phase font l'objet de deux sessions annuelles, organisées sous le contrôle de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine à laquelle est rattachée l'école de Sage-Femme.**

ARTICLE 19:

Les étudiants qui échouent à la première session d'examen sont autorisés à se présenter à la **deuxième session** dans les conditions fixées par l'arrêté du 11 décembre 2001.

Les étudiants qui n'ont pas validé une année sont autorisés à redoubler dans les limites prévues à l'article 7 de cet arrêté.

Dans ce cas, **ils ne conservent pas le bénéfice des unités d'enseignement éventuellement acquises au titre de l'année effectuée une première fois.**

ARTICLE 20:

Aucun étudiant ne peut être admis en deuxième phase s'il n'a pas validé les unités d'enseignement des deux phases ainsi que tous les stages afférents à cette phase.

Le Diplôme d'Etat est délivré à l'issue de la formation de Sage-Femme aux étudiants qui ont validé les unités d'enseignement des deux phases, les stages et le mémoire.

ARTICLE 20 bis:

L'annexe relative à l'enseignement clinique de l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme précise que **l'organisation des stages impose à l'étudiant de première phase d'études d'effectuer un minimum de 3 semaines de stage hors CHRU de rattachement**, dans les secteurs de suites de couches, néonatalogie, unité mère-enfant, salle de naissances. **Cette durée minimum passe à 6 semaines pour les étudiants de deuxième phase** pour les mêmes terrains de stage, en conséquence, l'hébergement gratuit sur les divers terrains de stage n'étant pas systématique, l'étudiant aura à sa charge des frais de déplacements et d'hébergement.

ARTICLE 21:

Chaque stage s'établit en fonction des possibilités locales en prenant en compte l'évolution de la politique de santé périnatale nationale et régionale.
Il fait l'objet d'un agrément par la direction de l'école et de l'établissement d'une convention tripartite entre l'école de sages-femmes, l'établissement d'accueil et l'étudiant.
Il s'effectue sous la responsabilité d'un cadre référent en charge de sa validation. Celle-ci donne lieu à une appréciation motivée communiquée à l'étudiant lors d'un entretien individuel, puis transcrite sur un document référencé adressé à l'école dès la fin du stage.

ARTICLE 22:

Au cours des deux phases d'études, tout stage non validé ou non effectué avant le début de l'année universitaire suivante entraîne le redoublement de l'année afférente, sauf dérogation motivée accordée par décision conjointe de la Sage-Femme Directrice de l'école et du Directeur Technique et d'Enseignement.

ARTICLE 23:

Les étudiants sages-femmes ne peuvent se présenter aux examens qu'après avoir accompli la totalité de leur scolarité ainsi que les stages organisés entre septembre et juin dans les conditions suivantes:

- Lorsque la durée de ces stages non validés est inférieure ou égale à 240 heures, les étudiants sont autorisés à se présenter à l'examen dès la session de juin. Toutefois leur réussite ne peut être prononcée par le jury qu'à la deuxième session après validation des heures de stage.
- Lorsque la durée des stages non validés est supérieure à 240 heures, et quelle qu'en soit la cause, les candidats ne sont pas autorisés à se présenter aux examens et doivent effectuer une nouvelle scolarité.

ARTICLE 24:

Les étudiants obtiennent par roulement les congés suivants:

- 6 semaines en période d'été,
- 5 semaines durant l'année universitaire.

Les modalités précises sont communiquées aux étudiants en début d'année scolaire en fonction du calendrier des jours fériés et des contraintes du découpage pédagogique.

ARTICLE 25:

En cas de maladie ou d'évènement grave, l'étudiant ou son entourage est tenu d'avertir, dans les délais les plus brefs, la Sage-Femme Directrice de l'école du motif et le cas échéant de la durée approximative de l'absence. **Un certificat médical indiquant la durée de l'absence ou une pièce justificative doit être fourni dans les 48 heures, le cachet de la poste faisant foi.**
En cas de prolongation de la maladie, le certificat médical doit être renouvellé par le médecin traitant à la date prévue pour la reprise initiale des études.
Toutes les absences en stage doivent être récupérées. En tout état de cause, un stage ne peut faire l'objet d'une validation dès lors que l'étudiant a été absent pendant plus du tiers de sa durée.
Par année d'études, dans la limite d'une durée maximale globale de 80 heures, l'étudiant peut demander à être dispensé de récupération.
Cette exonération ne pourra lui être accordée que si la demande est justifiée conformément aux dispositions prévues au premier alinéa.
Toute absence non connue dans les délais réglementaires sera considérée comme une absence non motivée.

ARTICLE 26:

Pour chaque étudiant, il est tenu un livret scolaire et un carnet de stages sur lesquels seront portés tous les contrôles réguliers de connaissances ainsi que les validations de stages avec toutes appréciations.

TITRE III

SURVEILLANCE MEDICALE DES ETUDIANTS

ARTICLE 27:

Les étudiants sages-femmes de 1ère et de 2ème année de la 1ère phase sont assujettis aux dispositions du régime de Sécurité Sociale applicable aux étudiants.
Les étudiants âgés de plus de vingt huit ans doivent contracter une assurance personnelle.
Les étudiants sages-femmes de 1ère et 2ème année de la 2ème phase sont assujettis aux dispositions du régime général de la sécurité sociale.

ARTICLE 28:

Dès l'entrée à l'école, **le médecin du travail s'assure que le dossier médical exigé de chaque étudiant, pour l'admission dans les écoles de Sages-Femmes est complet.** Au cours de leurs quatre années d'études, les étudiants sont soumis à un examen de santé annuel comprenant notamment un contrôle radiographique ou radio-photographique et une intradermo-réaction à 10 U.I. de tuberculine.
Ils sont tenus de respecter les dispositions de la loi n°91-73 du 18 janvier et l'arrêté d'application du 6 février 1991, ainsi que tous les arrêtés concernant le suivi des vaccinations. **Le maintien des étudiants en scolarité est subordonné aux résultats de ces visites médicales.**
Les examens médicaux sont consignés sur le carnet de santé confié à l'étudiant ou au service de santé dont relève l'école.

ARTICLE 29:

En cas d'**accident de trajet ou accident de travail, l'étudiant fait procéder au constat du dommage conformément à la réglementation en vigueur**. La déclaration administrative est effectuée selon les modalités fixées par l'établissement de rattachement de l'école, qui sont communiquées aux étudiants à la rentrée.

ARTICLE 30:

Lorsque les étudiants sages-femmes sont hospitalisés dans l'établissement dont dépend l' Ecole, le ticket modérateur afférent aux soins qui leur seront dispensés sera pris en charge par l'organisme gestionnaire.

TITRE IV

CONDUITE GENERALE ET DISCIPLINE

ARTICLE 31:

Les étudiants doivent se soumettre à toutes les règles d'organisation intérieure de l'Ecole et se conformer aux instructions qui leur sont données.
Il est interdit de fumer dans les locaux de l'Ecole, de l'Institut des Formations et des Ecoles et du CHU.
Ils doivent prendre soin du matériel qui leur est confié. Tout objet détérioré ou brisé sera remplacé aux frais de l'étudiant responsable. Il est vivement conseillé aux étudiants d'adhérer à une mutuelle pour se prémunir à l'égard de ce risque.

ARTICLE 32:

Les étudiants véhiculent l'image de l'école et de la profession. Leur tenue vestimentaire et leur comportement doivent être compatibles avec les principes de neutralité, de laïcité, et de décence, en référence à la déontologie professionnelle et conformément au règlement intérieur du CHU de Montpellier.

Lors des stages, les étudiants n'étant plus considérés comme bénéficiaires mais comme prestataires d'une obligation de service public, leurs devoirs sont strictement identiques à ceux des autres personnels soignants.

Pendant les stages, le port de la tenue professionnelle est obligatoire. Les chaussures doivent être silencieuses et réservées aux stages.

Par mesure d'hygiène, il est indispensable que la tenue soit nette, propre et correcte. Aucun vêtement de ville ne doit être gardé sous la blouse. Les cheveux doivent être propres et disciplinés, les ongles courts, sans vernis, le port de bijoux est interdit.

Tout étudiant qui manquerait à ses obligations concernant la tenue, le travail ou la discipline générale pourra être traduit devant le Conseil de Discipline de l'Ecole.

ARTICLE 33:

Les étudiants Sages-Femmes ont, en particulier, les mêmes devoirs envers les patients que tout personnel, notamment le **secret professionnel.**

Ils respectent les droits du patient hospitalisé et les règles d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou de la structure qui les accueille en stage.

ARTICLE 34:

Les étudiants doivent respecter une stricte ponctualité en ce qui concerne les différents enseignements qui leur sont dispensés.

Tout retard peut être assimilé à une absence à la discrétion de l'enseignant.

ARTICLE 35:

L'absence injustifiée en cours est sanctionnée soit:

- Par un contrôle continu sur le contenu du cours en question,
- Par un travail de recherche effectué au sein de l'école,
- Par des heures de stage.

Ces modalités seront laissées à l'appréciation de la Directrice.

ARTICLE 36:

Les téléphones mobiles doivent être éteints pendant le déroulement de toutes les activités pédagogiques auxquelles sont assujettis les étudiants.

Les appels téléphoniques et les visites personnelles sont interdites dans l'enceinte de l'Ecole.

Une cabine téléphonique est mise à disposition des étudiants dans le hall d'entrée de l'Institut des Formations et des Ecoles.

Il est conseillé de ne laisser ni argent, ni bijoux dans les salles de cours. En cas de disparition, le CHU ne pourra être tenu pour responsable.

ARTICLE 37:

Tout étudiant contrevenant à la discipline générale et en particulier aux règles établies par le présent règlement intérieur s'expose à une sanction disciplinaire.

ARTICLE 38:

Le Conseil de discipline de l'école comprend:

- le médecin Directeur Technique et d'Enseignement de l'école, Président,
- la Sage-Femme Directrice,
- un représentant de la collectivité gestionnaire,
- un représentant du Conseil Technique,
- un professeur enseignant à l'école,
- la Sage-Femme Cadre Formateur de la promotion de l'étudiant concerné,
- le représentant de la promotion de l'étudiant appelé à comparaître.

Le Conseil statue à la majorité des voix, l'étudiant en cause ayant été entendu, son droit d'accès à son dossier observé et plus généralement le principe des droits de la défense ayant été respecté.

ARTICLE 39:

En cas de manquement à la discipline générale, les étudiants peuvent encourir les sanctions suivantes:

- Avertissement,
- Blâme,
- Exclusion temporaire,
- Exclusion définitive.

Ces sanctions figurent au dossier de l'étudiant.

En cas de faute grave, **la Sage-Femme Directrice ou le médecin Directeur Technique et d'Enseignement** peut, par décision motivée, prononcer **l'exclusion temporaire** d'un étudiant en attendant sa comparution devant le Conseil de discipline qui devra se réunir dans le mois qui suit.

Toute exclusion définitive d'un étudiant Sage-Femme doit être communiquée aux autorités de tutelle dans les quinze jours, accompagnée du procès-verbal de la séance du Conseil de discipline.

TITRE *V*

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 40:

Le CHU de Montpellier souscrit auprès de la compagnie d'assurance de son choix, une police d'assurance de responsabilité civile. Les étudiants sont couverts par une garantie spécifique souscrite par l'établissement.

ARTICLE 41:

Les étudiants de chaque promotion doivent justifier à chaque rentrée universitaire:

1- d'une attestation d'assurance responsabilité civile personnelle couvrant les dommages corporels, matériels et immatériels causés au tiers valable pour l'année universitaire en cours.

2- d'une attestation d'extension professionnelle de leur assurance automobile personnelle (que ce soit en qualité de conducteur principal ou secondaire) s'ils utilisent leur véhicule ou celui qui leur est prêté pour leurs déplacements sur les terrains de stage.

ARTICLE 42:

Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant lors de son admission à l'école. **Mention de cette remise est faite au dossier de l'intéressé revêtue de sa signature.**

ARTICLE 43:

Toute modification du règlement intérieur doit être approuvée par le Conseil Technique.

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

Institut de Formation aux Métiers de la Santé

CENTRE DE FORMATION
PREPARATEURS EN PHARMACIE HOSPITALIERE

TEL. 04-67-33-88-11
Courriel : formation-prep-pharm-hosp@chu-montpellier.fr

DIRECTEUR : M. DOMINIQUE GROSSE
COORDONNATEUR PEDAGOGIQUE : M. RENE CHALOT

REGLEMENT INTERIEUR

Contexte législatif & réglementaire :

- Articles L. 4241-1 et L. 4241-5 du code de la santé publique
- Code du travail, articles L116-1 et suivants
- Arrêté du 26 avril 2001modifié relatif au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière
- Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formations aux gestes et soins d'urgence
- Arrêté du 2 août 2006 version consolidée du 01 avril 2010 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière et ses annexes
- Agrément du centre de formation 05 mai 2013
- Arrêté du 16 avril 2014 modifiant l'arrêté du 2 août 2006

Préambule

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à l'ensemble des usagers du CFPPH, personnels, étudiants ainsi qu'à toute personne présente, à quelque titre que ce soit, au sein de l'Etablissement.
Aucune disposition du règlement intérieur ne peut être contraire à la réglementation en vigueur concernant les conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux ainsi que les modalités études et de validation de la formation conduisant à l'obtention du diplôme national.
Un exemplaire du présent règlement est obligatoirement remis à chaque étudiant lors de son admission dans l'institut de formation.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : comportement

D'une manière générale, le comportement des personnes doit être conforme aux règles admises en matière de respect d'autrui, de civilité, du principe de laïcité. Chaque personne accepte et respecte les règles d'organisation intérieure de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé du CHRU Montpellier.

Article 2 : respect des règles d'hygiène et de sécurité

Conformément à la note de service de la Direction Générale du C.H.R.U. du 23 janvier 2007, il est interdit de fumer dans les locaux à usage individuel ou collectif de l'établissement, y compris dans les lieux non couverts situés à l'intérieur de l'IFMS. Tout contrevenant s'expose à des sanctions.

Quel que soit le lieu où elle se trouve au sein de l'IFMS, toute personne doit impérativement prendre connaissance et respecter :

- les consignes générales de sécurité, et notamment les consignes d'évacuation en cas d'incendie ;
- les consignes particulières de sécurité, et notamment celles relatives à la détention ou la manipulation des produits dangereux au sein des salles de travaux pratiques.

Il convient, le cas échéant, de se reporter aux documents affichés ou distribués au sein de l'IFMS.

Article 3 : utilisation des locaux & parkings

Le Directeur du CFPPH est responsable de l'ordre et de la sécurité dans les enceintes et locaux affectés à titre principal pour la formation des PPH.

Le Directeur est compétent pour prendre à titre temporaire toute mesure utile afin d'assurer le maintien de l'ordre et de la sécurité.

Les étudiants utilisent exclusivement le parking situé à l'entrée de l'IFMS. Le parking intérieur est réservé aux détenteurs d'un badge (personnel de l'IFE, intervenants). Le code de la route est applicable dans l'enceinte du CHRU de Montpellier.

TITRE II – DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ETUDIANTS

Chapitre 1

Dispositions générales & représentation

Article 4 :

Les étudiants disposent de la liberté d'information et d'expression. Ils exercent cette liberté à titre individuel et collectif, dans des conditions qui ne portent pas atteinte aux activités d'enseignement et dans le respect du présent règlement intérieur.

L'usage du téléphone portable est proscrit lors des enseignements ainsi que tout autre moyen de communication.
Les appels téléphoniques et les visites personnelles sont autorisés à l'extérieur des bâtiments de l'IFMS.

L'utilisation par les étudiants de leurs ordinateurs portables, tablettes personnels lors des enseignements théoriques est exclusivement réservée à la prise de notes et doit se faire en autonomie de fonctionnement en mode batterie uniquement.
Les dispositions de la charte de laïcité des établissements publics (annexe 1) sont applicables au sein de l'IFMS ainsi qu'au cours de toutes les activités placées sous la responsabilité du CFPPH, y compris celles qui se déroulent en dehors de l'enceinte dudit établissement.

Les étudiants s'acquittent annuellement des frais de scolarité, souscrivent une assurance individuelle en responsabilité civile pour les dommages causés envers les tiers.

Pour faciliter la communication, les étudiants sont tenus d'informer immédiatement le secrétariat du CFPPH de tout changement administratif les concernant.

Il est conseillé de ne laisser aucun objet personnel de valeur dans les salles de cours (argent, bijoux, ordinateurs portables, téléphones portables...). En cas de disparition, le C.H.R.U. ne pourra être tenu pour responsable.
Le droit d'association est garanti par la loi du 1er juillet 1901, avec autorisation préalable du directeur du CFPPH. Les étudiants peuvent bénéficier de facilités d'affichage, de réunions, de collectes de cotisations et selon les possibilités en matériel et personnel de l'établissement.

Article 5

Les étudiants sont représentés au sein des conseils, technique et de discipline, conformément aux textes en vigueur ;
Les représentants sont élus dans un délai maximum de 30 jours après la rentrée scolaire. Tout étudiant est éligible.

Tout étudiant a le droit de demander des informations à ses représentants. Les comptes rendus du conseil techniques sont consultables sur demande faite auprès du secrétariat du CFPPH.

Chapitre 2
ORGANISATION DE LA FORMATION

Article 6

L'ensemble des intervenants, formateurs, participant à la formation au CFPPH contribue, sous l'autorité du Directeur, à l'enseignement théorique, pratique et à l'évaluation continue des étudiants. Leur nombre doit être suffisant pour assurer un encadrement pédagogique satisfaisant des apprentis et/ou élèves

Le secrétariat est chargé des travaux administratifs et assure les activités d'accueil et d'information au sein du CFPPH, sous l'autorité du Directeur et du coordonnateur pédagogique.
Les étudiants respectent les règles d'organisation intérieure du CFPPH, se conforment aux instructions qui leur sont données et prennent soin du matériel qui leur est confié.

La formation par l'apprentissage est effectuée sous la responsabilité administrative et pédagogique **du CFA départemental EN 34, Lycée Jean MERMOZ**, sous la forme d'une Unité de Formation des Apprentis **(UFA)**.

Article 7 : présences & absences

La présence en cours, TD ou périodes pratiques, est obligatoire. La ponctualité en cours ou en stage est **exigée**. Les étudiants attestent de leur présence en signant la feuille d'émargement. Une absence dûment constatée par l'intervenant combinée à un émargement falsifié peut entraîner une sanction disciplinaire conformément à la réglementation et sera comptabilisée en absence injustifiée.
Toute absence devra être justifiée par un certificat médical, à défaut elle constitue une faute disciplinaire susceptible d'entraîner une sanction. (Art. 29 à 33 et 50).
Toutes les absences en stage ou période pratique, même justifiées, doivent être récupérées.
Par ailleurs, d'autres conditions de présence peuvent être posées par les organismes financeurs de la formation. Les étudiants concernés doivent se conformer aux modalités de traçabilité spécifiques.
En cas de maladie ou d'événement grave, les étudiants sont tenus d'avertir le secrétariat du CFPPH 04.67.33.88.11

Le Directeur peut, sur production des pièces justificatives et dans des cas exceptionnels, autoriser certaines absences avec dispense des cours, travaux dirigés, travaux de groupe, de séances d'apprentissages pratiques (Art. 29-30-31).

Article 8 : les stages

Le Coordonnateur pédagogique procède à l'affectation des étudiants en stage pratique. L'organisation générale des stages est présentée en début de formation, les étudiants sont tenus de s'y conformer. Toute modification sera signalée et fera l'objet d'une validation du coordonnateur pédagogique.
Les étudiants doivent, pendant les stages, observer les instructions des responsables des structures d'accueil. Ils sont tenus aux mêmes obligations que le personnel de celles-ci, notamment au respect du secret professionnel et des règles déontologiques.
Les étudiants sont également soumis au respect de la discrétion professionnelle et ne doivent par conséquent, révéler aucune information concernant le fonctionnement de l'administration

Le port strict de la tenue professionnelle est obligatoire.

Une convention de stage est soumise à signature des étudiants pour chaque affectation en dehors des apprentis et des unités relevant du CHRU de Montpellier

Article 9 : les évaluations

Pendant le déroulement des épreuves d'évaluations, théoriques, de TD ou TP, les règles à observer sont précisées dans chaque sujet. Toute fraude entraîne une sanction et annule la copie concernée.
L'usage de la calculette est autorisé, uniquement pour des calculs simples et sans formule enregistrée
Les étudiants doivent compiler au fur et à mesure de la formation, le double des éléments de leur carnet de liaison. Les étudiants s'engagent à fournir les documents demandés par le CFPPH dans les délais fixés, aucune réclamation ne sera effectuée par le CFPPH et l'étudiant concerné devra supporter les conséquences du retard qui lui est imputable.
Les fiches réglementaires remplies par les tuteurs de stage devront être restituées dès le retour de stage. L'absence de ces feuilles réglementaires dans le carnet de liaison ne permettra pas de valider l'Unité d'Enseignement correspondante.

Chaque étudiant est destinataire à l'issue de l'année scolaire du récapitulatif de ses résultats. Tout étudiant qui est dans l'obligation de repasser des Unités d'Enseignement dans une année différente est responsable de son inscription et de sa présence aux épreuves correspondantes. Les dates et heures sont fixées par l'institut et communiquées par voie d'affichage. Par ailleurs, il appartient à chaque étudiant de se donner les moyens d'actualiser ses connaissances dans le but de valider les Unités d'Enseignement manquantes.

Article 10

Un exemplaire du présent règlement est remis à chaque étudiant lors de son admission au CFPPH.

PROCEDURE POUR L'ACCUEIL DES STAGIAIRES BENEVOLES

① Le stagiaire adresse une demande de stage et un curriculum vitae à l'adresse suivante:

⇨ **Institut de Formation et des Ecoles**
CHRU de Montpellier
Service des stages (Fax: 04.67.33.88.36)
1146 avenue du Père Soulas
34295 Montpellier Cedex 5

Ou par courrier électronique:

k-mas@chu-montpellier.fr
ou
c-rey@chu-montpellier.fr

② La demande doit préciser:

⇨ Les dates et le ou les service(s) souhaité(s) ainsi que les objectifs du stage.

⇨ L'établissement dont relève le stagiaire (université, institut,....) ou s'il s'agit d'un stage sollicité à titre personnel; ainsi que son adresse, son numéro de téléphone, son adresse e-mail et son âge.

③ A réception de la demande, le service des stages la transmet au service d'accueil (par imprimé type).

④ Le service d'accueil retourne l'imprimé rempli au service des stages (délai d'environ 1 mois et demi).

⑤ Le service des stages adresse un courrier de réponse à l'intéressé:

⇨ Si oui:

- lettre d'accord accompagnée de convention en triple exemplaire du CHRU, que le stagiaire doit renvoyer signée, par lui-même, ainsi que par le responsable de l'établissement dont il relève.

- ou lettre d'accord avec une demande d'attestation d'assurance de responsabilité civile,

⇨ Si non, lettre de refus

L'absence de retour de convention signée ou d'attestation d'assurance conduira à l'annulation du stage.

Le service d'accueil du stagiaire doit s'assurer que la convention a bien été signée ou que l'attestation d'assurance a bien été fournie. En cas de difficultés appeler le service des stages (04.67.33.90.95 / 3.88.06).

PARTICULARITES

- ✓ ***SECRETARIAT MEDICO-SOCIAL :***

- ✓ *Chaque année, la démarche à suivre ainsi que la liste des secrétaires susceptibles d'accueillir les stagiaires, est adressée aux lycée Notre Dame de la Merci, Turgot, Pic Saint Loup et au Centre de Formation de la Croix-Rouge.*

- ✓ *L'étudiant doit rechercher un secrétariat médical prêt à l'accueillir (téléphoner ou se déplacer), se référer à la liste jointe,*

- ✓ *En cas de **réponse positive,** téléphoner à la correspondante des pôles concernés*

- ✓ *Adresser une **lettre de motivation + CV à la responsable des secrétariats médicaux concernés.** La demande, une fois validée par l'établissement sera transmise au service de gestion des stages,*

- ✓ *Le service de gestion des stages établira, ensuite une lettre d'accord, ainsi que la convention de stage et la fera parvenir à l'étudiant..*

- ✓ ***PSYCHOLOGUES :***

- ✓ L'étudiant doit adresser **une lettre de motivation + CV** au service Gestion des stages

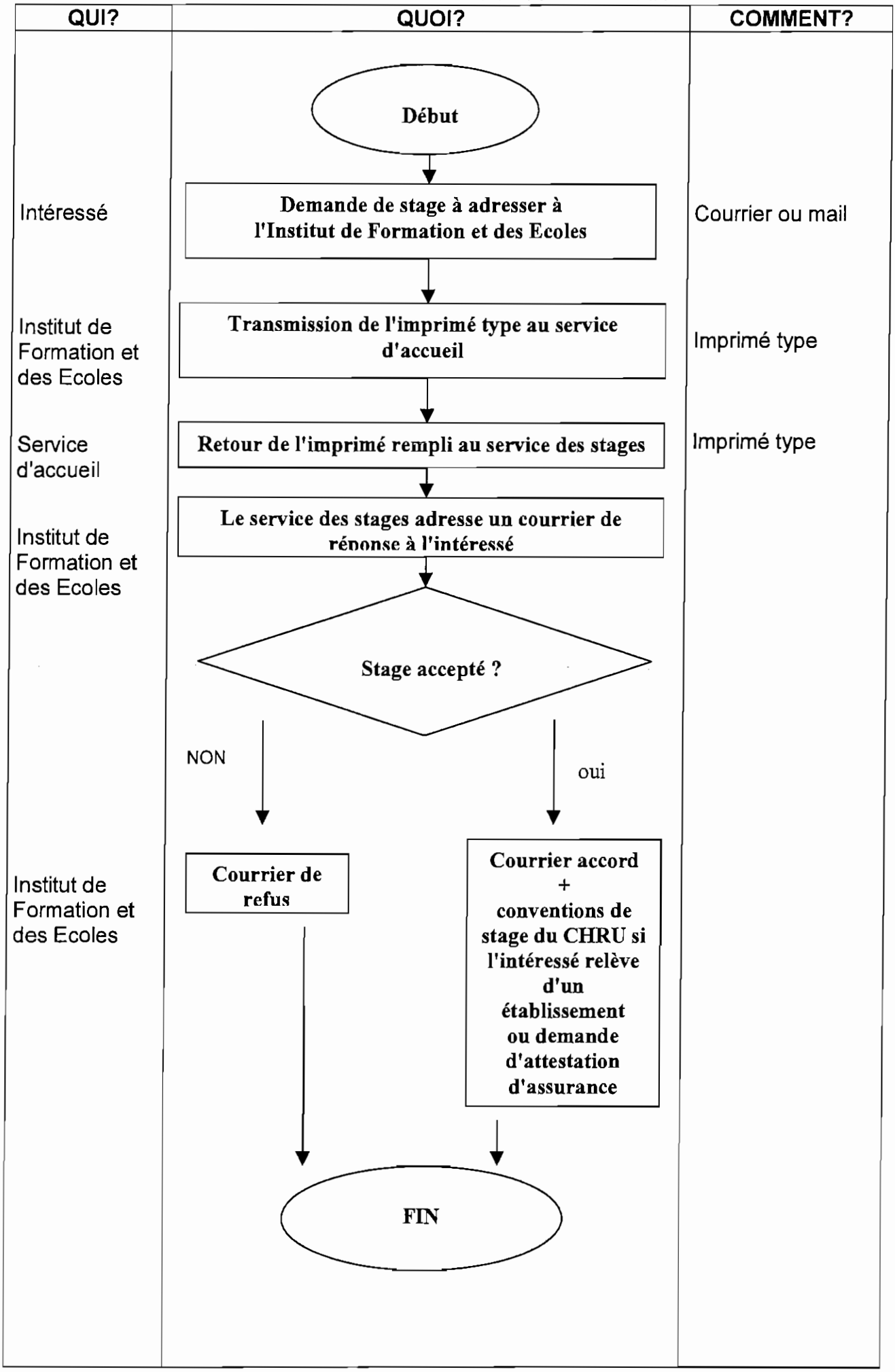
- ✓ Le service de gestion des stages adresse à l'étudiant **la démarche à suivre ainsi que la liste des Psychologues du CHRU**

- ✓ L'étudiant doit rechercher un Psychologue prêt à l'accueillir (se déplacer)

- ✓ SI ACCORD : l'étudiant doit faire un courrier accompagné de l'accord écrit du psychologue.

- ✓ *Le service de gestion des stages établira, ensuite une lettre d'accord, ainsi que la convention de stage et la fera parvenir à l'étudiant.*

LOGIGRAMME DE LA PROCEDURE



Centre Hospitalier Régional et Universitaire de MONTPELLIER

Centre de Documentation

ACCUEIL : ☎ 04.67.33.88.94

Fax : 04.67.33.08.40
E-mail : pred@chu-montpellier.fr

Documentation administrative : 04.67.33.93.50 ou 51
pred-docadmin@chu-montpellier.fr

Documentation médicale : 04.67.33.96.71
pred-docmed@chu-montpellier.fr

Documentation paramédicale : 04.67.33.81.59 ou 0834
pred-docparamed@chu-montpellier.fr

GUIDE de L'UTILISATEUR

Le Centre de Documentation du CHRU regroupe 3 secteurs documentaires : documentation administrative, documentation médicale et documentation paramédicale.
Il est situé à l'Institut des Formations et des Ecoles , rez-de-chaussée, aile gauche, porte B7.

1 - CONDITIONS D'ACCES ET HORAIRES

- Le Centre de Documentation est ouvert :
  - ➢ **aux étudiants** des Instituts et des Ecoles de l'Institut des Formations et des Ecoles
  - ➢ **au personnel** du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de MONTPELLIER : *Médical, administratif, technique, médico-technique*
  - ➢ **aux stagiaires** du Centre Hospitalier Universitaire de MONTPELLIER

- Une **carte de lecteur**, distribuée en début de scolarité et validée pour la durée des études, autorisera la consultation sur place et le prêt des documents pour les étudiants.
Pour tout agent du CHRU qui souhaite emprunter des documents, le numéro de matricule sera demandé.

- La **consultation sur place** pourra être autorisée aux personnes extérieures au CHRU sur demande. **Aucun prêt** ne pourra être consenti sauf accord spécifique du responsable.

➔ **Heures d'ouverture :**

Lundi	**9 h - 18 h**
Mardi	**13 h - 17 h 30**
Mercredi	**9 h - 17 h**
Jeudi	**9 h - 18 h 30**
Vendredi	**9 h - 17 h.**

MARDI MATIN - FERMETURE

➔ **Vacances scolaires : Horaires réduits ou fermeture.**

2 - PLAN DU CENTRE DE DOCUMENTATION du CHRU

- Le Centre de Documentation du CHRU comprend plusieurs salles :

Salles 1 et 1 bis ➢ **Livres**, mémoires (IFCS, IFSI, IBODE, IADE), cassettes vidéo et DVD, prêt des documents, recherche documentaire informatisée *(également possible en salle 4)*.

Salle 2 ➢ **Revues** Secteur paramédical

Salle 3 ➢ **Revues** Secteur administratif et médical
➢ **Planches d'anatomie**
➢ **Salle de projection audiovisuelle**

Salle 4 ➢ **Salle de micro-informatique.**

Salle 5 ➢ **Documentation administrative**
Documents réglementaires : Journaux Officiels, Bulletins Officiels de la Santé, Codes, Jurisclasseurs, Cédéroms des J.O. de 1947 à Juin 2002 (Poste multimédia).

Couloir- Salle 5 ➢ **Archives des revues**

3 - CLASSEMENT DES DOCUMENTS

- **Classement des livres :**

⇨ Une classification alphanumérique regroupe les livres sous **16 grands thèmes (de A à O)**

- **Classement des revues :**

Les revues des **salles 2 et 3** sont classées par thème, titre et ordre de parution.

- **Documents exclus du prêt (pour une disponibilité permanente).**

1 ⇨ **Les livres cotés BS (bibliothèque sédentaire) :** encyclopédies, dictionnaires, manuels de base ...

2 ⇨ **Les revues des présentoirs des salles 2 et 3** (derniers numéros reçus),

3 ⇨ **Les textes officiels, codes**,

4 ⇨ **Les DVD et cassettes vidéo**
Les vidéos peuvent être visionnées sur place en salle 3.
DVD, vidéocassettes et télécommandes sont à demander à l'accueil.
Le prêt est réservé aux enseignants.

*Après consultation, prenez soin de **reclasser correctement** les ouvrages.*
Tout document mal classé est perdu pour la recherche.

- **Documents externalisés (conservés à l'extérieur du CHRU de Montpellier)**

Certaines collections de périodiques sont conservées à l'extérieur de l'Etablissement. Elles sont mentionnées dans le catalogue des périodiques par **[Archives].** Elles sont accessibles sur demande, en **remplissant le formulaire** « *Demande de revue en externalisation* » **disponible à l'accueil du Centre de Documentation** *(délai 2 à 5 jours)*.

4 - RECHERCHE DOCUMENTAIRE

1] - Portail documentation du CHRU

a) Base de données :

- Répertorie les documents du Centre de Documentation du CHRU et du Centre Ressources Autisme (CRA).
- Accès depuis l'**Intranet du CHRU**, au centre de la page d'accueil :

→ Bouton "Info-docs"

b) Catalogue des revues :

- Liste alphabétique des revues à consulter sur place et/ou aux archives : pensez à vérifier les années consultables au centre de documentation (*antériorité restreinte pour les périodiques médicaux*)
- Lien vers le site de la revue
- Accès au texte intégral pour les revues en ligne

2] - Autres ressources sur la page Intranet :

- Une revue de presse quotidienne d'actualités réglementaires, sanitaires et hospitalières : accès par le bouton "Info-docs"
- le Vidal en ligne (rubrique "Prise en charge du patient")
- Mémophone (annuaire des services et agents hospitaliers).
- la revue de presse de l'APM (Agence de Presse Médicale)

3] - Recherche sur Internet :

- 13 postes sont en accès libre (Salles 1 et 4) à **des fins d'étude et de recherche**.

Utiliser les signets du Centre de Documentation en priorité pour la recherche sur Internet.

- Tout utilisateur doit se conformer aux **chartes d'utilisation d'internet** du CHRU de Montpellier et du Centre de Documentation.

4] - Recherche sur Cédérom :

- J.O. (recherche rétrospective - 1947-2002), *en salle 5,*
- Encyclopaedia Universalis, didacticiels, recherche bibliographique, perfusion,... *en salle 1.*
- D'autres CD-Rom sont disponibles, renseignez-vous auprès de l'accueil.

Vous effectuez vos recherches de manière autonome.

En cas de difficulté, une documentaliste est à votre disposition à l'accueil.

5 - PRETS

- La **carte de lecteur** est indispensable pour enregistrer les prêts.

Il est permis d'emprunter en même temps au maximum
- **2 livres pour 15 jours**
- **2 revues pour 8 jours**

- **La durée et le nombre de prêts doivent être rigoureusement respectés afin d'en permettre l'accès au plus grand nombre**.
  Les demandes de dérogation doivent être sollicitées auprès des documentalistes.
  Le non-respect du délai du prêt entraînera une exclusion temporaire du prêt.

- **Retour des documents** : la carte de lecteur n'est pas utile. Vous déposez vos documents dans les boites prévues à cet effet à l'intérieur du Centre de Documentation, ou à l'extérieur aux heures de fermeture.

NON RESTITUTION, PERTE OU DETERIORATION DES DOCUMENTS

- Le fonds documentaire appartient à la collectivité, c'est un **patrimoine culturel**.
Tout document perdu ou détérioré devra être racheté ou remplacé par un document de valeur équivalente.

- Pour offrir un outil pédagogique satisfaisant, il est recommandé de **prendre le plus grand soin des documents** qui sont mis à votre disposition :

  - Ne pas arracher de page,
  - Ne pas annoter ou souligner même au crayon,
  - **Faire enregistrer vos prêts** et respecter les délais de prêt.

Merci de respecter ce patrimoine, et de nous aider à le conserver et à l'améliorer

6 - SALLE DE MICRO-INFORMATIQUE

- La salle 4 est équipée de **10 postes informatiques disposant de port USB, de lecteur de cd-rom et de graveur pour certains d'entre eux.** Ils sont reliés à **5 imprimantes** pour :

  ⇒ consulter la **base de données bibliographiques** (depuis l'Intranet du CHRU),
  ⇒ effectuer des **recherches professionnelles** sur INTERNET,
  ⇒ effectuer des **travaux de bureautique** (Logiciel WORD 2000, Excel 2000 et Powerpoint).

- L'utilisation de cette salle est en **libre accès** ; un planning de réservation est à votre disposition, si vous voulez travailler sur un poste précis.

- Un téléphone permet aux utilisateurs de s'adresser directement à la Centrale d'appel informatique du CHRU en cas de problème technique sur les ordinateurs ou l'imprimante (composer le **13).**

Le papier, les CD, les disquettes, les clés USB sont à la charge de l'utilisateur

7 - PHOTOCOPIEUR pour les ETUDIANTS

• Un **photocopieur** fonctionnant avec une carte magnétique rechargeable est à disposition dans la salle des revues (**salle 2**). Un distributeur fixé au-dessus du photocopieur permet de se procurer les cartes (une carte réutilisable + 100 copies = 6 Euros. Coût de la copie : 0,05 cts)

• Le fonctionnement de cet appareil, géré par un prestataire extérieur, est en libre accès et sous l'entière responsabilité de l'utilisateur.

Les conditions et limites de reproduction, fixées par le contrat signé entre le CHRU de Montpellier et le CFC (Centre Français d'exploitation du droit de Copie) doivent être respectées, afin de se conformer à la législation sur le droit d'auteur. (Lire attentivement l'affiche située près du photocopieur).

8 - DU BON USAGE DE LA DOCUMENTATION ...

Le Centre de Documentation du CHRU de Montpellier met à votre disposition :

• des espaces de travail : respectez le **silence.** Téléphones portables éteints, pas de tabac ni de collations.
Merci de respecter le rangement des tables et des chaises.

• des collections de documents dont chacun a besoin : traitez-les avec soin, respectez les délais de prêt, ne les empruntez pas clandestinement.
Soyez conscients que les rachats d'ouvrages sont effectués au détriment des nouvelles acquisitions.

• des matériels coûteux : ordinateurs, imprimantes, photocopieur, vidéo. **Prenez-en soin**.

uuuuuuuuu

Accepter ces quelques règles de bon sens nous permettra de vous aider au mieux.

❑ *Exemplaire à nous retourner signé*
❑ *Exemplaire à conserver*

CONVENTION DE LOCATION DE SALLE OU AMPHITHEATRE

N° agrément : 9134P083334

ENTRE, ...
.....
.....

ET,

LE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER
représenté par Monsieur ....., Directeur Général

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 :

1. **Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de MONTPELLIER** met à la disposition d'organismes ou Associations des salles ou amphithéatres.

2. **La location** se situe à *L'Institut de Formation et des Ecoles* - 1146, avenue du Père Soulas à MONTPELLIER.

ARTICLE 2 :

Le coût de cette location est de..... **euros** (..... €) **pour le .....** (Tarifs prestations 2009). En cas d'utilisation de la salle ou de l'amphithéatre en dehors des heures d'ouverture de l'Institut, la présence du concierge sera facturée au prorata des heures effectuées.

ARTICLE 3 :

L..... couvrira la totalité des frais de location.
Dés réception de la facture, le chéque est à adresser au Bureau de gestion - IFE - 1146, avenue du Père Soulas 34295 MONTPELLIER Cedex 5 , à l'ordre de Monsieur le Trésorier Principal du CHRU.

ARTICLE 4 :

Le matériel audio-visuel est mis à disposition à la demande et doit être nécessairement rendu en l'état à la fin de la prestation.

ARTICLE 5:

La présente convention est établie pour la durée de la location soit le .....

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

RESIDENCE / FOYER DES INFIRMIERES
1146, avenue du Père Soulas - 34090 MONTPELLIER
☎ : 04.67.33.88.05

CONTRAT DE LOCATION / BAIL PRECAIRE

Exclu du champ d'application de la loi du 6 juillet 1989 (résidence secondaire et logement meublé)

Entre **Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier,**
Représenté par son Directeur Général , ...

ET,

.....,

Il est convenu ce qui suit :

* * * * *

I - OBJET DU CONTRAT

Le CHRU de Montpellier gère différentes écoles de formation paramédicales. Afin de favoriser l'intégration des élèves, une résidence comprenant 60 logements (chambres et studios) est située dans l'enceinte de l'Institut des Formations et des Ecoles -1146 avenue du Père Soulas à Montpellier.

Les logements donnés à la location sont réservés, pendant la durée de leur scolarité, aux élèves inscrits dans l'une des écoles gérées par le CHRU, priorité étant donnée aux élèves titulaires d'un diplôme d'état infirmier.

II - DESIGNATION DES LIEUX

Chambre meublée ❑

Studio meublé ❑

Studio non meublé ❑

III - DUREE DU CONTRAT

Le logement est loué au mois, et uniquement pour la durée de la scolarité à l'..... de Montpellier du ..... au ..... inclus.

IV - RESILIATION DU CONTRAT

La résiliation du contrat par le locataire est acceptée seulement en fin de mois et doit être signalée avec un préavis d'un mois.
La location prend fin automatiquement à l'issue du terme indiqué à l'article III.

V - LOYER

La présente location est conclue moyennant un loyer mensuel dont les tarifs sont fixés chaque année par les instances du C.H.R.U. **et révisés au 1er janvier**.

Le montant des charges s'élève à ..... euros et elles sont comprises dans le loyer.

La location est payable d'avance dès l'admission à la résidence et par la suite en début de chaque mois, impérativement avant le 10 du mois, au bureau de gestion (n°101) et en main propre.

Les départs anticipés ne donnent pas lieu à un remboursement **(tout mois commencé est dû en totalité).**

VI - DEPOT DE GARANTIE

Une caution est demandée à l'entrée et restituée au départ, sur présentation du reçu, si l'appartement n'a subi aucune dégradation (1 mois de loyer + ... euros pour le badge d'accès et les clefs).

VII - CONDITIONS GENERALES

* La concession du logement est personnelle et incessible. Aucune autre personne **ne peut y être logée même temporairement.**

* Il est interdit de reproduire la clé du logement et de la prêter à une personne différente du titulaire du contrat.

* Les résidents sont responsables pécuniairement de leur logement, ainsi que du mobilier et du matériel mis à leur disposition. Un état des lieux est établi contradictoirement à l'arrivée et au départ. Les logements doivent être laissés dans un état de propreté correct.

* Les résidents devront contracter une assurance responsabilité civile dégâts des eaux et incendie. **La copie de la police d'assurance sera jointe au présent contrat de location.**

* Les résidents doivent se conformer aux dispositions contenues dans le règlement intérieur joint en annexe.

VIII - RUPTURE DU CONTRAT

Le non respect du présent contrat et du règlement intérieur est susceptible d'entraîner la rupture du contrat. Un avertissement est adressé à l'intéressé sauf en cas de récidive ou de faits particulièrement graves. La rupture du contrat et la libération du logement interviennent à l'échéance mensuelle après un préavis minimum d'un mois.

Montpellier, le

P/LE DIRECTEUR DE L'INSTITUT
DE FORMATION ET DES ECOLES
L' ADJOINT AU DIRECTEUR

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance du présent contrat de location et du règlement intérieur et m'engage à en respecter les termes.

G . BOURROUNET

(1) **SIGNATURE DU LOCATAIRE**

(1) Faire précéder la signature de la mention :
"LU ET APPROUVE"

ANNEXE AU CONTRAT DE LOCATION

REGLEMENT INTERIEUR DE LA RESIDENCE

1- La location de l'appartement est personnelle et incessible. Aucune autre personne ne peut être logée même temporairement.

2 - Dans la résidence, les arrivées et les départs se font du lundi au vendredi sauf samedi, dimanche et jours fériés.

3 - Les résidents peuvent garer leurs voitures ou leurs vélos sur les emplacements prévus à cet effet ; ils doivent respecter les interdictions de stationner aux abords des bâtiments.

4 - Les parkings ne sont pas gardés.

5 - Le personnel administratif et ouvrier a le libre accès à tous les logements en cas de travaux ou de sinistre constaté ou suspecté.

6 - Pendant leurs absences, même de courte durée, il est vivement conseillé aux résidents de fermer les fenêtres et la porte de leur logement à clé, et de ne pas y laisser d'objets de valeur et/ou de l'argent pour un montant supérieur à 150 Euros.

7 - Les ordures ménagères doivent être entreposées dans les containers.

8 - Les résidents doivent respecter les pelouses, les fleurs et les plantations.

9 - Dans l'intérêt de tous, une conduite correcte et le respect des locaux sont indispensables.

10- Le courrier est distribué par les services de la poste dans les boites aux lettres individuelles face à la conciergerie.

INTERDICTION

1 - L'usage de tout appareil ménager (gaz, alcool, ...).

2 - L'introduction d'animaux.

3 - L'utilisation non motivée des sorties de secours.

4 - L'utilisation des locaux à des fins autres que leur destination.

5 - Toute manifestation bruyante entre 22 heures et 8 heures.
La résidence doit être silencieuse.

6 - De cuisiner dans les chambres.

7 - D'étendre le linge au balcon.

8- L'installation de branchement de machine à laver

* * * * *

PRIS CONNAISSANCE LE :

SIGNATURE DU LOCATAIRE

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 8

Règlement intérieur de la CME
(Commission médicale d'établissement)

REGLEMENT INTERIEUR DU CHRU DE MONTPELLIER

- COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT -

1- COMPOSITION

1-1 Membres avec voix délibératives :

La composition de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier est fixée comme suit :

1° - **13** chefs de pôle hospitalo-universitaire : membres de droit

2° - **8** responsables de structure interne
dont 4 émanant du 3° ci-après
dont 4 émanant du 4° ci-après

3° - **19** représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires (PU-PH ou MCU-PH) :
7 praticiens exerçant en médecine (dont 1 en psychiatrie et 1 en radiologie)
5 praticiens exerçant en chirurgie
2 praticiens exerçant en anesthésie-réanimation
3 praticiens exerçant en biologie et pharmacie
2 praticiens exerçant en odontologie

4° - **19** représentants des praticiens hospitaliers titulaires :
7 praticiens exerçant en médecine (dont 1 en psychiatre et 1 en radiologie)
5 praticiens exerçant en chirurgie
4 praticiens exerçant en anesthésie-réanimation
3 praticiens exerçant en biologie et pharmacie (dont 1 biologiste et 1 pharmacien)

5 ° - **5** représentants des personnels temporaires dont :
2 parmi les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux - assistants hospitaliers universitaires - praticiens hospitaliers universitaires - assistants spécialistes
1 parmi les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels
2 parmi les praticiens attachés

6° - **1** représentant des sages femmes

7**°** - **4** représentants des internes dont :
1 représentant des internes de médecine générale
1 représentant des internes de médecine des autres spécialités
1 représentant des internes de pharmacie
1 représentant des internes en odontologie

1-2 Membres avec voix consultative :

1° - Le Président du Directoire ou son représentant

2° - Les Doyens des UFR de Médecine, Pharmacie et Odontologie

3° - Le Président de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques

4° - Le Praticien Responsable de l'Information Médicale

5° - Un représentant du CTE

6° - Un praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'Hygiène

7° - Un représentant des Pharmaciens, désigné par le Directeur Général

1-3 Invités permanents

Le Directeur Général peut se faire assister de toute personne de son choix

2- MODALITES DE DESIGNATION

2-1. Dispositions générales aux membres élus

- En dehors des membres de droit, des représentants des internes 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 des suppléants pour chaque siège attribué sans qu'il y ait de candidature distincte.

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

  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 tiers 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, l'élection est acquise au doyen d'âge.

- La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

- 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 catégorie ou de la discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

  En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, par une élection dans les conditions prévues ci-dessus.

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

  La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au Directeur Général, par la voie d'un règlement électoral établi lors de chaque renouvellement.

  A l'issue des opérations électorales, le Directeur Général proclame les résultats et arrête la liste des membres de la Commission Médicale d'Etablissement.

2-2 Dispositions spécifiques par catégories

Les 13 chefs de pôle en fonction à la date de clôture définitive des listes électorales sont membres de droit de la CME du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.

Pour l'élection des représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires, des praticiens hospitaliers titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels et des sages-femmes :

- sont électeurs les personnels qui, à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections, se trouvent en position d'activité ou de congé dans chacune des catégories concernées et effectuent au moins 3 demi-journées hebdomadaires au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier,

- sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs, à l'exception :
    - des praticiens en période probatoire ou de stage,
    - des praticiens associés,
    - des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes électorales,
    - des personnels affectés dans un établissement extérieur au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier en vertu des dispositions prévues par la réglementation.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après avoir recueilli l'avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission régionale de subdivision dont relève l'établissement.

3 - ORGANISATION INTERNE

3-1 Présidence et vice-présidence

- La commission élit en séance son Président et son vice-Président parmi les praticiens titulaires.

  Le Président est élu parmi les représentants des personnels hospitalo-universitaires et le vice-Président parmi les représentants des praticiens de l'établissement.

  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.

- Les fonctions de Président de Commission Médicale d'Etablissement sont de quatre ans. Le nombre de mandats successifs est limité à deux.

  Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement prennent fin sur présentation, par celui-ci, de sa démission au Directeur Général ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Etablissement qui l'a élu.

  En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, ses fonctions au sein de la Commission Médicale d'Etablissement sont assumées par le vice-Président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau Président.

  Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

  Le Président assure l'organisation des activités et la direction des débats de la Commission Médicale d'Etablissement et il la représente.

3-2 Bureau de la CME

1) Composition :

- du Président et du vice-Président de la CME
- de praticiens hospitalo-universitaires et de praticiens hospitaliers

désignés par le Président et le vice-Président parmi les membres de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le bureau de la Commission Médicale d'Etablissement peut être convoqué par le Président pour la préparation de l'ordre du jour des séances.

3-3 Groupes de travail de la CME

1 Généralités

Pour l'examen et l'instruction des dossiers soumis à la Commission Médicale d'Etablissement au titre de ses compétences ou sur demande de son Président en sa qualité de premier vice-Président du Directoire, la Commission Médicale d'Etablissement peut s'appuyer sur les avis de groupes de travail permanents ou temporaires.

Les groupes de travail ont pour mission de préparer les travaux de la Commission Médicale d'Etablissement en émettant des propositions. Ils n'ont pas pouvoir de décision.

2 Groupes de travail temporaires

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement peut proposer en séance, après avis du Directeur Général et des membres du bureau, la création et la dissolution de groupes de travail temporaires. Ces groupes de travail temporaires ont pour mission d'étudier et de faire des propositions sur des thèmes spécifiques.

Le Président et les membres des groupes de travail temporaires sont désignés selon les modalités prévues pour ceux des sous-commissions de la CME. Les Présidents des groupes de travail temporaires n'appartiennent pas de droit au bureau de la CME. Ils peuvent, à la demande du Président de la CME, participer aux travaux de son bureau pour les questions dont l'étude leur a été confiée.

3 Les sous-commissions de la CME

1. **Fonctionnement**

Les groupes de travail permanents sont qualifiés de sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement constitue prioritairement des sous-commissions chargées de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins.

En fonction de la politique médicale, des sous-commissions thématiques sont constituées.

Le Président et le vice-Président de chaque sous-commission sont désignés par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, après avis de cette instance.

Le Directeur de l'établissement ou son représentant et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou son représentant sont membres de droit de la ou des sous-commissions spécialisées.

2. Liste des sous-commissions de la CME

- Sous-commission des effectifs
- Conseil Hospitalier
- Sous-commission des Finances et des Choix Médico-Economiques
- Sous-commission des Equipements Médicaux
- Sous-commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins
- Sous-commission du Développement Durable

Participation à la politique générale d'amélioration de la qualité :

- Sous-commission Evaluation des Pratiques Professionnelles
- Sous-commission de la Formation Médicale Continue, plan de développement professionnel continu
- Commission du Médicament et des Dispositifs Médico-Stériles
- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- Comité de Lutte contre la Douleur
- Comité de Liaison Alimentation Nutrition

4 - FONCTIONNEMENT

4-1 Convocation et ordre du jour

La Commission Médicale d'Etablissement 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.
Elle peut émettre des vœux relatifs aux conditions de fonctionnement de l'établissement.
L'ordre du jour est fixé, après consultation du Directeur Général, par le Président ou, en cas d'empêchement, par le vice-Président.
La convocation, l'ordre du jour et les documents de travail associés sont communiqués aux membres de la commission qui y siègent avec voix délibérative ou consultative. Sauf urgence, ils sont adressés au moins sept jours à l'avance.
La commission peut faire appel à des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement de ses travaux.

4-2 Organisation

La Commission Médicale d'Etablissement siège principalement en formation plénière.

4-3 Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré à la diligence du Directeur Général.

La diffusion des comptes-rendus est effectuée par le secrétariat du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, à l'ensemble du corps médical, pharmaceutique et d'odontologie du CHRU dans un délai maximum de 15 jours.
Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement assure l'information du corps médical, pharmaceutique et d'odontologie de l'établissement en lui communiquant, le compte rendu synthétique émis par la Commission Médicale d'Etablissement dans le cadre de ses attributions.
Celui-ci est également mis en ligne sur intranet rubrique management et gestion, puis instances-commissions-comités.

4-4 Quorum

Pour pouvoir tenir valablement la Commission Médicale d'Etablissement en formation plénière, un minimum de 31 membres avec voix délibérative doit être présent.
Lorsque après une convocation régulière, ce quorum n'a pas été réuni, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. La Commission Médicale d'Etablissement se tient alors valablement quel que soit le nombre des membres avec voix délibérative présents.

4-5 Votes

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

La Commission Médicale d'Etablissement vote à main levée sur les questions qui lui sont soumises par le Président. En cas de partage égal des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le vote à scrutin secret par voie électronique est toutefois de droit lorsqu'il est demandé par un des membres.

L'organisation du vote est confiée au secrétariat de la commission.

Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires particulières, les avis sont adoptés à la majorité simple.

Les résultats du vote sont annoncés en séance par le Président de la commission.

4-6 Formations restreintes

La commission siège en formation restreinte lorsque des questions individuelles sont soumises à son examen. Dans le cas où une question individuelle concerne un des membres de la commission ou toute personne ayant avec un des membres de la commission un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus, son examen doit avoir lieu hors sa présence.

Cette formation est limitée aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers pour les questions relatives aux personnels de ce corps. Se joignent à eux, cumulativement et dans l'ordre fixé ci-dessous dès lors que la commission examine les questions de leur catégorie :

1° Les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers,

2° Les praticiens hospitaliers titulaires,

3° Les personnels temporaires, les assistants, les praticiens contractuels, les praticiens adjoints contractuels, les praticiens attachés.

Pour tout examen concernant les questions individuelles, seuls sont retranscrits au procès-verbal les extraits des positions arrêtées et non les débats qui les ont précédées.

5- COMPETENCES

5-1 Saisine pour avis

La Commission Médicale d'Etablissement est saisie pour avis sur les matières suivantes :

1. Le projet médical de l'établissement
2. Le projet d'établissement
3. Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
4. Le règlement intérieur de l'établissement
5. Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux
6. La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L.
7. 6142-5
8. Les statuts des fondations hospitalières
9. Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
10. Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
11. Conformément aux statuts particuliers en vigueur, les questions individuelles et notamment les demandes de sanction disciplinaire et de licenciement pour insuffisance professionnelle à l'encontre des praticiens et les propositions de mise en recherche d'affectation

5-2 Saisine pour Information

La Commission Médicale d'Etablissement est saisie pour information sur les matières suivantes :

1. L'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats
2. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'établissement
3. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
4. Les contrats de pôles
5. Le bilan annuel de l'organisation du temps de travail
6. La politique de recrutement des emplois médicaux, pharmaceutiques et d'odontologie
7. L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir
8. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
9. L'organisation interne de l'établissement
10. 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

5-3 Saisine pour examen

Sur demande de son Président, la Commission Médicale d'Etablissement peut examiner toutes les questions que celui-ci lui soumet pour la bonne réalisation des missions que lui confie la loi en sa qualité de vice-Président du Directoire.

5-4 Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

1 Cadre général

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier est doté d'instances compétentes, sous l'égide de la CME et de son Président, vice-Président du Directoire, pour l'examen des questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ces instances sont les suivantes :

- le Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)
- la Commission du Médicament et des Dispositifs Médico-Stériles (COMDIMS)

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement coordonne la politique médicale de l'établissement.
A ce titre :

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques
- 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
- Il présente au Directoire et au Conseil de surveillance un rapport sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

2 Attributions de la CME

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers notamment en ce qui concerne :

1. La gestion globale et coordonnée des risques visant à prévenir et traiter la iatrogénie et les événements indésirables liés à leurs activités
2. Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
3. La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
4. La prise en charge de la douleur mentionnée à l'article L. 1112-4
5. Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et notamment les points mentionnés à l'article R. 6144-2-1

Elle participe, en outre, à l'élaboration de projets et organise :

1. L'évaluation de la prise en charge des urgences
2. L'évaluation des admissions non-programmées
3. Le fonctionnement de la permanence des soins
4. Les filières de soins
5. La formation des internes

A cet effet, la Commission Médicale d'Etablissement :

1. Propose le programme d'actions mentionné à l'article L.6144-1 assorti d'indicateurs de suivi
2. Organise la coordination de l'action des professionnels de l'établissement de santé dans les domaines mentionnés au présent article
3. Veille à la mise en place des démarches d'évaluation des pratiques et contribue à l'élaboration du plan de développement professionnel continu pour le personnel médical
4. Veille à la mise en oeuvre des objectifs et des 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
5. Élabore un rapport annuel d'activité présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi
6. Est informée lors de 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

Elle participe à la procédure de certification et propose des actions afin de répondre aux recommandations du rapport de certification.
La Commission Médicale d'Etablissement est informée des actions d'amélioration mises en oeuvre suite à l'analyse des évènements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L.6111-2, et de l'évaluation de leur efficacité. Le bilan des actions d'amélioration est pris en compte pour l'élaboration du programme d'action mentionné à l'article L.6144-1.
La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration du programme d'actions mentionné à l'article L 6144-1. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.
Le programme d'actions et le rapport annuel d'activité sont soumis pour approbation au Président du Directoire. Ils sont transmis pour information à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, au comité technique d'établissement, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi qu'à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

6 - MODIFICATIONS

Le présent règlement est obligatoirement révisé lorsque l'intervention d'un texte législatif ou réglementaire le nécessite. Dans ce cas, le secrétariat en informe le Président de la Commission Médicale d'Etablissement qui prend toute disposition utile pour mettre en oeuvre la procédure de révision.
Le présent règlement peut également être révisé sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, de la moitié au moins de ses membres ou du Directeur Général. La révision n'est adoptée que si la majorité absolue des suffrages exprimés est obtenue.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 9

Dispositions relatives au règlement intérieur des USLD (Unités de Soins de Longue Durée)

ANNEXE AU REGLEMENT INTERIEUR

REGLEMENT INTERIEUR
UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE
DU CENTRE DE GERONTOLOGIE CLINIQUE ANTONIN BALMES ET DU CENTRE DE SOINS POUR PERSONNES AGEES DE BELLEVUE

I – INFORMATIONS GENERALES

Les unités de Soins de Longues Durée (USLD) accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans ayant besoin de soins et d'aide pour les actes de la vie courante ainsi que d'un suivi médical et paramédical continu.

L'hébergement s'effectue sur une période longue ou illimitée mais peut également se concevoir de manière temporaire.

Un avis médical est préalable à la procédure d'admission qui est ensuite prononcée par le Directeur au vu d'un dossier administratif.

Toutes les informations concernant votre séjour et le fonctionnement de l'unité dans laquelle vous êtes accueilli, se trouvent dans les documents suivants :

- le livret d'accueil et ses annexes,
- le contrat de séjour,
- le règlement intérieur du CHRU de Montpellier,
- la charte de la personne âgée.

II – CONDITIONS D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT

II-1 L'hébergement en USLD : le cadre de vie

Les chambres sont à un ou deux lits.

Elles sont équipées :

- de sanitaires :

- pour Bellevue, un cabinet de toilette avec un lavabo et WC, une salle de bain commune avec douche,
- pour Antonin Balmès, une salle d'eau avec lavabo, douche et WC,

- de placards individuels,
- d'une prise téléphonique (téléphone permettant de recevoir des appels 24h/24h et branché par l'équipe soignante à la demande),
- d'un dispositif permettant de brancher une télévision,
- d'un appel d'urgence installé dans la chambre et le cabinet de toilette. L'appel d'urgence est relié à la salle de soins.

Le mobilier est adapté aux handicaps liés au vieillissement : lit médicalisé, fauteuil adapté.

Les résidents ont librement accès à leur chambre. Lors d'un séjour à l'extérieur de l'institution, la place est conservée trente-cinq jours selon la législation en vigueur. Pendant cette période, la partie hébergement restera à la charge financière du patient

La chambre devient le nouveau lieu de vie du résident. A ce titre, il peut apporter quelques effets personnels à savoir petit meuble, cadre, télévision ou autre, à condition, que cela n'entrave pas le bon fonctionnement du service et la sécurité des locaux.
Une autorisation est à demander auprès du Directeur Délégué du pôle de Gérontologie par courrier, en indiquant la totalité des besoins personnels que le résident souhaite apporter.
Tout aménagement doit être obligatoirement soumis à sa validation.

II-2-1 Les conditions d'accueil

La vie en communauté impose certaines contraintes.
Un climat de confiance est nécessaire, ainsi que la reconnaissance des droits et des devoirs de chacun :

- le respect de la vie privée,
- la liberté d'aller et de venir,
- la liberté d'opinions et d'échanges d'idées,
- le droit aux visites, le droit à l'information.

Afin de préserver les libertés, la quiétude et la sécurité de chacun, il vous sera demandé :

⇒ d'adopter, de façon générale, un comportement compatible avec la vie en communauté.

⇒ d'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision, en particulier au-delà de 22 h 00. Passé cet horaire, l'utilisation d'écouteurs est particulièrement recommandée.

⇒ d'atténuer les bruits et les lumières le soir dans les chambres à 2 lits.

⇒ de ne pas dégrader les locaux mis à disposition.

⇒ de se conformer aux règles de sécurité en vigueur dans l'établissement et notamment de ne pas modifier les installations électriques existantes, de ne pas utiliser d'appareils à carburant liquide, solide ou gazeux ainsi que des couvertures chauffantes.

⇒ De ne rien jeter par les fenêtres afin de préserver un environnement agréable.

⇒ De ne pas fumer dans les lieux communs et dans les chambres, un coin fumeur est prévu à l'extérieur de l'établissement.

⇒ Toute présence et / ou consommation de produits illicites (stupéfiants et abus d'alcool), sont interdits.

⇒ Pour les dépôts d'objets de valeur, il vous sera proposé par l'équipe soignante un inventaire complet des objets et documents en votre possession lors de votre admission.
Vous pourrez effectuer auprès de la régie du Centre Antonin Balmès et de Bellevue, le dépôt de vos objets de valeur, documents ou moyens de règlement contre récépissé.

Pourboires et gratifications au personnel sont strictement interdits.

II-2-2 les repas

Les repas peuvent être servis, selon les besoins et l'autonomie de chacun dans le créneau horaire prévu dans le livret d'accueil et le contrat de séjour :

- dans la salle à manger de l'établissement,
- dans une des salles à manger de l'unité,
- en chambre.

II-2-3 les horaires de visite

Les horaires de visite sont souples et concrétisent une volonté de maintenir et de favoriser les liens sociaux. Ils figurent dans le livret d'accueil et sont affichés à l'entrée des établissements.

II-2- 4 le linge

Le linge personnel doit ***impérativement*** être "marqué" au nom de la personne par la famille (quel que soit le mode d'entretien de celui-ci) et au nom de l'unité d'accueil.
Cette prestation d'entretien est offerte par le CHRU. Toutefois ce dernier décline toute responsabilité en cas de perte ou de dégradation.

Une bourse aux vêtements est organisée au sein de chaque centre, au printemps et en automne.

III – LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

III- 1 Projet de vie, projet de soin

Le projet de vie, projet de soin permet de prendre soin de la personne âgée et de l'accompagner tout au long de son parcours. Il est élaboré avec la personne âgée et sa famille.

Une équipe médicale est systématiquement présente en semaine pendant la journée. Une astreinte est assurée les nuits et les week-ends.

Les soins **médicaux et infirmiers** sont assurés 24h/24 par des professionnels diplômés.

Les soins de rééducation sont assurés du lundi au vendredi sauf les jours fériés par les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes, dont l'objectif est de préserver et de maintenir au mieux l'indépendance et l'autonomie du résident.
Des plateaux techniques sont à disposition sur chaque site.

L'entretien de l'environnement est assuré par une équipe d'ASH.

La prise en charge psychologique du résident et de sa famille est assurée par un psychologue les jours ouvrés.

Le suivi de la nutrition et la prise en charge de l'hydratation sont assurés par une équipe pluridisciplinaire composée du médecin, du chirurgien dentiste, de soignants, de la diététicienne et de l'orthophoniste.
Les repas sont adaptés en fonction des prescriptions médicales, des goûts alimentaires et du culte de chacun.

L'animation est adaptée à la personne âgée.

Le projet d'animation élaboré en équipe pluridisciplinaire prévoit :

- des animations collectives, incluant la participation des familles, du personnel et des bénévoles,
- des animations individuelles, plus personnalisées.

Les activités d'animation et les informations essentielles relatives à la vie de l'établissement sont portées à la connaissance des résidents et de leurs proches, par affichage dans les unités de soins et les zones communes.

Un parc arboré est à disposition.

Un minibus climatisé et adapté pour le transport des personnes à mobilité réduite est à disposition, afin de permettre les déplacements (excursions, visites) organisés par le service.

III-2 Les relations avec les familles

Une rencontre biannuelle

L'équipe médicale et paramédicale, attentive à la qualité de votre séjour, organise deux fois par an, une rencontre avec les résidents et leurs familles, en présence du Chef de pôle, du Directeur Délégué, du Directeur de la Coordination Générale des Soins, du cadre supérieur de santé, des équipes médicales et des cadres de santé.

Un représentant des familles

Il est l'interlocuteur privilégié entre les équipes soignantes, l'encadrement médical/soignant et la Direction de l'hôpital. Il a pour mission de faciliter l'expression des personnes âgées et de leur famille, de favoriser le dialogue et l'échange.

Vous pouvez le contacter par l'intermédiaire d'une boite aux lettres située, au rez-de-chaussée près de l'accueil, de chaque établissement.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 10

Famille d'accueil thérapeutique

En complémentarité des modes classiques de prises en charge d'hospitalisation, le CHRU peut proposer un accueil thérapeutique au sein d'une cellule familiale agréée.

MAJ en septembre 2003

CHU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Pôle de psychiatrie

REGLEMENT INTERIEUR

ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE DES PERSONNES ADULTES

Textes de référence :

- Loi n° 89475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes.

- Décret n° 90-503 du 22 juin 1990.

- Décret n° 90-504 du 22 juin 1990.

- Décret n° 91-88 du 23 janvier 1991.

- Arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique.

- Note d'orientation DH/JB/91 n° 72 du 27 décembre 1991 sur l'accueil familial thérapeutique des malades mentaux

*

* *

*

I - MISSIONS ET OBJECTIFS -

Article 1er :

L'Accueil Familial Thérapeutique organise la prise en charge de personnes adultes souffrant de troubles mentaux dans des unités d'accueil familial, sous le contrôle et la responsabilité du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier - Hôpital La Colombière dans les conditions fixées par le présent règlement intérieur.

Il a pour but la poursuite du traitement de certains malades susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable en vue d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie.

Article 2 :

L'accueil familial thérapeutique peut s'effectuer de façon continue ou discontinue, à temps plein ou à temps partiel. Il peut constituer une première prise en charge et être associé simultanément à d'autres modes de prise en charge.

Article 3 :

Le fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique relève de la responsabilité du Directeur de l'Hôpital La Colombière. Leur marche technique et médicale est confiée à un médecin psychiatre qui coordonne une équipe de soins pluridisciplinaire. Il est désigné dans les articles suivants sous le vocable de "Psychiatre Coordonnateur". Ils sont mis en oeuvre au sein des secteurs de psychiatrie adulte et de la Polyclinique de Psychiatrie.

II - PERSONNES POUVANT BENEFICIER DE L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE -

Article 4 :

Peut faire l'objet d'un accueil familial thérapeutique :

- le malade suivi dans le cadre de l'activité du secteur dont l'état mental nécessite à la fois la poursuite de soins pouvant être donnés sans hospitalisation et un cadre d'existence familial qu'aucun parent n'est en mesure de lui fournir ;
- le malade, en traitement dans les unités de soins de l'Hôpital La Colombière, dont l'état mental est suffisamment amélioré pour envisager un placement dans une famille sans qu'il soit possible de prononcer une sortie pure et simple.

Article 5 :

Les patients en H.D.T. (Hospitalisation sur Demande d'un Tiers) ou en H.O. (Hospitalisation d'Office) ne peuvent bénéficier de ce mode de prise en charge.

III - COMPOSITION, IMPLANTATION ET AGREMENT DES UNITES D'ACCUEIL FAMILIAL -

Article 6 :

L'unité d'accueil familial peut être constituée soit par :

- une famille au sens traditionnel du terme,
- une famille dite thérapeutique constituée pour accueillir spécialement les malades. Elle regroupe alors deux adultes des deux sexes,
- une communauté d'accueil thérapeutique, constituée de plusieurs adultes des deux sexes dont le nombre est apprécié en fonction de celui des patients accueillis et la nature de leur pathologie.

Article 7 :

Le nombre de personnes reçues par unité d'accueil familial ne peut dépasser deux.

Ce nombre pourra être porté à trois par le Préfet du Département sur proposition du Médecin Inspecteur de la Santé de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Il pourra être dérogé à cette règle par le Préfet sur proposition du Médecin Inspecteur de la Santé dans le cadre de communautés d'accueil thérapeutiques, sous réserve que plusieurs personnes de l'unité d'accueil consacrent exclusivement leur activité aux malades.

La demande de dérogation sera motivée et transmise par le Directeur au Médecin Inspecteur de la Santé après avis du psychiatre coordonnateur.

Article 8 :

L'unité d'accueil familial doit se situer préférentiellement dans l'aire géographique des secteurs de santé mentale rattachés à l'Hôpital La Colombière et, en tout état de cause, dans un périmètre permettant à l'équipe de soin de suivre le patient dans de bonnes conditions.

Article 9 :

Les personnes souhaitant constituer une unité d'accueil familial doivent en faire la demande écrite au Directeur.

Article 10 :

Suite à cette demande, une procédure d'agrément peut être mise en oeuvre en fonction des besoins des différents secteurs de l'Etablissement.

Cette procédure doit permettre d'évaluer les conditions de vie de l'unité d'accueil familial, les motivations et l'aptitude psychologique de ses membres à reconnaître les besoins spécifiques des patients souffrant de troubles mentaux.

Elle comporte :

- une enquête sociale au domicile de l'auteur de la demande,
- tous entretiens avec les membres de l'équipe de soins, jugés nécessaires par le psychiatre responsable du suivi de l'accueil familial thérapeutique dans le secteur concerné. Ces entretiens donnent lieu à un rapport de l'équipe soignante.

Article 11 :

Suite à la procédure définie à l'article 10, le Directeur procède à l'agrément de la personne responsable de l'accueil au sein de la famille sur proposition du médecin psychiatre désigné à l'article 3.

Tout refus doit être motivé et notifié à la personne concernée.

L'agrément donne lieu à la constitution d'un dossier qui outre la demande, l'enquête sociale et le rapport de l'équipe soignante prévus aux articles 9 et 10 comprend :

- la proposition formulée par le psychiatre coordonnateur,
- un certificat médical d'aptitude à la mission d'accueil concernant chacun des membres de la famille,
- une fiche familiale d'Etat Civil,
- un extrait n°3 du casier judiciaire des membres de la famille,
- un R.I.B. ou R.I.P.,
- une attestation d'assurance définie à l'article 12 ci-après comportant les mentions suivantes :

  a) la référence aux dispositions légales et réglementaires,
  b) la raison sociale de l'entreprise d'assurance,
  c) le numéro de contrat d'assurance,
  d) les nom, prénom et adresse de l'assuré,
  e) la date de l'agrément, le nombre, les noms et prénoms des personnes accueillies,
  f) la période de validité de la garantie.

L'agrément est donné pour une année. Il sera renouvelable sur présentation :

- d'une fiche sur la composition de la famille,
- de l'attestation d'assurance prévue à l'article 12.

Article 12 :

La famille d'accueil agrée doit souscrire un contrat d'assurance conforme aux dispositions du Décret n° 91-88 du 23 janvier 1991 relatif aux modalités d'application des articles 12 et 18 de la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989.

Le contrat garantira les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile engagée en raison des dommages subis par la ou les personne(s) accueillie(s) et encourue par l'assuré soit :

- de son fait personnel et du fait de toute personne habitant à son foyer ou y travaillant en tant que préposé ou non, du fait de ses meubles et de ses immeubles, de ses animaux domestiques,

- en tant que propriétaire ou locataire du fait notamment de l'incendie, de la foudre, de toute action de l'eau et du gel, de toute explosion ou implosion.

Article 13 :

Le Directeur peut mettre fin à l'agrément des unités d'accueil familial sur proposition du psychiatre coordonnateur et après enquête de l'équipe de soin.

Le retrait d'agrément peut également intervenir, sans enquête préalable en cas de faute grave du fait, notamment, du non respect des obligations définies aux articles 17 à 30.

La décision du Directeur est motivée et notifiée aux intéressés.

IV - MODALITES D'ADMISSION ET DE SORTIE EN UNITE D'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE -

Article 14 :

L'admission en unité d'accueil familial est prononcée par le Directeur sur proposition du psychiatre coordonnateur.

La première admission donne lieu à la signature d'un contrat d'accueil entre le Directeur de l'Etablissement et les membres de la famille d'accueil. Ce document rappelle les droits et les obligations de l'unité d'accueil par référence aux articles concernés du présent règlement intérieur. Il précise le nombre maximal de malades que l'unité peut héberger.

Il indique clairement le mode de rémunération de la personne responsable de l'unité.

Chaque admission fait par ailleurs l'objet d'une annexe au contrat d'accueil qui indique le contenu du projet thérapeutique retenu et les dispositions particulières qu'il induit.

Cette annexe est signée du Directeur, du psychiatre coordonnateur, des membres de l'unité d'accueil et du malade ou le cas échéant du représentant légal.

Elle précise :

- les règles de conduite que le malade est tenu d'observer,
- les modalités de sa participation à la vie familiale de l'unité,
- l'organisation des relations avec la famille naturelle lorsque cela s'avère possible et souhaitable.

Article 15 :

L'accueil familial pourra être interrompu après discussion entre l'équipe soignante, le patient et la famille d'accueil dans le cadre d'une remise en question ou d'une réorientation du projet thérapeutique.

Sur proposition du psychiatre coordonnateur, le Directeur ordonne le retrait, sans préavis, du ou des malades lorsque :

- la santé, la sécurité ou le bien être physique et moral de la personne accueillie sont menacés ou compromis,

- l'unité d'accueil familial ne respecte pas le projet thérapeutique élaboré par l'équipe de soins ou plus généralement les obligations définies aux articles 17 à 30.

Article 16 :

La fin de l'accueil familial peut être demandé, sans préavis, par l'unité d'accueil lorsque le comportement du malade compromet l'équilibre familial de l'unité.

V - ROLE ET OBLIGATIONS DES UNITES D'ACCUEIL FAMILIAL -

Article 17 :

L'unité d'accueil familial agit dans le respect du malade : ses membres sont tenus à la discrétion au regard de la vie privée des malades et au secret professionnel.

Article 18 :

L'unité d'accueil familial doit s'attacher avec l'aide de l'équipe de soins à reconnaître les besoins spécifiques du patient qui lui est confié et à y répondre. Elle contribue à l'insertion du malade dans l'environnement extérieur et participe au projet thérapeutique élaboré par l'équipe de soin.

Article 19 :

L'unité d'accueil familial s'engage à respecter le projet thérapeutique individuel élaboré par l'équipe de soin et à participer à toutes les actions que sa mise en oeuvre implique.

Elle s'engage, en outre, à donner accès, à l'équipe de soin et au Directeur de l'Hôpital La Colombière ou à son représentant, aux locaux réservés à la personne accueillie et ce, aux fins de contrôle.

Article 20 :

L'unité d'accueil familial fournit les prestations liées à l'hébergement de la personne, la nourriture, le logement, le chauffage, l'éclairage, l'eau, l'entretien (entretien de la personne, de son linge personnel, de sa chambre). Les conditions générales d'hébergement doivent respecter les règles générales d'hygiène mentionnées aux articles L 1er et suivants du Code de la Santé Publique.

Article 21 :

La personne accueillie prend ses repas avec les membres de l'unité d'accueil familial. Des conditions de régime alimentaire peuvent être fixées pour elle par le psychiatre coordonnateur, notamment en ce qui concerne les boissons.

Article 22 :

La chambre mise à la disposition de la personne accueillie doit avoir une superficie d'au moins 9 m².

La hauteur minima du plafond doit être de 2,5 mètres.

La chambre doit présenter des conditions d'aération, d'éclairage et de chauffage satisfaisantes. Elle doit être distincte des pièces utilisées pour les besoins de l'habitation des membres de l'unité d'accueil familial.

En dehors de la literie et des ustensiles de toilette, le mobilier doit comporter, au minimum, une table, une chaise, un meuble ou un placard individuel de dimension suffisante pour les effets personnels de la personne accueillie.

L'unité d'accueil fournit le linge de toilette qui doit être changé aussi souvent que nécessaire.

La personne accueillie doit pouvoir utiliser des sanitaires facilement accessibles et adaptés ainsi qu'une salle de bains ou de douches.

Article 23 :

Conformément à l'article 326-2 du Code de la Santé Publique, la personne accueillie dispose des mêmes droits liés à l'exercice de ses libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Le courrier qui lui est destiné peut lui être envoyé directement à l'adresse de l'unité d'accueil familial.

Article 24 :

L'unité d'accueil familial permet au malade d'entretenir des relations avec sa famille naturelle dans les conditions fixées par le projet thérapeutique.

Article 25 :

L'unité d'accueil familial ne peut user, à l'égard de la personne qui lui est confiée, de moyens de contrainte, au delà du rôle éducatif et de surveillance qui lui est normalement dévolu. Toute violence ou tout mauvais traitement entraînerait, sans préjudice des poursuites judiciaires éventuelles, le retrait immédiat du malade et l'annulation de l'agrément.

Article 26 :

La personne accueillie ne peut être astreinte à aucun travail au profit de l'unité d'accueil familial, sauf accord particulier du psychiatre coordonnateur. Dans ce cas, les travaux susceptibles d'être effectués par le malade sont explicitement prévus dans le projet thérapeutique individuel ainsi que le mode de rétribution dont il bénéficie en retour.

Article 27 :

L'unité d'accueil familial ne peut percevoir ou détenir des sommes d'argent appartenant à la personne accueillie sauf accord particulier de l'équipe de soins dans le cadre du projet thérapeutique individuel.

La gestion de l'argent du patient au quotidien est assurée par lui même ou en cas de mesure de protection judiciaire par son représentant légal.

Article 28 :

L'unité d'accueil familial ne peut accueillir une personne :

1) dont l'un de ses membres assure la tutelle,
2) qui appartient à la famille jusqu'au 4ème degré inclus (article 3 de la loi du 10 juillet 1989).

Article 29 :

L'unité d'accueil familial ne peut recevoir un legs de la personne accueillie.

Article 30 :

L'unité d'accueil familial :

- signale immédiatement tout changement notable de l'état de santé du patient et fait appel à l'équipe soignante en cas d'urgence,
- respecte des obligations spécifiques au traitement médical du patient,
- surveille l'exécution des prescriptions médicales, assure la distribution et contrôle la prise des médicaments remis par les infirmiers visiteurs,
- fait appel, en cas de troubles somatiques, à l'établissement ou en cas de nécessité à un médecin généraliste ou un service d'aide médicale urgente.

VI - ROLE ET OBLIGATIONS DE L'EQUIPE DE SOIN -

Article 31 :

Sous la responsabilité technique et médicale du psychiatre coordonnateur, l'équipe de soin assure l'organisation, le soutien thérapeutique et le contrôle de l'accueil familial dans le respect du présent règlement intérieur.

Article 32 :

Avec le concours de l'équipe de soin, le psychiatre coordonnateur :

- pose les indications de l'accueil familial et en assure le suivi médical,
- prépare le malade et, le cas échéant sa famille naturelle, à ce mode de prise en charge,
- informe le malade des conditions de son accueil, de l'organisation de l'équipe et de la personne référente à laquelle il peut faire appel ;
- recueille le consentement du patient ou de son représentant légal sur le choix de l'unité d'accueil ainsi que celui de tous les membres de l'unité ;
- effectue la mise en relation du malade et de l'unité d'accueil familial et en suit l'évolution ;
- indique au malade et à la famille d'accueil la personne à joindre en cas d'urgence la nuit, les dimanches et jours fériés ;
- contrôle l'aspect matériel de l'accueil, l'installation du malade, le respect de son confort et de ses droits ;
- dirige et soutient l'action de l'unité d'accueil familial ;
- apporte éventuellement une aide à la famille naturelle du malade et tente de restaurer ses liens avec ce dernier lorsque cela s'avère possible et souhaitable.

Article 33 :

Chaque équipe de soin assure, avec les moyens qui lui sont propres, la surveillance des personnes accueillies et effectue auprès d'elles des visites régulières. Elle rend compte régulièrement de sa mission au psychiatre coordonnateur.

VII - FORMALITES EN CAS DE DECES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE -

Article 34 :

En cas de décès de la personne accueillie, la procédure à suivre est la suivante :

La famille d'accueil, après avoir informé le service d'accueil familial
- fait appel à un médecin qui constate le décès et lui délivre le certificat,
- effectue la déclaration de décès à la Mairie du lieu de résidence.

L'Hôpital fait procéder au transport du corps du domicile de la famille d'accueil jusqu'à Montpellier au complexe funéraire de Grammont - sauf avis contraire de la famille naturelle qui se chargerait des obsèques.

VIII - REMUNERATION DE L'UNITE D'ACCUEIL FAMILIAL -

Article 35 :

En contrepartie des prestations fournies, le C.H.U. de Montpellier attribue à l'unité d'accueil familial la rémunération journalière et les indemnités prévues par l'arrêté du 1er octobre 1990, notamment en son article 9 pris en application de l'article 18 de la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux des personnes âgées ou handicapées adultes. Soit :

- une rémunération journalière pour service rendu. Elle peut être majorée pour sujétion particulière justifiée par la disponibilité supplémentaire demandée à l'unité d'accueil familial pour assurer la continuité de l'accueil ;
- éventuellement une indemnité correspondant aux prestations de soutien offertes au patient dans le cadre du projet thérapeutique ;
- une indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie ;
- un loyer forfaitaire pour la ou les pièce(s) réservée(s) à la personne accueillie.

La rémunération journalière de service rendu, sa majoration pour sujétion particulière et l'indemnité correspondant aux prestations de soutien sont les éléments constitutifs du contrat de travail établi entre le C.H.U. de Montpellier et l'unité d'accueil familial.

L'indemnité représentative de frais d'entretien et le loyer rémunèrent des prestations de service fournies par l'unité d'accueil familial.

Article 36

La rémunération journalière et les indemnités afférentes sont décomptées par jour effectif de présence de la personne accueillie à l'exception du loyer qui sera également versé en cas d'absence momentanée du patient pour cause d'hospitalisation (psychiatrique ou somatique). Cette dérogation est limitée à 30 jours par an.

Lorsque pendant le séjour en unité d'accueil le malade est suivi en hôpital de jour ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, l'unité d'accueil continue d'être rétribuée en totalité mais prend en charge les repas consommés par le malade dans ces services.

IX - INSCRIPTION BUDGETAIRE -

Article 37 :

Les recettes et les dépenses de l'accueil familial thérapeutique sont décrites au budget du C.H.U. de Montpellier. Elles sont classées selon leur nature, avec les autres opérations du C.H.U. conformément aux prescriptions réglementaires relatives à l'organisation de la comptabilité hospitalière.

Les charges propres à l'accueil familial thérapeutique sont regroupées dans un compte particulier de la comptabilité des prix de revient tenue par le C.H.U. et dans les conditions réglementaires en vigueur.

L'accueil familial thérapeutique donne lieu à établissement d'une tarification distincte de celle fixée pour les malades hospitalisés.

X - DIVERS -

Article 38 :

Pour tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions du présent règlement, le règlement intérieur du C.H.U. est applicable au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique.

Article 39 :

Le Directeur peut, dans le cadre du présent règlement édicter en accord avec les médecins, les réglementations de détail qui peuvent paraître nécessaires.

Article 40 :

Le présent règlement sera remis à toute personne qui aura demandé à recevoir des patients.

Elle devra s'engager par écrit à en respecter les clauses.

Article 41 :

Le présent règlement est applicable à compter de son approbation par Monsieur le Préfet de la Région Languedoc-Roussillon à toutes les admissions en accueil familial thérapeutique réalisées par l'Hôpital La Colombière y compris celles qui l'ont été en application de la réglementation antérieure.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 11

Accueil familial et CAPE
(Centre d'Accueil de la Petite Enfance)

Règlement de fonctionnement

L' OSTAL DELS PICHONETS

20 rue FORCRAND 34000 Montpellier
tel : 04 67 33 26 00 ou 26 01

Sommaire

I - PRESENTATION DE LA STRUCTURE	**3**
II - PRESENTATION DU GESTIONNAIRE	**4**
III - PRESENTATION DU PERSONNEL	**5**
IV - LES MODALITES D'INSCRIPTION	**7**
V - L'AUTORITE PARENTALE	**8**
VI - CONTRACTUALISATION - RESERVATION ET FACTURATION	**8**
Les différents accueils	8
Les différents contrats	9
VII - PRESENCE ET ABSENCE DE L'ENFANT	**11**
VIII - CONDITIONS DE SEJOUR	**11**
La santé de l'enfant	11
Les activités	14
IX - PARTICIPATION DES PARENTS A LA VIE DE LA STRUCTURE	**15**
X – RESPONSABILITE ET ASSURANCES	**15**
XI – UTILISATION DU REGLEMENT INTERIEUR ET RATIFICATION	**16**
ANNEXES	**17**

I - PRESENTATION DE LA STRUCTURE

Le Centre d'Accueil Petite Enfance du CHRU de Montpellier "L'Ostal dels Pichonets" est un lieu de vie destiné aux jeunes enfants âgés de 10 semaines à 4 ans.

Une possibilité d'accueil pour les enfants de 4 à 6 ans est réservée pour des enfants en situation de handicap, sous réserves de l'avis du médecin de la structure.
Il assure un multi-accueil :

- un accueil collectif régulier
- un accueil collectif occasionnel
- un accueil d'urgence en collectif
- un accueil familial chez des assistantes maternelles agréées.

L'objectif du multi-accueil est d'apporter une plus grande souplesse et une meilleure réponse aux besoins et contraintes des parents agents hospitaliers ainsi que des étudiants de l'Institut de Formation et des Ecoles rattaché au CHRU ou agents salariés d'entreprises prestataires (sous réserves de disponibilité) .

L'accueil est ouvert aux parents qui résident dans les quartiers Boutonnet, et Hôpitaux/Facultés de Montpellier*, à hauteur de 30% de la capacité totale.

Les admissions sont soumises à l'acceptation du dossier par la Commission d'attribution, en fonction des places disponibles dans l'établissement.

L'Etablissement d'accueil collectif : 150 berceaux

L'accueil s'effectue dans quatre modules :

- **Modules A et B :**
  Ouverture : 6h à 21h30 du lundi au vendredi.
  80 berceaux

Semaine	6h - 7h	7h - 8h	8h - 9h	9h - 18h	18h - 19h	19h - 20h	20h - 21h30
Nb de berceaux	10	20	40	80	40	20	8

  - Fermeture d'un module 3 semaines en août
  - Fermeture d'un module 1 semaine à Noël
  - Fermeture week-end et jours fériés

- **Modules C et D :**
  Ouverture : 7h30 à 18h30 du lundi au vendredi.
  70 berceaux

Semaine	7h30 - 8h	8h - 9h	9h - 17h	17h - 18h	18h - 18h30
LMJV	5	45	70	40	10
Mercredi	5	35	60	35	5

  - Fermeture d'un module 4 semaines en été
  - Fermeture d'un module 1 semaine à Noël

- **Accueil occasionnel :**
  Ouverture : 7h30 à 18h30 du lundi au vendredi.

Semaine	8h - 12h	12h - 14h	14h - 18h30
LMJV	10	5	10
Mercredi	15	10	15

- **2 places d'accueil régulier parmi les 150 places sont réservées prioritairement à l'accueil d'enfants de 4 à 6 ans porteurs de handicap.**

L'accueil pour chaque module peut être régulier ou occasionnel.
En accueil occasionnel, l'accueil est réalisé **en fonction des disponibilités.**

- **Des places sont réservées** pour les enfants dont les parents sont engagés dans un parcours d'insertion social ou professionnel et dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire du RSA ou pour une femme enceinte isolée.

* Liste officielle des quartiers et sous quartiers de la Ville de Montpellier

Le Service d'accueil familial (uniquement réservé au personnel hospitalier)

- 120 enfants accueillis au domicile des assistantes maternelles.
- **De 6h à 21h30, du lundi au samedi inclus.**
- Fermeture le 1er janvier et le 25 décembre.

II - PRESENTATION DU GESTIONNAIRE

Le Centre d'accueil est placé sous la responsabilité du Directeur Général du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier, Etablissement Public de Santé.

Le service d'accueil petite enfance du CHRU est régi par la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989, les décrets n°2000-762 du 1er août 2000, n° 2007-230 du 20 février 2007, l'arrêté du 26 décembre 2000 concernant le personnel, l'arrêté du 3 mai 1989 concernant les évictions, ainsi que pour le service d'accueil familial les lois du 12 juillet 1992, n° 2005-706 du 27 juin 2005, les décrets 2006-627 du 29 mai 2006, 2006-1153 du 14 septembre 2006 et du décret n° 2010-613 du 7 juin 2010 .

CHRU de MONTPELLIER
Centre d'Accueil de la Petite Enfance " l'Ostal dels Pichonets"
ADRESSE : 20 rue de FORCRAND
34 295 Montpellier Cedex 5

TELEPHONE : 04 67 33 26 00 ou 01 FAX : 04 67 33 26 35
COURRIEL: accueil-petite-enfance@chu-montpellier.fr

III - PRESENTATION DU PERSONNEL

La prise en charge des enfants est assurée par un personnel diplômé, qualifié, et chargé des tâches d'entretien des locaux :

- Cadre de Santé Puéricultrice, coordinatrice de l'ensemble de la structure.
- Puéricultrices (eurs)
- Educatrices (eurs) de jeunes enfants
- Auxiliaires de puériculture
- Personnels titulaire d'un CAP petite enfance ou équivalence
- Agents des Services Hospitaliers
- Secrétaires
- Psychologue
- Médecin sur vacations
- 50 Assistantes maternelles (accueil familial).

Le Cadre de Santé Puéricultrice : Coordinatrice de la structure

Le cadre responsable du centre d'accueil petite enfance "l'ostal dels pichonets" planifie, organise et coordonne les activités de la crèche et des personnels. Elle coordonne les activités et anime une équipe pluridisciplinaire oeuvrant pour une prise en compte globale de l'enfant, définie dans le projet éducatif. La coordonnatrice est obligatoirement consultée sur les décisions d'admission ou de retrait des enfants. Elle est garante de la qualité d'accueil des enfants.

En cas d'accident grave survenu en cours d'accueil, elle est tenue de le signaler à la Direction Générale et à la PMI dans les 48 heures qui suivent.

Elle est secondée par une équipe de puéricultrices qui la remplace à tour de rôle en son absence.

Les puéricultrices

Une puéricultrice assure la responsabilité des modules A et B (horaires atypiques) **et une puéricultrice assure la responsabilité des modules C et D** (horaires réguliers). **Ces 2 responsables assurent, notamment, l'accueil des parents et l'élaboration du contrat.**

Les puéricultrices de l'accueil collectif et familial sont garantes de la prise en compte des besoins de l'enfant, contribuent à son développement physique, cognitif, psycho affectif et social. En lien direct avec le cadre de santé, elles animent et coordonnent l'équipe du secteur dont elles ont la responsabilité, encadrent des étudiants infirmiers, infirmiers spécialisés. Elles peuvent avoir des fonctions de correspondants (hygiène, allaitement maternel...)

Les éducateurs de jeunes enfants

Une éducatrice est responsable de l'accueil familial.

Les éducateurs sont responsables de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des projets pédagogiques. Ils assurent des fonctions d'éducation, de prévention et de coordination dans les activités et encadrent des étudiants de l'Institut Régional des Travailleurs Sociaux.

Les auxiliaires de puériculture

Les auxiliaires de puériculture veillent au respect d'un développement individualisé de chaque enfant. Elles accueillent et encadrent les enfants et veillent à leur sécurité et leur bien-être. Elles assurent l'encadrement des étudiants auxiliaires de puériculture. Les activités pédagogiques se font en lien avec la puéricultrice et l'éducateur et suivent le rythme des enfants.

Les CAP petite enfance

Ils accueillent les enfants, en collaboration avec l'auxiliaire de puériculture. Ils veillent à la sécurité et au bien-être des enfants et sont placés sous la responsabilité des puéricultrices et éducateurs de jeunes enfants.

L'Assistante maternelle

L'assistante maternelle agréée par le Président du Conseil Général, a suivi une formation qui la prépare à l'accueil du jeune enfant. Cet accueil individualisé est réalisé au domicile de l'assistante maternelle.

Les agents d'entretien

Les agents d'entretien (ASH) sont chargés de l'entretien des locaux, des terrasses, du matériel hôtelier, des structures de jeux moteurs ainsi que de la gestion de l'office alimentaire et du linge.

Les secrétaires

Les secrétaires accueillent, informent et orientent les parents. Elles préparent les commissions d'admission et assurent la facturation mensuelle de l'accueil des enfants. Elles sont en relation avec les différents partenaires du Centre d'Accueil de la Petite Enfance.

Le psychologue

Le psychologue apporte ses connaissances dans les démarches de prévention psycho-pédagogique auprès de l'équipe et des parents. Il consacre des temps d'observation du jeune enfant dans les unités de vie. Il participe aux réunions avec les équipes et les parents et travaille en lien avec les partenaires du Centre d'Accueil (M.P.E.A, C.A.M.S.P, P.M.I....).

Le personnel est suivi annuellement par la médecine du travail du CHRU.

Toutes les personnes citées travaillent en équipe, sous la responsabilité de la cadre de santé puéricultrice coordinatrice.

Tous les membres de l'équipe ont dû fournir un extrait de casier judiciaire, un dossier médical complet comprenant les justificatifs suivants :

- Une attestation d'examen médical précisant son aptitude professionnelle au travail en collectivité et sa non contagiosité
- Une attestation notifiant qu'il est à jour de ses vaccinations obligatoires

Les stagiaires

Des stagiaires sont accueillis dans le cadre de leur formation professionnelle pour l'accueil du jeune enfant (élèves puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture et CAP petite enfance). Ils sont encadrés et sous la responsabilité des puéricultrices et éducateurs de jeunes enfants ainsi que du cadre de santé responsable de la crèche.

En aucun cas, les stagiaires ne sont comptés dans l'effectif du personnel. Les stagiaires mineurs ne peuvent se voir confier certaines tâches auprès des enfants (changes, biberons,..) et effectueront un stage surtout centré autour de l'observation. Les stagiaires sont soumis aux mêmes vaccinations que le personnel des établissements.

Le médecin de la structure

Les missions

L'hygiène:

- veille à l'application des mesures préventives d'hygiène et des mesures à prendre en cas de maladies contagieuses ou d'épidémies d'enfants. Dans ce cadre, peut être amené à examiner l'enfant et se mettre en relation avec les parents et le médecin pour la conduite à tenir.
- répond à toute question et participe de façon active avec l'équipe de la crèche aux actions d'éducation et de promotion pour la santé.

Surveillance de la santé :

- prononce l'admission définitive de l'enfant à la crèche suite à la visite médicale. La visite d'admission permet d'aborder toute question concernant la santé de l'enfant et les situations particulières (pathologie infectieuse, allergie, difficultés éventuelles...). Pour les

enfants de plus de 4 mois, les parents peuvent fournir un certificat médical du pédiatre habituel de l'enfant.

- informe les parents sur les conditions d'accueil spécifiques.
- En coordination avec le cadre de santé et les puéricultrices du multi accueil, il établit le rythme de surveillance des enfants (courbe de poids/taille, vaccinations, suivi de santé).
- définit les conditions d'accueil d'enfants atteints de maladies ou de handicap.
- établit un protocole autorisant la dispensation de certains médicaments dans le centre d'accueil au regard des décrets de compétence en vigueur.
- organise les conditions de recours en cas d'urgence et en définit les protocoles et procédures.
- participe de façon régulière à des réunions avec l'équipe et la psychologue afin d'optimiser les conditions de vie des enfants, aborder les problèmes de santé ou de comportement, et prendre les décisions utiles.
- prend contact chaque fois que cela lui paraît nécessaire avec le médecin traitant, la PMI ou les services hospitaliers.
- donne avis pour le maintien dans le multi accueil d'un enfant présentant un problème de santé nécessitant un traitement, une pathologie chronique ou un handicap.

IV - LES MODALITES D'INSCRIPTION

Les parents souhaitant faire admettre leur(s) enfant(s) doivent :

1. Prendre rendez vous auprès du secrétariat pour une réunion préalable d'information.

2. Assister à cette rencontre et y retirer un dossier d'inscription : Lors de cette rencontre, une évaluation des besoins des parents en matière d'accueil sera effectuée (accueil familial, accueil collectif, temps d'accueil souhaité, particularités de la demande des parents ....) et toutes les informations nécessaires seront apportées.
   Cette démarche permettra d'établir le futur contrat d'accueil, base de référence des plages de réservation pour l'accueil de l'enfant et du calcul de la participation financière des parents.

3. Compléter le dossier, fournir tous les justificatifs demandés et le remettre au secrétariat dans les délais impartis (tampon de réception faisant foi). Un numéro d'inscription sera délivré.

   TOUT DOSSIER INCOMPLET ET/OU DEPOSE AVEC RETARD SERA REFUSE ET NE SERA PAS PRESENTE EN COMMISSION.

4. Tout parent souhaitant évoquer une situation particulière peut prendre un rendez vous avec la cadre puéricultrice coordonnatrice et/ou le service social du personnel.

5. Le dossier sera soumis à la commission d'admission qui se réunit deux fois par an.

6. Une réponse sera adressée par courrier mentionnant, en cas d'admission, le secteur d'accueil de l'enfant. La liste des dossiers admis avec leur numéro d'inscription est consultable sur le site intranet du CHRU de Montpellier et affichée à l'entrée de la crèche.

7. En cas de non réponse des familles sous 15 jours après envoi de ce courrier d'admission, la place est proposée à une autre famille en respectant la liste d'attente.

V - L'AUTORITE PARENTALE

L'autorité parentale est déterminante pour la cadre puéricultrice coordinatrice de la crèche qui doit savoir qui peut venir chercher l'enfant.

Rappel des dispositions légales relatives à l'autorité parentale :

- ***Couples mariés*** : l'autorité parentale est exercée en commun (article 372 du Code Civil). La copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant et/ou le livret de famille en fait foi.
- ***Couples divorcés ou séparés de corps*** : l'autorité parentale est exercée en commun sauf si une décision judiciaire la confie à un seul parent. La décision du Juge des Affaires Familiales, fixant l'autorité parentale et les conditions de son exercice, en fait foi.
- ***Parents non mariés*** : l'autorité parentale est exercée en commun s'ils ont reconnu leur enfant, ensemble ou séparément, dans la première année de sa naissance. La copie intégrale de l'acte de naissance en fait foi.
    - L'exercice partagé de l'autorité parentale peut aussi résulter d'une décision du juge aux Affaires Familiales ou de la déclaration conjointe des père et mère devant le greffier en chef du Tribunal de Grande Instance. Dans ces cas, la copie de la décision du Juge des Affaires Familiales ou de la déclaration conjointe devant le Tribunal de Grande Instance en fait foi.
- ***Filiation de l'enfant établi à l'égard d'un seul parent*** : celui-ci exerce l'autorité parentale. La copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant en fait foi.

Possibilité de remettre ou non un enfant accueilli en crèche collective ou familiale :

Si l'autorité parentale est exercée conjointement par les parents, le professionnel de la crèche remet l'enfant à l'un ou l'autre parent indifféremment.

Si l'autorité parentale n'est fixée que pour un seul parent, le professionnel de la crèche ne peut remettre l'enfant qu'à ce parent investi de l'autorité parentale, sauf autorisation écrite qu'il donnerait au bénéfice de l'autre, lors de l'admission. Cette autorisation est révocable par écrit à tout moment.

En cas de résidence alternée, ordonnée à titre définitif ou provisoire par le juge, une copie de la décision du juge est remise à la puéricultrice responsable de module afin que le professionnel de la crèche remette l'enfant au parent désigné selon le rythme fixé par le juge.

En cas de tutelle confiée à un tiers, l'enfant est remis à son tuteur légal. La décision du juge des tutelles doit être fournie à la puéricultrice responsable de module.

En cas de parents non mariés, séparés ou divorcés les documents mentionnant l'autorité parentale devront être fournis.

VI - CONTRACTUALISATION - RESERVATION ET FACTURATION

Les différents accueils

<u>L'accueil régulier</u> :
Les enfants sont inscrits dans la structure selon un contrat établi avec les parents pour un forfait d'heures. Ce type d'accueil fait l'objet d'une contractualisation.

<u>L'accueil ponctuel ou occasionnel</u> :
L'enfant est connu et inscrit dans la structure. Il est accueilli pour une durée limitée. Il répond à des besoins ponctuels de courte durée.

L'accueil d'urgence :
L'enfant n'a jamais fréquenté la structure et pour lequel les parents doivent bénéficier d'un accueil en urgence pour raisons médicales ou sociales. La notion d'urgence est appréciée par la Direction de l'établissement, représentée par la cadre de santé puéricultrice coordinatrice.

Les différents contrats

Pour l'accueil collectif :

- **le contrat régulier**
  Il est défini par un nombre d'heures d'accueil annuel souhaité par la famille, rapporté à un volume d'heures mensuel.
  Les parents peuvent déduire du contrat les jours de congés annuels et de RTT. Lors de la fermeture des modules, une priorité d'accueil sera donnée aux enfants du personnel hospitalier. Il est souhaitable, dans l'intérêt de l'enfant, de prévoir une ou plusieurs coupures pour congés.

  Les contrats sont revus annuellement et réévalués en fonction des revenus des parents. Une période de quatre mois d'essai permet de vérifier si le contrat est bien adapté. Un ajustement sera fait si nécessaire par la responsable de module ou sur demande des parents.
  Un bilan annuel des réservations est effectué en fin d'année. Si la réservation s'avère supérieure au contrat, le surplus sera facturé.
  En cas de départ définitif avant l'âge de 4 ans, un préavis d'un mois est nécessaire. A défaut, un mois sera facturé. Un courrier devra être envoyé à la crèche afin de confirmer le départ définitif.

  Pour respecter le calme des repas des groupes d'enfants :
  - L'arrivée ne peut pas se faire le matin après 10 h 45.
  - Tout enfant présent à 18 h 45 prendra son repas du soir à la crèche. Le parent devra attendre la fin du repas pour partir avec son enfant (19h30).

- **Le contrat occasionnel**
  La participation de la famille est forfaitaire et couvre la prise en charge de l'enfant pendant son temps de présence dans la structure, y compris les repas principaux et les soins d'hygiène.

  Les réservations sont effectuées le jeudi matin de 9h à 11h pour la semaine suivante.

  - La réservation est faite en créneaux horaires pour des séquences supérieures à 2 heures.

  Pour permettre une organisation des activités :
  - L'arrivée ne peut pas se faire le matin après 9 h 00.
  - L'accueil d'après midi commence à partir de 14 h 00.
  - Entre 13 h et 14 h, il n'est pas souhaitable pour le confort des enfants de réaliser des départs, ni arrivées.
  - Le départ se fait à 11 h au plus tard si l'enfant ne prend pas le repas. Au delà, un repas sera servi à l'enfant.

  La facturation prend en compte les heures réalisées. Elle est effectuée en fin de mois.

Pour tout type d'accueil, les parents sont tenus de pointer l'arrivée de l'enfant avant d'entrer dans l'unité, et de valider la sortie après avoir pris l'enfant dans l'unité.

- **Facturation**
  La Caisse d'Allocations Familiales soutient financièrement la crèche avec une prestation de service versée en fonction des présences des enfants.

  Les tarifs horaires sont établis à partir des taux d'effort demandés par la CAF. Le calcul s'effectue en fonction des ressources familiales (Annexe III).

  - Toute évolution de la situation professionnelle ou familiale entraînant une modification des revenus doit être signalée à la CAF afin de mettre à jour la participation horaire et les modalités de facturation.
  - L'établissement utilise le logiciel «Cafpro» avec l'autorisation des familles pour connaître leurs ressources. Pour l'année N, Cafpro prend en compte les ressources de l'année N-2.
  - Pour les familles qui refusent l'utilisation de «Cafpro» ou pour les non allocataires la détermination du montant des ressources à retenir s'effectue à partir de l'avis d'imposition N-1 basé sur les revenus de l'année N-2.
  - Les tarifs sont recalculés chaque année au mois de janvier de l'année N en fonction des revenus de l'année N-2.
    - En cas de non production des justificatifs de ressources ou de déclaration inexacte, la participation financière sera calculée sur la moyenne des tarifs horaires pratiqués dans l'établissement jusqu'à réception des documents, sans effet rétroactif.

  Pour l'accueil d'urgence, la facturation est réalisée sur le temps réel d'accueil et calculée sur la moyenne des tarifs horaires pratiqués dans l'établissement l'année précédente. Cette somme est payable immédiatement. L'accueil d'urgence est réalisé sur 1 ou 2 journées. En fonction du besoin des familles et des disponibilités de l'établissement, l'enfant pourra ensuite être accueilli en accueil régulier ou occasionnel selon les modalités prévues.

Pour l'accueil familial : Réservé au personnel hospitalier exclusivement

- **Le contrat**

L'enfant est accueilli sur le temps de travail du parent hospitalier. Ce contrat prend en compte les absences prévisibles du parent (cf. charte GTT : congés, RTT et autorisation maladie enfant)

Ce contrat est facturé mensuellement sur la base d'un barème établi annuellement par le CHRU. Comme pour la crèche collective, l'établissement utilise le logiciel « Cafpro» avec l'autorisation des familles pour connaître leurs ressources. Le parent peut avoir une aide par la CAF, la prestation est le *complément du libre choix du mode de garde.*
La saisie des horaires d'arrivée et de départ des enfants est réalisée par les assistantes maternelles et validée par les parents.

En cas de départ définitif avant l'âge de 4 ans, un préavis d'un mois est nécessaire. A défaut, un mois sera facturé. Un courrier devra être envoyé à la crèche afin de confirmer le départ définitif.

Certains enfants de la crèche collective pourront être accueillis en crèche familiale le week-end avec réservation en demi-journée ou en journée complète. Sauf maladie avec certificat médical à l'appui, toute réservation sera due.

Modalités de règlement pour tous les types d'accueil

Pour les agents du CHRU, le prélèvement sera effectué sur salaire sauf cas particuliers.
Pour les parents ne travaillant pas au CHRU, les factures de la crèche seront émises par la Trésorerie principale du CHRU de Montpellier sous forme de titre de recettes et réglées directement à la trésorerie principale.

VII - PRESENCE ET ABSENCE DE L'ENFANT

Dispositions communes aux plannings réguliers et irréguliers :
Le centre d'accueil Petite Enfance du C.H.R.U. s'engage à accueillir l'enfant sur les journées et demi-journées de présence réservées.

Les demandes d'accueil de l'enfant au-delà des plages réservées seront satisfaites dans la limite des possibilités réglementaires d'accueil de la crèche collective. Ces heures feront l'objet d'une facturation en heures supplémentaires de même que le dépassement des heures réservées.

En contrepartie, les parents s'engagent à communiquer le planning de présence de l'enfant à la responsable de module au plus tard deux semaines avant le début du mois concerné, et à l'informer d'éventuels changements de planning, dus à des impératifs professionnels, dès qu'ils en ont connaissance.

Absences

Les parents sont tenus de signaler toute absence le plus tôt possible.

A - Absence pour congés ou convenance personnelle

Les périodes d'absence de l'enfant au titre des congés ou convenance personnelle doivent être signalées à la responsable de module :

- au moins 15 jours avant la date de début des congés si ceux-ci sont inférieurs à deux semaines,
- au plus tard le 30 avril pour les congés d'été.
- Au plus tôt pour les absences pour convenance personnelle

B - Absence pour maladie de l'enfant

Le parent doit prévenir au plus tôt la responsable de module et fournir un certificat médical.

Pour l'accueil collectif, en cas de non production du certificat, cette absence ne pourra pas être comptabilisée comme maladie enfant par la CAF et ne pourra donner lieu au dégrèvement prévu à partir du 4ème jour de réservation (3 jours de carence).

VIII - CONDITIONS DE SEJOUR

LA SANTE DE L'ENFANT

Visite médicale :
La visite médicale de l'enfant permet d'aborder sa santé.

Lors de la visite d'admission et **tout au long du séjour,** les parents ont obligation d'informer le médecin Pédiatre du Centre d'accueil de toutes les situations pouvant retentir sur la santé et le comportement de l'enfant en accueil collectif ou familial.

Le médecin pédiatre de la crèche est autorisé à contacter le médecin de l'enfant s'il le juge nécessaire, après information des parents.

Le médecin donne son avis pour l'accueil ou le maintien d'un enfant porteur d'un handicap ou d'une pathologie. Il peut être amené à établir un protocole d'accueil individualisé (PAI) signé

entre le médecin traitant, le médecin du Centre d'accueil, le cadre coordinatrice de la structure et les parents.

Le protocole d'accueil individualisé précise les modalités d'accueil et de surveillance médicale de l'enfant et de conduite à tenir en cas d'aggravation de l'état de santé de l'enfant.

Le cadre coordinatrice du Centre d'accueil dispose d'un pouvoir d'appréciation pour accepter ou non l'accueil de l'enfant.

Le carnet de santé :
C'est un document confidentiel dont le médecin ou la puéricultrice peut demander la présentation :

- Pour mettre à jour le dossier médical de l'enfant avec les examens de santé préventifs obligatoires,
- Lors d'une visite médicale prévue par le Centre d'accueil.

Les vaccinations :
Tout enfant accueilli en collectivité est soumis aux vaccinations en fonction du calendrier des vaccinations prévu par les textes réglementaires.

En cas de contre indication vaccinale, un certificat médical devra être soumis au médecin du Centre d'accueil qui prendra la décision d'admettre ou non l'enfant.

Les modalités de délivrance des soins spécifiques :
Un enfant malade ne peut être accepté si son état est fortement altéré ou contagieux.

La décision d'exclure un enfant du Centre d'accueil pour raison médicale est prise après avis du pédiatre attaché au Centre d'accueil ou de la cadre puéricultrice coordinatrice de la structure.

Toute maladie contagieuse survenue à toute personne vivant au foyer de l'enfant ou de l'assistante maternelle **doit être signalée au plus tôt aux puéricultrices responsables de modules**.
Si l'enfant doit prendre des médicaments, ils seront donnés par les parents. Dans certaines situations, et en accord avec la puéricultrice responsable de module, les traitements pourront être administrés par un personnel diplômé, **exclusivement** sur prescription médicale fournie par les parents.

En cas de maladie ou d'un accident pendant l'accueil, les parents sont aussitôt prévenus pour décider de la conduite à tenir. En cas d'urgence, le SAMU est prévenu en priorité.

Au moment de l'accueil, les parents signent une autorisation d'hospitalisation, de soins d'urgence et de prise de traitement.

L'adaptation :
L'adaptation permet à l'enfant et à la famille de découvrir les lieux et les rythmes du mode d'accueil.

Elle va se faire de façon progressive au rythme de l'enfant, de ses parents et de la personne accueillante. Elle est organisée en fonction du projet éducatif et dure deux semaines en règle générale.

Les modalités sont définies entre l'équipe et les parents.

En accueil familial, le temps d'adaptation est facturé sur la base d'un forfait d'une semaine de présence de l'enfant.
En accueil collectif, le temps d'adaptation est facturé sur la base du temps de présence de l'enfant.

La vie quotidienne dans la collectivité :
Le CHRU a équipé l'ensemble des lieux d'accueil de mobiliers et matériels adaptés au besoin de chaque enfant.

Hygiène - Changes – Vêtements :
Le bain quotidien est donné par les parents.

Pendant les périodes d'accueil, l'enfant sera lavé et changé selon ses besoins.
En fonction de son âge et de son développement, il sera tenu compte de son autonomie dans les soins quotidiens.

L'enfant vient au Centre d'accueil avec un sac où sont rangés tous ses effets personnels **marqués au nom de l'enfant** : change, doudou, nécessaire individuel d'hygiène (annexe II).

Pour l'accueil familial, les couches sont fournies par les parents.

L'alimentation :
En accueil collectif
Les enfants reçoivent une alimentation variée et adaptée à leur âge préparée par l'Unité Centrale de Production des repas du CHRU.

Toute introduction nouvelle est faite par la famille.

Le lait maternisé 1er âge, les laits médicalisés ou spécifiques seront apportés par les parents dans des dosettes journalières avec les biberons nécessaires pour la journée. Tout sera marqué au nom de l'enfant.
Le lait maternisé 2ème âge et le lait de croissance utilisés au CHRU sont fournis par le Centre d'accueil.

Des protocoles d'accueil individualisés seront signés en cas de régime particulier sur avis médical.

Si des aliments spécifiques sont nécessaires, ils seront fournis par les parents.

En accueil familial
De façon générale, l'assistante maternelle est tenue de servir à l'enfant un repas principal et un petit-déjeuner ou un goûter.

Ils sont à la charge de l'assistante maternelle, et en rapport avec l'âge de l'enfant, respectant son rythme et ses habitudes alimentaires.

Toute introduction nouvelle est faite par la famille.

Le lait maternisé est fourni par l'assistante maternelle.

Les laits médicalisés ou spécifiques et les biberons sont fournis par la famille.

Les régimes alimentaires sont prescrits par le médecin traitant et transmis aux assistantes maternelles pour application.

Les aliments spécifiques sont fournis par les parents (régimes cultuels, alimentation biologique, etc...) dans le respect des besoins et de l'intérêt de l'enfant et en accord avec le médecin du centre d'accueil.

L'allaitement maternel
L'allaitement maternel est parfaitement compatible avec un accueil familial ou collectif. Chaque situation sera étudiée en amont avec la puéricultrice afin de trouver la meilleure organisation permettant de le poursuivre le temps souhaité par la famille.

Il est possible:
- de se déplacer sur le lieu d'accueil de l'enfant et de donner la tétée sur place,
- de porter sur le lieu d'accueil du lait maternel frais ou congelé identifié par la famille en respectant impérativement la chaîne du froid. Ce lait sera donné exclusivement à l'enfant (biberon, tasse, cuillère adaptée...).

Le sommeil :
Le rythme de sommeil de chaque enfant est respecté de même que ses rituels d'endormissement au regard des préconisations ministérielles de la santé (l'enfant est couché sur le dos avec un petit doudou si besoin, dans une pièce tempérée).

En accueil familial, le CHRU fournit aux assistantes maternelles un lit répondant aux normes de sécurité, adapté aux enfants.

LES ACTIVITES

En accueil collectif

Le Centre d'accueil propose aux enfants de nombreuses activités motrices, d'éveil, pédagogiques qui se déroulent dans des lieux différents : lieux de vie, atrium, terrasses, jardin et ateliers (cuisine, peinture, lecture, musique, contes, jeux d'eau...)

Des sorties peuvent être organisées en poussette ou à pied dans le quartier ou en transport en commun pour les plus grands.

Les parents doivent avoir signé une autorisation de sortie au préalable.

Lors des sorties, un professionnel de la crèche accompagne 2 enfants. Un éducateur de jeunes enfants ou une puéricultrice accompagne le groupe.

Les parents sont informés des promenades habituelles de proximité par affichage.

En accueil familial

L'assistante maternelle soutient l'enfant dans son développement et dans sa recherche d'autonomie en complémentarité avec les parents. Elle propose des jeux adaptés, participe avec lui à des activités extérieures organisées (ludothèque, promenades dans les parcs, etc...) et à des regroupements au sein du Centre d'accueil.

Les parents doivent délivrer une autorisation de transport en voiture pour que leur enfant participe à ces activités.

Les objets personnels

Le port de bijoux (chaînes, colliers, boucles d'oreilles...) ou "collier dentaire" sont interdits afin d'éviter tout accident.
Il faut éviter les petites barrettes ou tout objet susceptible d'être avalé par les enfants.
En cas d'accident ou de perte, la responsabilité de la structure ou de l'assistante maternelle ne pourra être engagée.

Photos, films

Les photos et films sont à usage interne et pourront être pris par le personnel, dans la mesure où un accord écrit a été signé au préalable par les parents.

Lors des manifestations en présence des parents (fêtes, Noël par exemple), ceux qui ne souhaitent pas que leur enfant soit photographié par d'autres parents devront le signaler par écrit.

Conditions de sortie des enfants

L'enfant n'est confié qu'à ses parents ou à une personne mandatée par eux par écrit qui devra présenter une pièce d'identité.
Lorsque la remise de l'enfant est susceptible de le mettre en danger, la cadre puéricultrice coordinatrice de la crèche ou un des membres du personnel peut la refuser et en informe les parents.
Il en est de même pour la crèche collective.

Dans le cas où les parents ne se présentent pas avant la fermeture de la crèche, le professionnel en informe immédiatement le Directeur de garde du CHRU en vue de prendre les mesures nécessaires.

Les parents doivent informer le Centre d'accueil de tout retard éventuel.

IX - PARTICIPATION DES PARENTS A LA VIE DE LA STRUCTURE

Un accueil parents est aménagé à l'entrée du Centre d'accueil. Un présentoir est à leur disposition pour des informations d'ordre général et de prévention et d'éducation pour la santé. Le présent règlement et le projet éducatif sont à disposition dans la structure et sur le site intranet.

Les menus sont affichés suffisamment à l'avance pour permettre aux parents de s'organiser afin d'équilibrer les repas du soir en fonction des repas du midi pris dans la structure.

Dans l'année, les parents :

- sont informés des diverses manifestations, sorties, festivités, anniversaires des enfants.
- sont invités à participer à des réunions thématiques.
- peuvent être sollicités et s'inscrire pour participer à l'accompagnement lors de sorties programmées.

Les parents, frères et sœurs, les adultes accompagnants l'enfant, s'engagent à avoir dans la crèche un comportement calme et respectueux des autres enfants, des adultes présents, des activités et des temps de sommeil, garantissant ainsi la sérénité de ce lieu d'accueil. **L'usage des jeux est exclusivement réservé aux enfants fréquentant la crèche.**

Un local poussette est mis à disposition des parents. Les poussettes doivent être **pliées et correctement rangées**. Elles ne doivent jamais être posées dans le hall d'entrée pour la sécurité des enfants.

Les parents sont responsables de la sécurité de leur enfant lorsqu'ils sont présents dans la crèche.

Le conseil de crèche

Les parents sont représentés dans le fonctionnement du Centre d'accueil par leur participation au Conseil de crèche qui se réunit au minimum trois fois par an. Trois représentants à titre consultatif sont nommés, sur la base du volontariat puis désignés par vote.

Chacun représentera un mode d'accueil : accueil collectif, accueil familial, et une représentation pour les enfants du quartier.

Ce conseil est informé des conditions générales d'accueil des enfants (activités pédagogiques, sécurité, alimentation, regroupements...). Il est consulté sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne de la crèche (règlement intérieur, orientations pédagogiques et éducatives, relations avec les autres modes d'accueil, activités offertes aux enfants) ainsi que sur les projets de travaux d'équipements.

X – RESPONSABILITE ET ASSURANCES

Assurance responsabilité du Centre d'accueil : Application de l'article R 2324-44-1

Une assurance en responsabilité civile est souscrite par le CHRU auprès de la SHAM, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, 18 rue Edouard Rochet 69 372 Lyon Cedex 08. Elle couvre les dommages subis ou causés par les enfants inscrits, les personnels et les stagiaires.

L'enfant est placé sous la responsabilité de ses parents ou tuteurs légaux lorsque ceux-ci sont présents dans la structure.

XI – UTILISATION DU REGLEMENT INTERIEUR ET RATIFICATION

Le règlement de fonctionnement est affiché dans la structure. Il est communiqué aux familles dont un enfant est inscrit dans l'établissement.

Il est validé par le Directeur de la Protection Maternelle Infantile et de la Santé du Conseil Général puis reconnu conforme par la Caisse d'Allocations Familiales.

Les parents doivent en prendre connaissance lors de l'inscription après avoir lu et signé le document et apporté la mention «lu et approuvé».

Le Directeur DPMIS.
social

Catherine ROUCAUTE

Le Directeur des Ressources Humaines

Romain JACQUET

ANNEXE I : CALENDRIER DES VACCINATIONS

VOIR LE CALENDRIER VACCINAL REACTUALISE ANNUELLEMENT

Guide de vaccination : inpes.fr

ANNEXE II : TROUSSEAU DE L'ENFANT

Un sac au nom de l'enfant comprenant

- Doudou
- Turbulette
- 2 tenues de rechange complètes (body, chaussettes et vêtements bas et haut) adaptées à l'âge de l'enfant et à la saison
- biberons personnels nécessaires à la journée et dosettes de lait
- Un paquet de couches (en accueil familial seulement)
- Sacs plastiques pour linge sale
- Sérum physiologique en spray ou dosettes à usage unique
- Thermomètre de l'enfant (en accueil familial seulement)
- Antipyrétique avec ordonnance du pédiatre (en accueil familial seulement)
- Photo des parents ou des personnes qui seront amenées à venir chercher l'enfant.

Si besoin, en fonction des habitudes de l'enfant

- 2 sucettes (avec étiquette en tissu où sont notés le prénom et le nom de l'enfant)
- Boîte à sucette avec nom et prénom de l'enfant

A l'appréciation des parents

- Appareil photo jetable

Objets personnels

- Le port de bijoux (chaînes, colliers, boucles d'oreilles...) ou "collier dentaire" sont interdits afin d'éviter tout accident.
- Pas d'objet susceptible d'être avalé par les enfants (petites barrettes, chouchous).
- La crèche n'est pas responsable des jeux apportés de la maison en cas de perte ou de détérioration

ANNEXE APPLICABLE A L'ACCUEIL COLLECTIF EXCLUSIVEMENT

TARIFICATION APPLICABLE AUX ENFANTS DE 0 à 4 ANS POUR L'ACCUEIL REGULIER ET OCCASIONNEL ORGANISE DANS LES ETABLISSEMENTS RELEVANT DU DECRET DU 1ER AOUT 2000 ET COMPLETE PAR LE DECRET DU 20 FEVRIER 2007

Le barème national des participations familiales (CNAF) est applicable à toutes les familles qui fréquentent les structures d'accueil collectif quelque soit le temps de fréquentation.

Le tarif demandé aux familles est calculé sur une base horaire.
La participation de la famille est forfaitaire, et couvre la prise en charge de l'enfant pendant son temps de présence dans la structure, y compris les repas principaux et les soins d'hygiène.

Il n'y a pas de suppléments ou de déductions faites pour les repas amenés par les familles et / ou les couches.

1 - Le calcul des ressources de la famille

Pour les familles allocataires, le montant des ressources à prendre en compte pour le calcul des participations familiales sera celui consultable sur le service télématique CAF PRO.

Le gestionnaire passe une convention avec la CAF pour consulter ces informations et les familles en seront informées. Une copie d'écran CAF PRO avec numéro d'allocataire, ressources et composition de la famille sera conservée dans le dossier administratif de l'enfant.
Dans l'attente, les ressources à prendre en compte sont identiques à celles prises pour les familles non allocataires.

Pour les familles non-allocataires de la CAF, les ressources à prendre en considération pour le calcul des participations familiales sont celles déclarées par les familles et figurant sur l'avis d'imposition ou de non imposition. Une copie de l'avis sera conservée dans le dossier administratif de l'enfant.

Pour les employés et travailleurs indépendants, les ressources à prendre en compte correspondent au bénéfice net (soit après abattement des frais professionnel) majoré des autres revenus si tel est le cas.

Aucune prestation familiale ou légale ne doit être prise en compte.

Les pensions reçues devront être rajoutées, celles versées déduites.
Les frais réels et les abattements fiscaux ne sont pas déduits.

Les revenus de référence sont ceux de l'année n-2 (ainsi du 1°janvier 2010 au 31 décembre 2010, les revenus pris en compte sont ceux de l'année 2008)

2 - Le taux d'effort des familles, en pourcentage des ressources

Un taux d'effort est appliqué de manière linéaire à tous les revenus, dans la limite d'un plancher et d'un plafond de ressources.
Les montants de ces barèmes sont revus chaque année par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales.

Ce taux d'effort est dégressif en fonction de la composition de la famille. Le montant de la mensualité due par la famille doit être **proportionnel au nombre d'heures mensuelles réservé par la famille dans son contrat avec la structure.**

	Composition de la famille			
Type d'accueil	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants
Accueil collectif - taux horaire	0,06 %	0,05 %	0,04 %	0,03 %

Définition du plancher :
En l'absence de revenus identifiables, ou en cas de revenus très faibles, le taux d'effort s'applique sur un forfait minimal de ressources appelé ressources **"plancher"**. Il concerne la cellule familiale dans sa globalité qu'il s'agisse d'un couple ou d'une personne isolée avec enfants. Il correspond dans le cadre du RSA, au montant forfaitaire garanti à une personne isolée avec un enfant déduction faite du forfait logement.

Définition du plafond :
Le taux de participation défini au paragraphe ci-dessus devra être appliqué aux ressources de la famille jusqu'à concurrence d'un plafond défini chaque année par la CNAF.

En cas d'accueil d'urgence :
Les ressources des familles n'étant pas connues dans l'immédiat, il sera appliqué un tarif horaire correspondant à la moyenne des tarifs horaires pratiqués dans l'établissement l'année précédente. Ensuite, une régularisation sera effectuée, en connaissance des revenus et de la composition familiale.

Le tarif demandé aux familles est calculé sur une base horaire pour permettre une personnalisation de la tarification.

3- Mensualisation des participations familiales

La mensualisation est un contrat passé avec chaque famille pour la durée de l'inscription de l'enfant à la crèche défini à partir des besoins qu'elle expose :
- ☐ amplitude horaire journalière de l'accueil,
- ☐ nombre de jours réservés par semaine,
- ☐ nombre de mois de fréquentation de la crèche.

Le forfait ainsi calculé est mensuel.
A partir de ces éléments, le gestionnaire définit le forfait mensuel

$$\frac{\text{Nb annuel semaines d'accueil x nb d'heures réservées / semaine}}{\text{nb. Mois}}$$

Exemples :
1. *Le besoin d 'accueil présenté par la famille est de 5 jours de 10 heures par semaine pendant 44 semaines (50 semaines* - 6 semaines de congé), par an.*

**Si fériés sont pré déduits du calcul.*

Temps d'accueil mensuel forfaitaire payé sur 12 mois :

$$\frac{44 \times 50}{12} \text{ soit 183 heures/mois environ}$$

Les déductions sont obligatoires et fixées dans le règlement intérieur donné à l'admission de l'enfant :
- hospitalisation de l'enfant (sur présentation du certificat d'hospitalisation)
- maladie de l'enfant supérieure à 3 jours avec présentation d'un certificat médical. Les 3 premiers jours calendaires (signifie 3 jours consécutifs du calendrier – 1er jour d'absence et les 2 jours qui suivent) d'absence restent dus par la famille, la déduction n'intervenant qu'à compter du 4e jour (quel que soit le nombre d'heures de fréquentation journalière)
- Eviction par le médecin de l'établissement ou du service.
- Fermeture exceptionnelle de l'établissement non imputable aux familles.

Il n'y a pas lieu à déduction pour convenance personnelle ou congés non prévus au contrat.

ANNEXE IV

C.H.R.U de Montpellier
Centre Accueil Petite Enfance
L'Ostal dels Pichonets
20 rue de Forcrand - 34295 Montpellier Cedex 5
Tél 04.67.33.26.00 /04.67.33.26.01 - **Fax** 04.67.33.26.35
Mail : accueil-petite-enfance-sec@chu-montpellier.fr

CONTRAT D'ACCUEIL REGULIER
Dans le cadre de la Prestation de Service Unique

Entre les soussignés :

D'une part, Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, représenté par la cadre puéricultrice coordinatrice de la crèche,

D'autre part, le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale (désignés ci-après par "parents") :

Nom Prénom : _____
Tél domicile : _____
Tél portable : _____
Adresse : _____

Nom Prénom : _____
Adresse : _____
Tél domicile : _____
Tél portable : _____

ARTICLE 1 : BENEFICIAIRE DE L'ACCUEIL

Nom - Prénom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____

Date d'admission dans la structure d'accueil de la petite enfance gérée par le C.H.R.U. : _____

ARTICLE 2 : TEMPS D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Date du début d'adaptation :

Date de début du contrat :

A - Les parents s'engagent à confier l'enfant selon les plages horaires suivantes :

☐ Plannings réguliers

SEMAINE TYPE DE RESERVATION							
	Jours	**Horaires**	**Total**		**Jours**	**Horaires**	**Total**
Semaine 1	**Lundi**			**Semaine 2**	**Lundi**		
	Mardi				**Mardi**		
	Mercredi				**Mercredi**		
	Jeudi				**Jeudi**		
	Vendredi				**Vendredi**		

☐ Plannings irréguliers

- Heure minimale d'arrivée de l'enfant :
- Heure maximale de départ de l'enfant :

B - Estimation du temps d'accueil :

- Estimation des absences prévues dans l'année en cours :

Nombre de Congés et RTT	
Autres absences (ex : garde régulière familiale)	
Total en jours	
Total en nombre de semaines (A)	

- Estimation du nombre de semaines d'accueil annuel :
  - Nombre de semaines restantes sur l'année en cours - A = **B**

- Estimation des présences prévues dans l'année :

Nombre d'heures en horaires de matin pour 1 jour	
Nombre d'heures en horaires du soir pour 1 jour	
Nombre d'heures en horaires de journée pour 1 jour	
Moyenne d'accueil en heures pour 1 jour (C)	
Total en heures pour 1 semaine (C')	

- Estimation du nombre de jours d'accueil mensuel **(D)** :

- Calcul de la mensualisation : 2 formules possibles
  - C' x B / nb de mois restants sur l'année en cours
  - D x B / nb de mois restants sur l'année en cours

- **Tableau récapitulatif :**

Nbre total d'heures réservées sur la durée du contrat	
Nombre d'heures générant le forfait mensuel	
Tarif horaire y compris les heures supplémentaires	
Forfait mensuel	

ARTICLE 3 : REGLES DE FACTURATION

La facturation est établie mensuellement, conformément au barème de participation familiale, défini par la Caisse Nationale des Allocations Familiales, sur la base d'un taux d'effort appliqué aux ressources, modulé en fonction du nombre d'enfants à charge dans la famille.

La facturation repose sur les principes suivants :

- le paiement du forfait mensuel, tel que définies à l'article 3,
- les journées non réservées
- En cas de dépassement de plus de 10 minutes par rapport à la réservation, une demi-heure sera facturée ainsi que les suivantes par tranche de demi-heure.

Les journées et demi-journées réservées ne donnent pas lieu à facturation uniquement dans les situations suivantes :

- Fermeture du centre d'accueil,
- Hospitalisation de l'enfant, sous réserve de présentation du bulletin d'hospitalisation,
- Eviction de l'enfant par le médecin de la crèche,
- Maladie de l'enfant supérieure à trois jours et attestée par un certificat médical faisant apparaître la nécessité de maintenir l'enfant à domicile au-delà de ces trois jours.

ARTICLE 4 : RESPECT DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Les parents s'engagent à respecter le règlement de fonctionnement du centre d'accueil en vigueur.
Les parents devront signaler par courrier tout changement de coordonnées téléphonique, changement d'adresse.

ARTICLE 5 : DUREE DU PRESENT CONTRAT

Le présent contrat est établi sur l'année civile, renouvelable expressément. Il est interrompu de plein droit à **la date de scolarisation de l'enfant** ou, si l'enfant n'est pas scolarisé, au plus tard au quatrième anniversaire de celui-ci.

L'article 3 ("temps d'accueil de l'enfant") du présent contrat peut être réajusté par voie d'avenant :

- en cas de constat par le gestionnaire d'une mauvaise estimation du temps d'accueil de l'enfant, se traduisant par la présence régulière de l'enfant sur des plages non réservées,
- en cas de changement de situation familiale ou professionnelle de nature à modifier les plages d'accueil de l'enfant et sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires et des possibilités d'accueil de la structure.

Le présent contrat peut être résilié à la demande du Directeur Général du C.H.R.U. de Montpellier ou à la demande des parents de l'enfant par lettre recommandée avec avis de réception en respectant un délai de préavis d'un mois, sauf en situation de force majeure.
En cas de manquement grave au règlement intérieur, le Directeur Général du C.H.R.U. de Montpellier peut mettre un terme au contrat sans préavis.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la crèche hospitalière et accepte de m'y conformer. Je m'engage à respecter les horaires et jours prévus dans le contrat et le planning prévisionnel.

Fait à Montpellier, le

Signatures des deux parents,
(Noms - prénoms)

P/Le Directeur Général,
La cadre puéricultrice,
Coordinatrice de la crèche

Cafpro
Note d'information aux familles

Madame, Monsieur,

Nous tenons à vous informer que la caisse d'allocations familiales de l'Hérault met à notre disposition un service Internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant.

Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

ANNEXE VI LES REGIMES DE PROTECTION

La CAF verse les prestations de service pour les familles dont au moins un des deux parents est ressortissant du régime général, fonctionnaire ou assimilé même si elles ne sont pas allocataires de la CAF et à condition de ne pas percevoir de prestation d'un autre organisme.

Le régime général et fonctionnaires : éligibles au bénéfice des prestations CAF

- Salariés du secteur privé, des entreprises artisanales et commerciales
- Travailleurs indépendants, artisans, commerçants et professions libérales
- Inactifs sans revenus de substitution
- Inactifs avec revenu de substitution du régime général ou de la fonction publique (retraite, pension, chômage, maladie, maternité, accident de travail, RSA, Aah...)
- Fonction publique hospitalière
- Fonction publique territoriale (Mairie, département et région)
- Agents contractuels des administrations de l'Etat
- Agents titulaires de la fonction publique, de l'éducation nationale
- Artistes, auteurs, compositeurs
- La Poste
- France Télécom
- Union minière
- EDF GDF

Les personnes dépendantes de la MSA, de la SNCF (sernam...) et de la caisse Maritime ne sont pas éligibles au bénéfice des prestations de CAF.

Le gestionnaire, Monsieur Philippe DOMY, Directeur général du CHRU de Montpellier, représenté par Monsieur **Romain JACQUET, Directeur des Ressources Humaines et Formation**

- Certifie l'exactitude des diplômes mentionnés ci-dessus,
- Atteste que ces personnes :
  - Ont subi un examen médical les déclarants aptes à l'emploi,
  - Sont à jour de leurs vaccinations conformément au calendrier légal,
  - N'ont pas été condamnés pour faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs,
- S'engage à signaler sans délai toute modification concernant le personnel de la structure à la Direction de la Protection Maternelle Infantile et de la Santé.

Le Directeur des Ressources Humaines et Formation

Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
Direction des Ressources Humaines

R. JACQUET

Maguelonne Teisserenc

Chef de service
Agréments et Modes d'Accueil Enfance

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 12

Règlement intérieur Ludothèque

REGLEMENT INTERIEUR
LUDOTHEQUE

Toute personne entrant à la ludothèque s'engage à se conformer au présent règlement.

Définition de la ludothèque :
La ludothèque du CHRU de Montpellier est une ludothèque hospitalière. Elle s'adresse aux enfants malades et a pour but spécifique d'aider ces enfants à dépasser les difficultés liées à la maladie et à l'hospitalisation. Ce contexte hospitalier a un retentissement direct sur l'organisation et le fonctionnement de la ludothèque.
C'est un lieu ouvert où parents et enfants viennent y exercer une activité ludique, et/ou emprunter des jeux et des jouets. Chacun peut y passer un moment et repartir lorsqu'il le désire. C'est un lieu de rencontre intergénérationnel, interculturel, un lieu d'échanges, de dialogues, d'écoute, de communication, un lieu d'éducation. On y apprend ainsi à vivre ensemble, à respecter le bien collectif, les goûts et les aptitudes de chacun.
C'est naturellement un lieu d'expérimentations, de découvertes, d'apprentissages et de plaisir.
Un personnel compétent est à la disposition du public et peut le guider dans ses choix.
La ludothèque n'est pas un lieu de garderie.

Horaires d'ouvertures :
La ludothèque est ouverte du lundi au vendredi.

Les salles de jeux sont ouvertes :
le lundi de 14 h à 17h
du mardi au jeudi de 10h à 12h et de 14h à 17h
et le vendredi de 10h à 12h et de 14h à 16h30

Le prêt de jeux :
du lundi au jeudi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h
et le vendredi de 9h à 16h30

Ces horaires pourront être modifiés selon les besoins du service. Dans ce cas les modifications feront l'objet d'un affichage.
Une fermeture annuelle pour ménage sera programmée.

Hygiène des locaux
Les locaux sont nettoyés tous les jours ouvrables.
Un planning mensuel de nettoyage approfondi est établi et permet la traçabilité de l'entretien

Public accueilli et Conditions d'accueil
La ludothèque accueille les enfants hospitalisés, leurs parents, leurs fratries.
La venue d'un enfant hospitalisé est soumise à l'autorisation préalable du personnel soignant de l'établissement.
La circulation des mineurs (arrivées et départs), se fait obligatoirement accompagnée d'un adulte.

La ludothèque n'accueille pas les enfants du personnel.
Afin d'accueillir les enfants dans les meilleures conditions, la présence de deux *accueillants* est impérative à l'ouverture des salles de jeux. Dans le cas contraire (en cas par exemple d'absence du personnel), les salles de jeux ne sont pas accessibles au public.

La ludothèque peut être amenée à accueillir en salle de jeux des enfants non accompagnés : le nombre d'accueillants, l'affluence, le temps d'accueil, la sécurité affective de l'enfant seront appréciés par l'équipe de la ludothèque, afin d'assurer la meilleur prise en charge possible.

Concernant particulièrement **les fratries**, il ne se fera pas d'accueil d'enfants de moins de 3 ans non accompagnés. Pour ceux entre 3 et 6 ans, un temps d'adaptation, les coordonnées téléphoniques et un accueil contractualisé seront demandés et mis en place (entre l'équipe de la ludothèque, les soignants et les parents).

De plus, comme dans tous les lieux collectifs, la ludothèque ne peut pas accueillir les enfants représentant un risque contagieux pour les autres.

Dans tous les cas,

Prêt de jeux

Le prêt de jeux est réalisé à titre individuel et sous la responsabilité de l'emprunteur ou de son représentant légal. Chaque jeu (jouet, dvd, matériel,…) est vérifié, complété et nettoyé avant d'être à nouveau prêté.

Le prêt de jeux est ouvert aux enfants de 0 à 18 ans hospitalisés, à raison de 3 jeux (jouets, livres, dvd,…) par jour et par enfant.
Le nom de famille, le prénom, et le service seront demandés dans un souci de traçabilité.
Pour les plus de 18 ans, le prêt de jeux ne sera consenti que dans le pôle enfant.

En cas de détérioration ou de perte du jouet prêté, il est demandé à l'emprunteur de le signaler au personnel qui, selon la situation, se réserve le droit de faire appel aux affaires juridiques du CHRU.

Il peut être consenti, à titre exceptionnel, des prêts à domicile pour des enfants suivis de façon régulière dans le pôle enfant:

- à condition que le jeu ne vienne pas à manquer aux enfants hospitalisés (jeux, jouets, livres, dvd,…en un seul exemplaire)
- et pour une durée maximum de 15 jours.

En cas de retard, une relance téléphonique sera effectuée, si aucune suite n'est donnée le service juridique du CHRU prendra le relai de la situation.

Le statut infectieux de l'enfant peut conditionner le prêt de jeux consenti par la ludothèque (par exemple : pas de jeux en bois, papier,..)

Certains jeux ne peuvent être prêtés et sont destinés à rester à la ludothèque. Ces jeux ont une signalétique spéciale.

Comportement

Le personnel de la ludothèque préserve l'harmonie du lieu en favorisant la communication et le respect de chacun. Le personnel est à l'initiative des règles de vie du lieu.
Une tenue correcte est exigée.
L'accès à la ludothèque est soumis à la décontamination systématique des mains (enfants et accompagnants) à l'arrivée.
Il est interdit de fumer, boire et manger dans la ludothèque ; les animaux sont également interdits, ainsi que les objets dangereux ou illicites.
Chaque usager, ou son accompagnant, s'engage à respecter les personnes présentes (public accueilli, et personnel de la ludothèque).
Il est demandé aux usagers de prendre soin des jeux et jouets mis à disposition.
Chaque usager ou son accompagnant s'engage à participer au rangement des jeux utilisés.

Le non respect des règles de la ludothèque peut entrainer un renvoi pour un temps plus ou moins long, voire définitif.Un courrier en recommandé sera envoyé à la famille pour lui signifier la décision.

Fonctionnement de l'espace numérisé
L'espace numérisé, dans la salle des adolescents, ayant un fonctionnement spécifique, la charte informatique est là pour le préciser. Elle est disponible, conformément à la loi, auprès des postes informatiques. Les dons de matériel informatique sont soumis à des conditions particulières. La technicienne de la ludothèque, en charge du parc informatique des enfants hospitalisés, est là pour le préciser.

Droit à l'image
Dans le cadre de manifestations, il est possible que les enfants et accompagnants soient pris en photos. Dans tous les cas, une autorisation de prise de vue sera préalablement demandée aux parents ou au représentant légal de l'enfant.
Les photos ne seront utilisées qu'à des fins non lucratives (formation, journal scolaire, etc.)

Atelier et production
La ludothèque propose des activités graphiques et plastiques, met en place des ateliers d'expression, participe à la réalisation du MAG (journal scolaire) et peut s'associer à des évènements extérieurs (concours de dessins, de poésies, etc.). Toutes ces propositions donnent lieu à des productions. Celles-ci sont la propriété de l'enfant. Il peut être cependant demandé préalablement de les photographier de les reproduire, et/ou de les exposer.

Dons
La ludothèque accepte tous les dons de jeux, jouets, livres, dvd, cd-rom à condition qu'ils soient entiers et en bon état. Le donateur laisse toute liberté à la ludothèque quant à leur utilisation.

Diffusion, application et modification du règlement intérieur
Le présent règlement sera affiché et consultable dans les locaux de la ludothèque.
Le personnel de la ludothèque s'engage à l'application du présent règlement.
Toute modification du règlement intérieur sera notifiée au public par voie d'affichage à la ludothèque.

L'aire de jeux
L'aire de jeux n'est pas placée sous la responsabilité de l'équipe de la ludothèque qui n'exerce aucune surveillance. Les enfants doivent toujours être accompagnés d'un adulte. Pour plus d'information se reporter au règlement qui la régit.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 13

Règlement intérieur Chambre mortuaire

Règlement intérieur de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier

CHAPITRE 1 : Dispositions générales

Article 1 - Définition et champ d'application du règlement intérieur :

Le présent règlement intérieur énonce les règles de fonctionnement de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier (CHRU).

Il s'impose à l'ensemble des personnels du CHRU de Montpellier, aux familles et aux proches des personnes décédées, ainsi qu'à tous les tiers, qui pour une raison professionnelle, ou pour tout autre motif, sont autorisés à pénétrer dans les locaux de la chambre mortuaire.

Article 2 - Localisation et description :

La chambre mortuaire du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier est située au sein de la Fédération de Thanatologie, à l'hôpital Lapeyronie, au niveau - 2. Elle comprend des casiers réfrigérés de conservation des corps et une salle de présentation.

CHAPITRE 2 : Mission de la chambre mortuaire

Article 3 - Lieu de dépôt des corps :

La chambre mortuaire est un équipement de service public hospitalier.

Elle est destinée au dépôt des corps des personnes décédées :
- au sein du CHRU de Montpellier ou dans les véhicules de secours,
- au dépôt des corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil,
- des personnes décédées, à l'extérieur du CHRU, dans le cadre d'une autopsie scientifique ou des différents protocoles dont le CHRU est référent.
- des personnes confiées par les autorités de justice, dans le cadre de la médecine légale.

Article 4 - Lieu de présentation des corps :

La chambre mortuaire doit permettre la présentation des corps aux familles et leur laisser le temps nécessaire à l'organisation des obsèques.

Article 5 - Réclamation des corps :

Les personnes ayant qualité de pourvoir aux funérailles disposent d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée au sein du CHRU de Montpellier.

La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'Etat civil.

Dans le cas où le corps du défunt, ou de l'enfant pouvant être déclarés sans vie à l'Etat civil, est réclamé, il est remis sans délai aux personnes ayant la qualité pour pourvoir aux funérailles.

En cas de non réclamation du corps dans le délai de 10 jours, le CHRU de Montpellier dispose de 2 jours francs :

- pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par ce dernier : en l'absence de ressources suffisantes, la prise en charge des obsèques sera sollicitée auprès de la commune. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue en accord avec l'autorité militaire compétente.
- pour prendre en charge les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'Etat civil, ou lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

CHAPITRE 3 : Du transport des corps

Article 6 : Corps de personnes décédées au sein du CHRU de Montpellier :

Les corps des patients décédés au sein du CHRU de Montpellier, peuvent être transportés :
- à la chambre mortuaire de l'hôpital,
- au domicile du défunt, si la famille de celui-ci a eu le temps de réaliser les démarches au bureau de l'Etat civil,
- dans une chambre funéraire de Montpellier.

L'admission, à la chambre mortuaire, est effectuée après signature du certificat de décès par un médecin d'un service de soins.

Les corps des personnes décédées au CHRU de Montpellier sont transportés à la chambre mortuaire, dans un délai qui ne peut être supérieur à 10 heures après le décès.

Horaires des transports de corps :

- Du Lundi matin au Vendredi, de 5 h 30 à 21 h : ☎ 38352 + Bip
- Du Lundi au Vendredi matin, de 21 h à 5 h 30 : ☎ 06.07.76.31.54 (Astreinte)
- Samedis, dimanches et jours fériés (du Vendredi 21 h au Lundi 5 h 30) : ☎ 06.07.76.31.54

Article 7 - Identification des corps :

Les corps des patients décédés, au sein du CHRU de Montpellier, doivent être transportés à la chambre mortuaire pourvus d'un bracelet et d'une fiche d'identification. Un certificat médical, établi par le médecin du service où le défunt était soigné, doit être remis à la chambre mortuaire.

Ce certificat précise si le décès a été causé par une maladie contagieuse ou s'il pose un problème médico-légal. Il indique également si l'état du corps permet un transport de celui-ci, à résidence et s'il est, ou non, porteur d'une prothèse faisant obstacle à une éventuelle incinération.

Les corps de personnes décédées à l'extérieur du CHRU de Montpellier peuvent être déposés au sein de la chambre mortuaire, à titre exceptionnel, et uniquement sur réquisitions des autorités administratives ou de police.

CHAPITRE 4 : Des prélèvements

Article 8 - Conditions :

Des prélèvements à des fins scientifiques (et notamment des autopsies) peuvent être réalisés dans la chambre mortuaire, dans les conditions prévues par les articles L 1232-1 à L 1232-6 du Code de la Santé Publique.

Ces prélèvements sont pratiqués, à la demande écrite et motivée d'un médecin d'une unité de soins, sur le fondement d'un formulaire de demande. Ces prélèvements sont réalisés, sous la responsabilité du Chef de service d'Anatomie pathologique du CHRU de Montpellier.

Ce dernier en assure le contrôle ainsi que la bonne exécution par les médecins de son service qui en ont la charge, assistés le cas échéant des agents de la chambre mortuaire qu'il désigne.

Aucun prélèvement à des fins thérapeutiques ne peut être effectué dans la salle de préparation des corps de la chambre mortuaire.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de 10 jours et de 2 jours francs, visés à l'article 5 du présent règlement, sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements, sans qu'ils puissent excéder 4 semaines à compter de l'accouchement.

Article 9 - Défunts extérieurs au CHRU :

Des prélèvements à des fins scientifiques (et notamment des autopsies), peuvent être effectués au sein de la chambre mortuaire sur des personnes décédées en dehors de l'hôpital.

Ces prélèvements peuvent être effectués à la demande du préfet, à la demande des services de police sur réquisition de l'autorité judiciaire, ou à la demande d'une personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

L'autorisation de prélèvement à des fins scientifiques doit être signée par le Directeur Délégué du Pôle concerné, suivant le modèle ci-joint en annexe 2.

Le transport de corps effectué avant mise en bière doit, dans ce cas, avoir été autorisé par le maire de la commune du lieu de décès.

Les corps, admis au sein de la chambre mortuaire, dans ces conditions peuvent faire l'objet, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles, d'un transport de corps avant mise en bière, soit vers une chambre funéraire, soit vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille.

Ce transport de corps est subordonné à l'autorisation du Directeur du CHRU de Montpellier, ou du Directeur ayant reçu délégation, après avis du médecin ayant réalisé les prélèvements.

Ledit médecin ne peut s'opposer au transport de corps que pour l'un des motifs suivants :
- obstacle médico-légal,
- corps atteint d'une maladie contagieuse visée par l'article R. 2213-9 du Code général des Collectivités Territoriales,
- état du corps ne permettant pas le transport.

Article 10 - Hygiène et sécurité :

Le Médecin Chef de l'Unité de Thanatologie s'assure, en liaison avec le Directeur du Pôle concerné, que toutes les précautions d'hygiène et de sécurité sont respectées dans la réalisation des prélèvements. Il prend notamment toutes les mesures nécessaires pour assurer le respect, au sein de la chambre mortuaire, des précautions visant à minimiser les risques de contamination par des maladies transmissibles.

CHAPITRE 5 : Accès et fonctionnement de la chambre mortuaire

Article 11 : Horaires d'ouverture aux familles :

Voir annexe 1, ci-jointe.

Article 12 - Horaires d'ouvertures aux services :

Voir annexe 1, ci-jointe.

Article 13 : Réception des corps :

Pendant les horaires d'ouverture de la chambre mortuaire *:*

- Pour l'ensemble du CHRU :
  Les corps sont acheminés, par le personnel de la chambre mortuaire, jusqu'à la chambre mortuaire et placés en casier réfrigérés.

- Pour les défunts extérieurs au CHRU :
  Les corps sont réceptionnés, par les agents de la chambre mortuaire, et placés en casiers réfrigérés.

Pendant les heures de fermeture de la chambre mortuaire :

- Défunts du CHRU :
  Les corps, venant des services de soins, sont acheminés et placés en casiers réfrigérés par les agents d'astreinte de la chambre mortuaire.

- Défunts extérieurs au CHRU :
  Les corps sont placés, en casiers réfrigérés, par le Cadre de santé de garde ou de nuit qui ouvre les locaux de la chambre mortuaire.

  Les documents relatifs au décès et au dépôt de corps (certificat de décès, certificat médical et fiche de dépôt de corps) sont mis dans la boîte aux lettres prévue à cet effet, qui est accrochée au mur de la pièce des coffres.

Article 14 - Accès famille :

L'accès des familles, à la chambre mortuaire, est organisé dans les plages horaires de fonctionnement de celle-ci, par le responsable de la chambre mortuaire.

L'accès des familles est limité à la salle de présentation des corps.

Cet accès peut- être interdit à toute personne dont la présence ne serait pas motivé par des nécessités de service, ou prévue par l'application des dispositions légales ou réglementaires relatives à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, ou dont le comportement pourrait troubler l'ordre, la décence, ou la sérénité des lieux.

Les locaux techniques sont interdits d'accès à toute personne étrangère au service ou non autorisée.

Article 15 - Accès Professionnels :

Les personnels des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités ont accès à la chambre mortuaire, pour le dépôt et le retrait des corps, la pratique des soins de conservation et la toilette mortuaire, lorsqu'ils sont mandatés par une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, dans les conditions prévues à l'article 14 du présent règlement.

Les responsables desdites, régies, entreprises, associations ou de leurs établissements habilités organisent conjointement avec l'agent mortuaire les modalités de leurs activités au sein de la chambre mortuaire, en tenant compte des nécessités et contraintes du service.

Article 16 - Conditions du dépôt :

En application du Code général des Collectivités Territoriales :

- Les 3 premiers jours du dépôt de corps sont gratuits,
- A partir du 4ème jour , les frais de dépôt de corps sont facturés en fonction du tarif établi par le CHRU de Montpellier.

Les encaissements ont lieu à la sortie des corps. Ils sont effectués par la régie de l'Unité de thanatologie.

Article 17 - Soins de conservation :

Sont exclues du fonctionnement de la chambre mortuaire, les prestations suivantes qui relèvent des services funéraires :

- Soins de conservation,
- Toilettes rituelles,
- Cérémonies religieuses.

Ces prestations sont effectuées, dans les locaux de la chambre mortuaire, par les prestataires extérieurs, en fonction des disponibilité des salles.

Article 18 - Registre de suivi des corps :

Conformément à l'arrêté du 5 janvier 2007, un registre numéroté retrace toutes les entrées et sorties des corps de la chambre mortuaire, en vue d'un suivi individuel du corps de chaque personne décédée ou de chaque enfant pouvant être déclaré sans vie. Ce registre doit être conservé pendant une durée d'utilisation administrative de 50 ans.

CHAPITRE 6 : Des personnels de la chambre mortuaire

Article 19 - Mission :

Les agents de la chambre mortuaire sont chargés, sous l'autorité du Directeur du CHRU de Montpellier, ou du Directeur ayant reçu délégation, des activités mortuaires de l'établissement et assurent, à ce titre, l'accueil des familles et la présentation des corps qui doivent être effectués avec toute l'attention et la dignité requise.

Les agents de la chambre mortuaire sont placés, pour l'ensemble des activités médico-techniques, sous l'autorité du Médecin Chef de l'Unité de Thanatologie, ou le cas échéant, du médecin délégué par ce dernier, pour ces activités.

Article 20 - Obligations des agents de service mortuaire :

Les agents de la chambre mortuaire du CHRU de Montpellier sont soumis, comme l'ensemble des personnels du CHRU de Montpellier, aux dispositions statutaires régissant la fonction publique hospitalière, au règlement intérieur du CHRU de Montpellier et au présent règlement intérieur annexé.

En outre compte tenu de la spécificité de leur activité :

- ils sont tenus au devoir de discrétion professionnelle,
- ils doivent s'identifier, de façon claire, dans leurs contacts avec les usagers du CHRU de Montpellier, en se présentant au téléphone et en portant un badge nominatif sur leur tenue professionnelle.
- ils leur est interdit :
  - D'accepter toute forme et toute nature de gratification ou de pourboire de la part des familles ou des proches des personnes décédées, ainsi que des sociétés de pompes funèbres et de toute entreprise,

- D'effectuer des recommandations pour des entreprises de pompes funèbres et de toute entreprise de pompes funèbres ou de tout prestataire de service,
- De façon générale de s'immiscer, d'une manière quelconque, dans les décisions qui relèvent des familles elles-mêmes.

Toute violation de ces dispositions expose les contrevenants à des sanctions disciplinaires ainsi qu'à de lourdes sanctions pénales.

- Ils doivent exercer une surveillance des différents accès de la chambre mortuaire, et notamment de la porte d'accès à la galerie technique, qui ne peut être ouverte qu'au moment du passage de la société des pompes funèbres.

Article 21 - Obligations des personnels des pompes funèbres :

Afin d'assurer le bon fonctionnement de la chambre mortuaire, et dans l'intérêt général, les personnels des sociétés de pompes funèbres et les autres professionnels sont tenus de se conformer aux dispositions du présent règlement intérieur, notamment en ce qui concerne leur identification et leur accès dans les locaux.

De plus ils doivent se conformer aux consignes que les agents mortuaires du CHRU de Montpellier peuvent être appelés à leur indiquer dans l'intérêt du service.

Les sociétés des pompes funèbres assurent également, par l'intermédiaire de leur ordonnateur, la coordination des cérémonies de levée de corps tant auprès des familles que du public.

CHAPITRE 7 : Informations au public

Article 22 - Affichage du règlement intérieur :

Le présent règlement est affiché, à la vue du public, dans les locaux de la chambre mortuaire destinés à l'accueil du public ainsi que sur le site intranet et internet du CHRU.

Il est déposé, daté et signé, dès son adoption par le Conseil d'Administration du CHRU de Montpellier, auprès du représentant de l'Etat dans le département où est implantée la chambre mortuaire.

Article 23 - Affichage de la liste des professionnels :

La liste des régies, entreprises, associations ou de leur établissement habilités doit être affichée dans les locaux d'accueil de la chambre mortuaire.

Elle est établie par le représentant de l'Etat, dans le département où est située la chambre mortuaire.

La liste doit comprendre le nom, l'adresse complète et le numéro de téléphone des opérateurs funéraires habilités, conformément à l'article L 2223-23 du Code général des Collectivités Territoriales, et installés dans la commune.

<u>Article 24 - Interdiction d'afficher des documents commerciaux</u> :

Aucun document de nature commerciale ne doit être visible au sein de la chambre mortuaire, sous réserve des dispositions de l'article 24 du présent règlement.

Vu, le Chef de Service de l'Unité de Thanatologie,
Pr. Eric BACCINO

ANNEXE 1

HORAIRES D'OUVERTURE DE LA CHAMBRE MORTUAIRE

Horaires d'ouverture aux familles :

La chambre mortuaire est ouverte :

- du Lundi au Vendredi, de 8h00 à 18h00,
- les samedis, dimanches et jours fériés, de 8h30 à 12h30.

Horaires d'ouvertures aux services :

Le transport des corps, vers la chambre mortuaire, est assuré :

- de 05h30 à 21h00, du Lundi au Vendredi (contacter la chambre mortuaire par le BIP : 3.83.52),
- de 21h00 à 05h30, toute la semaine, week-ends et jours fériés compris (contacter le personnel d'astreinte de la chambre mortuaire par le biais du standard).

Les gardes sont assurées les Samedis, Dimanches et jours fériés de 8h30 à 12h30.

Horaires d'astreintes de nuit, la semaine, le week-end et jour férié :

Les astreintes s'effectuent :

- de 21h00 à 5h30

ANNEXE 2

Montpellier le …….

AUTORISATION
D'AUTOPSIE OU DE PRELEVEMENT
POUR LE COMPTE D'UN ETABLISSEMENT
EXTERIEUR AU CHRU DE MONTPELLIER

Je soussigné,

□ **Monsieur** , Directeur Délégué du Pôle Biologie-Pathologies,

□ **Monsieur** , Directeur Délégué du Pôle Urgences,

□ **Monsieur** , Directeur Délégué du Pôle Enfant, Naissance et Pathologie de la Femme,

autorise l'autopsie scientifique de :

NOM : ……
PRENOM : ……
Né(e) : ……
Décédé(e) le : ……

Signature du Directeur Délégué du Pôle,

Autorisation transmise par fax au Directeur Délégué de Pôles concerné, a renvoyer dûment signée au responsable de la Chambre Mortuaire, par fax, au n° 3.83.53.

Pour les corps d'enfants nés sans vie de moins de 22 semaines, l'autorisation doit être renvoyée au laboratoire du CECCOS, par fax, au n° 3.59.43

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

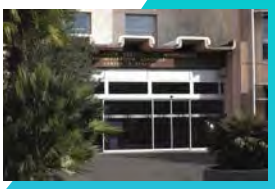
Annexe 14

Règlement intérieur du CTE
Comité Technique d'Etablissement

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

COMITÉ TECHNIQUE D'ÉTABLISSEMENT

REGLEMENT INTERIEUR












Approuvé
en séance CTE du
29 septembre 2015

Direction des Ressources Humaines
et de la Formation

REGLEMENT INTERIEUR

DU COMITÉ TECHNIQUE D'ÉTABLISSEMENT

- Vu les **articles L6144-1 à 7 du Code de la Santé Publique** sur les organes représentatifs et l'expression des personnels dans les établissements publics de santé

- Vu les **articles R6144-40 à 41 du Code de la Santé Publique** sur les **attributions** du CTE

- Vu les **articles R6144-42 à 66 du Code de la Santé Publique** sur la **composition** du CTE

- Vu les **articles R6144-68 à D6144-81 du Code de la Santé Publique** sur le **fonctionnement** du CTE

- Vu les **articles D6144-81 du Code de la Santé Publique** sur la **formation** des membres du CTE modifié par le décret 2007-1239 du 20 août 2007

- Vu les **articles R6144-82 à D6144-85 du Code de la Santé Publique** sur les **dispositions communes** aux commissions médicales d'établissement et aux comités technique d'établissement

- Vu le **décret** n° 2010-436 du **30 avril 2010** relatif au Comité Technique d'Établissement des établissements publics de santé ;

- Vu le **décret** n° 2011-584 du **26 mai 2011** relatif au Comité Technique d'Établissement des établissements publics de santé ;

- Vu le **décret** n°2013-842 du **20 septembre 2013** relatif au Comité Technique d'Établissement des établissements Publics de Santé,

- Vu le **décret** n°2014-822 du **18 juillet 2014** relatif au Comité Technique d'Établissement des établissements Publics de Santé,

- **Vu la séance du Comité Technique d'Établissement en date du *29 septembre 2015***

Le document ci-dessous constitue le règlement intérieur du Comité Technique d'Établissement du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.

Il s'applique à compter du ***30 septembre 2015***

ARTICLE 1 Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer, dans le cadre des lois et règlements en vigueur, l'organisation et les conditions de travail du Comité Technique d'Établissement du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.

I – COMPOSITION

(art R 6144-42 à R 6144-66 modifiés par les décrets n° 2014-821 et 822 du 18 juillet 2014)

ARTICLE 2 Le Comité Technique d'Établissement est présidé par le Directeur Général. En son absence, la présidence est assurée par un membre du corps des personnels de direction de l'établissement qu'il aura désigné à cet effet. Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier étant un établissement de plus de 2 000 agents, la composition de ce comité est la suivante :

- 15 membres titulaires et 15 membres suppléants (décret 2014-822 du 18 juillet 2014 - art 1)

Pour le **calcul des effectifs**, sont pris en compte l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, des agents contractuels mentionnés au premier alinéa de l'article 1er du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que les contractuels de droit public n'occupant pas un emploi permanent et les contractuels de droit privé, à l'exception des personnels mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires. Cet effectif est apprécié le dernier jour du mois précédant de six mois la date du scrutin (décret 2014-822 du 18 juillet 2014 - art 1)

La **durée du mandat** des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.
La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis du Conseil Supérieur des Hôpitaux et du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Lors du renouvellement d'un Comité Technique d'Établissement, les nouveaux membres entrent en fonction à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Les **représentants titulaires sont désignés dans l'ordre de présentation des listes** par les organisations syndicales en fonction du nombre de sièges qu'elles ont obtenu. Les **représentants suppléants sont également désignés dans l'ordre** de présentation des dites-listes à la suite des représentants titulaires et en nombre égal à ceux-ci. (Art. 15 du décret 2014-822 du 18 juillet 2014)

ARTICLE 3 La date des **élections** pour le renouvellement général des comités techniques d'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé, après consultation des organisations syndicales membres du Conseil supérieur de la Fonction Publique Hospitalière et de la Fédération hospitalière de France. Cette date est rendue publique au moins trois mois à l'avance par affichage dans les établissements concernés.
Les règles applicables aux élections aux Commissions Administratives Paritaires Locales/Départementales et aux Comités Techniques des Établissements Publics de Santé et des Établissements Publics Sociaux et Médico-Sociaux sont fixées par le décret du 18 juillet 2014.

Lorsque l'élection des membres d'un Comité Technique d'Établissement a lieu entre deux renouvellements généraux, la date du scrutin est fixée par le directeur de l'établissement, après consultation des organisations syndicales représentatives dans l'établissement.

ARTICLE 4 **Lorsqu'un représentant titulaire cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions** dans l'établissement pour cause de décès, de démission, de changement d'établissement ou est frappé d'une des causes d'inéligibilité prévues à l'article R 6144-53, il est remplacé par un suppléant de la liste au titre de laquelle il a été élu (art 4 du décret 2011-584 du 26 mai 2011).

Le suppléant est lui même remplacé par le premier candidat restant non élu de la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles mentionné à l'article R. 6144.53.

Le mandat des représentants titulaires ou suppléants désignés dans les conditions prévues par le présent article prend fin à la date à laquelle aurait normalement pris fin le mandat des titulaires ou des suppléants qu'ils remplacent.

ARTICLE 5 **Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion** du Comité Technique d'Établissement, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu. (art 6 du décret 2011-584 du 26 mai 2011).

II – ATTRIBUTIONS

(art R 6144-40 à R 6144-41modifiés par le décret n° 2013-842 du 20 septembre 2013)

ARTICLE 6-1 Le comité technique d'établissement **est consulté** sur des matières sur lesquelles la Commission Médicale d'Établissement est également consultée :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;

2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;

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

4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants;

6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

ARTICLE 6-2 Le comité technique d'établissement **est également consulté** sur les matières suivantes :

1° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;

2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

5° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

6° Le règlement intérieur de l'établissement.

ARTICLE 6-3 Les points ci-après sont maintenus en consultation au CHRU de Montpellier :

- Le bilan annuel du plan de formation. Une commission de formation, émanant du C.T.E., est constituée au C.H.R.U. Sa composition et ses compétences font l'objet d'un additif au présent règlement intérieur ;

- Le bilan annuel du temps partiel (décret N° 82.1003 du 23 novembre 1982 modifié par décret 2004-1063 du 1 octobre 2004) ;

- Le fonctionnement du C.H.S.C.T. dans :

  - la fixation du nombre de C.H.S.C.T. dans l'établissement (article L 4613-4 du code du travail) ;

- La nomination et le licenciement d'un médecin du travail, le rapport sur l'organisation et le fonctionnement des services de médecine du travail, le rapport d'activité du médecin du travail (art R 4626-12 : décret N°2008-244 du 07 mars 2008)

- Les conditions d'accueil et de formation des apprentis (loi n°92.675 du 17 juillet 1992) ;

- L'organisation relative aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et des dispositifs médicaux (arrêté du 03 octobre 1995) ;

- La liste des équipements et les conditions matérielles d'exercice des activités syndicales (décret N° 95-687 du 09 mai 1995 et modifiant le décret n° 86-660 du 19 mars 1986)

ARTICLE 6-4 Le Comité Technique d'Établissement est tenu informé :

- de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement,

- du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, mentionné à l'article L 6114-1,
- de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses prévu à l'article L 6145-1,

- du bilan et du programme annuels relatifs à l'Hygiène, la Sécurité et les Conditions de Travail (décret N° 85.946 du 16 août 1985 et loi N°82-1097 du 23 décembre 1982) ;
- du nombre de recrutements opérés, en application de l'article 14 du décret 2004-118 du 6 février 2004 relatif au recrutement sans concours dans certains corps de fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière.

III – FONCTIONNEMENT

(art R 6144-68 à R 6144-81 modifiés par le décret n° 2011-584 du 26 mai 2011)

ARTICLE 7 En application de l'article R 6144-72, le Comité Technique d'Établissement élit en son sein **un secrétaire** parmi ses membres titulaires. En l'absence du secrétaire lors d'une séance du CTE, l'organisation syndicale assurant le secrétariat désignera un secrétaire de séance parmi ses membres présents.

Il valide par sa signature les procès-verbaux des séances et s'assure de leur transmission aux membres du Comité Technique d'Etablissement dans les conditions fixées par l'article R 6144.72**.**

Il s'assure aussi de la communication écrite par le président à chaque membre du Comité Technique d'Établissement, des suites données aux avis et vœux émis, dans les conditions fixées par l'article R 6144.76 (deux mois).

Pour l'exécution des tâches matérielles, le secrétaire du comité sera aidé par un fonctionnaire de l'établissement qui assiste aux séances. Ce fonctionnaire est désigné par le Directeur de l'établissement, dans le cadre des dispositions réglementaires.

ARTICLE 8 La **communication des pièces et documents** nécessaires à l'accomplissement des fonctions doit être effectuée au plus tard quinze jours avant la date de la séance (article R 6144-78).
Afin de respecter ce délai, le secteur instances de la DRHF informe les rapporteurs en amont de la réunion fixant l'ordre du jour.

Après chaque séance, un procès-verbal est établi. Il est signé par le Président, et contresigné par le secrétaire de séance. Le procès-verbal est transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité par messagerie. Les organisations syndicales sont invitées à présenter leurs observations par messagerie. En cas de modification, la nouvelle version du PV sera retransmise aux membres du CTE par messagerie.
Le procès-verbal est approuvé lors de la séance suivante.

Le secteur instances de la DRHF s'assure de l'affichage prévu par le 2ème alinéa de l'article R 6144-75 en publiant les ordres du jour et les avis du CTE validés par le secrétaire du CTE de la séance concernée et le DRH sur le site intranet du CHRU (rubrique instances).

ARTICLE 9 **Les réunions** du Comité Technique d'Établissement ont lieu sur convocation du président.
Au CHRU de Montpellier, le CTE de réunit mensuellement.
Des réunions supplémentaires peuvent toutefois être organisées :
- à l'initiative du président,
- sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires.
Dans ce dernier cas, le comité doit être réuni dans un délai d'un mois.

ARTICLE 10 **L'ordre du jour** est fixé par le Président. Doivent y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. (art R6144-70 du code la santé publique).

Au CHRU de Montpellier, une réunion intitulée « ODJ CTE du … » permet de discuter et définir les questions proposées par chaque organisation syndicale siégeant à l'ordre du jour de la séance suivante. Ces discussions ont lieu lors de cette réunion en présence de représentants de l'administration (un membre de l'équipe de direction représentant le président du CTE et, au moins, une

personne du secteur instances de la DRHF), du secrétaire du CTE et d'un représentant de chaque organisation syndicale siégeant.

Lorsque des questions proposées par les organisations syndicales ne sont pas retenues en concertation lors de la réunion préparant l'ordre du jour, elles font l'objet d'une réponse écrite sous forme de courrier ou dans le tableau récapitulant ces questions. Ces réponses seront annexées au PV du CTE suivant leur diffusion.

En ce qui concerne les questions posées par les organisations syndicales, il convient que ces questions :

- relèvent de la compétence du Comité Technique d'Établissement ;

- soient formulées de manière explicite et correspondent à une proposition précise ;

- soient adressées au secteur Instances de la Direction des Ressources Humaines dans des délais précisés lors de la demande effectuée par messagerie.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour et du dossier de la séance. Ces documents sont transmis aux membres titulaires et sont tenus à leur disposition au secrétariat technique de la Direction des Ressources Humaines où ils doivent être retirés par un représentant de chaque organisation syndicale siégeant. Ce dernier se charge de redistribuer ces documents aux membres élus de son organisation syndicale.
Un dossier supplémentaire est remis à chaque organisation syndicale pour les membres suppléants.
Le secteur Instances de la DRHF transmet également le dossier dématérialisé par messagerie aux organisations syndicales siégeant en CTE.

ARTICLE 11 Le président du Comité Technique d'Établissement, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des **experts** afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.
Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions pour lesquelles leur présence est demandée sans pouvoir participer au vote.
(Art R6144-71 du code de la santé publique)

Le président du Comité Technique d'Établissement, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.
Lorsque l'ordre du jour du Comité Technique d'Établissement comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité. (Art R6144-71 du code de la santé publique)

ARTICLE 12 **Un représentant de la Commission Médicale d'Établissement** assiste, avec voix consultative, à chaque réunion du Comité Technique d'Etablissement (L6144-5 du code de la santé publique).

Le Comité Technique d'Établissement élit en son sein, parmi les membres titulaires, un représentant à la Commission Médicale d'Établissement. Ce vote est organisé à bulletin secret. Le représentant du CTE à la CME assiste, avec voix consultative, à chaque réunion de la Commission Médicale d'Établissement. En sa qualité de représentant du Comité Technique d'Établissement, il fait part à la Commission Médicale d'Établissement de l'avis émis par le Comité Technique

d'Établissement sur toute question examinée par la Commission Médicale d'Établissement et ayant fait l'objet d'une consultation du Comité Technique d'Établissement.

A chaque séance du Comité Technique d'Établissement, il pourra faire un bref compte-rendu des séances de la Commission Médicale d'Établissement auxquelles il a assisté depuis la dernière réunion du Comité Technique d'Établissement si des points débattus en CME intéressent le CTE ou à la demande des autres membres du CTE. Il fera part de cette demande lors de la réunion fixant l'ordre du jour de la séance suivante.

Par ailleurs, il pourra transmettre un compte-rendu qu'il aura rédigé afin qu'il soit annexé au dossier à l'attention des membres du CTE.

Les PV de la CME sont accessibles sur le site intranet du CHRU, rubrique Instances.

ARTICLE 13 Les **membres suppléants** sont informés de l'ordre du jour des séances du Comité Technique d'Etablissement.

Les suppléants participent aux séances du Comité Technique d'Etablissement avec voix délibérative dans le cas où ils remplaceraient un titulaire absent. L'absence s'apprécie lors de l'ouverture de la séance, à l'appel des membres titulaires effectué par le Président. Une absence temporaire d'un titulaire en cours de séance ne confère pas au suppléant le droit de participer aux débats ni aux votes.

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voix délibérative, dans les conditions définies ci-dessus, les suppléants, dans la limite de un représentant par organisation syndicale et par liste (L 6144-4), assistent aux séances du Comité sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes (article R 6144-48).

Dans le cas où les suppléants seraient amenés à intervenir en qualité d'expert, leur intervention est alors limitée à la question pour laquelle ils ont été désignés sans pouvoir prendre part au vote.

Les points présentés à l'ordre du jour pour information peuvent donner lieu à échanges.

ARTICLE 14 Le Comité Technique d'Etablissement ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative est présente lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

ARTICLE 15 Le Comité Technique d'Etablissement émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret par l'un des membres titulaires du comité.
Le Président ne prend pas part au vote.
En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lors de la désignation du représentant du Comité Technique d'Etablissement à la commission médicale d'établissement (art 6144-5) et lors de l'élection du

secrétaire du Comité Technique d'Etablissement, en cas de partage égal des voix, il y a lieu de désigner le plus âgé des candidats proposés.

Des suspensions de séance peuvent être accordées par le Président à la demande d'une ou plusieurs organisations syndicales, afin de permettre un délai de réflexion suffisant.

ARTICLE 16: Les avis ou les vœux émis par le Comité Technique d'Etablissement sont portés, par le président, à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement.

Ils sont également portés à la connaissance du personnel de l'établissement par voie d'affichage dans les établissements sur les panneaux d'affichage des DRH de site et publication sur le site intranet du Centre Hospitalier Universitaire, au plus tard dans un délai de quinze jours, à la diligence du Directeur général.

Le procès-verbal de chaque séance est transmis en priorité au secrétaire puis aux membres du CTE.

ARTICLE 17 Le Comité Technique d'Etablissement doit, dans un délai de deux mois, être informé par une communication écrite du président à chacun des membres des suites données à ses avis ou à ses vœux.

ARTICLE 18 Les séances du Comité Technique d'Etablissement ne sont pas publiques.

ARTICLE 19 Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée de toutes pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance. A défaut d'avoir les documents en temps voulu, les membres élus du Comité Technique d'Etablissement se prononceront à la majorité qualifiée aux 2/3 soit 10 voix sur l'opportunité d'en débattre durant la réunion en cours. Les questions qui n'ont pu être examinées au cours d'une séance seront inscrites prioritairement à l'ordre du jour de la séance suivante.

ARTICLE 20 Les personnes participant à quelque titre que ce soit aux travaux du Comité Technique d'Etablissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

ARTICLE 21 Les membres titulaires et suppléants du Comité Technique d'Etablissement et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

ARTICLE 22: Les représentants titulaires du personnel au CTE bénéficient de cinq jours de formation liés à l'exercice de leur mandat (art D. 6144-81 modifié par Décret n°2007-1239 du 20 aout 2007).

Ce congé de formation, pris en une ou deux fois, est accordé par le chef d'établissement à la demande du bénéficiaire, présentée au moins 30 jours avant le début du stage.

Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé.

ARTICLE 23: Le président est chargé de veiller à l'application des dispositions réglementaires auxquelles sont soumis les avis et vœux du comité ainsi qu'à l'application du présent règlement intérieur. D'une façon générale, il est chargé d'assurer la bonne tenue et la discipline des réunions.

ARTICLE 24 Le présent document, règlement intérieur du Comité Technique d'Etablissement, sera inséré en annexe du règlement intérieur du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier.

Le document, ci-joint en annexe, concerne le règlement intérieur de la commission de formation.

Le Secrétaire CTE **Le Président**

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

Philippe PERETTI **Philippe DOMY**

Annexe

ADDITIF AU REGLEMENT INTERIEUR

DU COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT

- Vu la circulaire N° 24 du 22 avril 1991 relative à l'application du décret N° 90.319 du 05 avril 1990 visant la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière ;

- Vu la séance de la commission de formation du comité technique d'Etablissement en date du 21 mars 1997 ;

- Vu l'article 6 du règlement intérieur du Comité Technique d'Etablissement du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier daté du 29 septembre 2015 ;

- Vu la séance du Comité Technique d'Etablissement en date du 29 septembre 2015

- Vu l'arrêté du 18 février 2010 définissant le modèle du rapport annuel d'exécution des actions de formation mises en œuvre au sein des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

- Vu le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

- Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux Territoires

- Vu le décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu

- Vu le décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales

- Vu la CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

ARTICLE 1 Le présent additif au règlement intérieur du Comité Technique d'Etablissement du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier a pour objet de fixer, dans le cadre des lois et règlements en vigueur, l'organisation et le fonctionnement de la commission de formation du Comité Technique d'Etablissement.

I - COMPOSITION

ARTICLE 2 La commission de formation du Comité Technique d'Etablissement est présidée par le Directeur Adjoint des Ressources Humaines et de la Formation, en charge de la formation.

Alinéa 1 La composition de la commission de formation du Comité Technique d'Etablissement est la suivante :

Un membre titulaire et un membre suppléa nt par organisation syndicale représentée au CTE et désignés parmi les membres CTE.

Ces membres sont désignés par les organisations syndicales au sein du Comité Technique d'Etablissement.

La durée de leur mandat au sein de la commission est identique à celle de membre du Comité Technique d'Etablissement.

Le suppléant qui assiste aux séances de la commission de formation ne participe pas aux débats, sauf dans le cas où il remplacerait un titulaire absent.

Alinéa 2 Assistent à la commission de formation du Comité Technique d'Etablissement, à titre consultatif :

- le Directeur Coordonnateur Général des Soins du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier ou son représentant,
- un représentant du corps médical, désigné par la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier,

- le Directeur des Ressources Humaines et de la Formation ou son représentant

- les conseillers en formation continue,

- tout représentant des Directions ou des Pôles d'activité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier concerné par un point figurant à l'ordre du jour de la commission de formation du Comité Technique d'Etablissement.

ARTICLE 3 Lorsqu'un représentant titulaire cesse, en cours de mandat, d'exercer ses fonctions dans l'établissement pour cause de décès, de démission, de changement d'établissement ou s'il est placé en congé de longue durée, il est remplacé par un membre du CTE désigné par l'organisation syndicale.

ARTICLE 4 Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion de la commission de formation, il peut être remplacé par le suppléant désigné au titre de l'article 2 susvisé.

II - ATTRIBUTIONS

ARTICLE 5 La commission de formation, sur délégation du Comité Technique d'Etablissement, est chargée d'exercer les compétences suivantes :

- examen préalable avant présentation au Comité Technique d'Etablissement :

  - du plan de formation annuel du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier ;
  - du bilan de réalisation du plan de formation ;
  - du rapport annuel d'exécution des actions de formation ;

- examen des actions à revoir ou additives au plan de formation annuel du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier ;

- examen des questions relatives aux types de formations visées par les décrets N° 2008-824 du 21 aout 2008 relatif à la FPTLV et N° 90.319 du 05 avril 1990, et par les circulaires du 13 février 1989, 22 avril 1991, 29 novembre 1996 et 17 décembre 1996.

Les cas individuels de formation ne peuvent pas être examinés nominativement et demeurent toujours anonymes.

ARTICLE 6 La commission de formation du Comité Technique d'Etablissement exerce les compétences susvisées dans le respect des attributions du Comité Technique d'Etablissement, définies par le règlement intérieur en vigueur.

III - FONCTIONNEMENT

ARTICLE 7 Les réunions de la commission de formation ont lieu sur convocation du président de ladite commission, sur l'initiative de ce dernier ou bien à la demande du Comité Technique d'Etablissement ou encore à la majorité des membres de la commission de formation elle-même.

La commission de formation se réunit au moins une fois par semestre.

ARTICLE 8 L'ordre du jour est fixé par le président de la commission de formation.

Les membres de la commission de formation peuvent proposer l'inscription à l'ordre du jour de questions relevant de la compétence de ladite commission, compétence fixée par l'article 5 du présent additif au règlement intérieur.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. La convocation est adressée aux membres de la commission quinze jours avant la date de la séance. Les documents éventuels sont adressés aux membres de la commission dix jours avant la date de la séance.

ARTICLE 9 Un compte-rendu est établi, à la diligence du président, après chaque séance de la commission de formation. Il est transmis dans un délai de quinze jours aux membres de la commission qui sont invités à présenter leurs observations écrites ou orales. Le compte-rendu est approuvé lors de la séance suivante de la commission.

ARTICLE 10 La commission de formation émet des remarques sur les actions de formation qui lui sont soumises . Ces remarques sont portées à la connaissance du CTE.

Le procès-verbal est réputé approuvé si les membres de la commission ne font pas de demande de modification dans un délais de 15 jours à compter de la date de réception.

ARTICLE 11 Les remarques et travaux de la commission de formation sont portés à la connaissance du Comité Technique d'Etablissement par le président de la commission de formation (notamment par envoi du compte-rendu).

ARTICLE 12 Les séances de la commission de formation ne sont pas publiques.

ARTICLE 13 Les personnes participant à quelque titre que ce soit aux travaux de la commission de formation sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont elles ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

ARTICLE 14 Le président de la commission de formation est chargé de veiller à l'application du présent additif, qui sera inséré en annexe au règlement intérieur du Comité Technique d'Etablissement daté du 29 septembre 2015.

Le Secrétaire **Le Président**

Philippe PERETTI **Philippe DOMY**

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 15

Règlement intérieur du CHSCT
Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 06 REGLEMENTS ANNEXES

Article 01.- Dispositions relatives aux règlements annexés

Annexe 16

Règlement intérieur des Chambres d'hôtes de Bellevue

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

REGLEMENT INTERIEUR DES CHAMBRES D'HOTES DE BELLEVUE

Le présent règlement intérieur a pour objet de définir un ensemble, non exhaustif, de règles relatives à l'utilisation des chambres d'hôte de Bellevue (chambres, studio, F2 et F3), tant dans les parties privatives que communes.

Le locataire s'engage à respecter les dispositions qui suivent.

Le locataire est informé que le non-respect du présent règlement engage personnellement sa responsabilité et entrainera son expulsion immédiate.

Avant l'entrée dans le logement

Aucune arrivée dans les logements ne peut avoir lieu le Week-end. La remise des codes et des clés est réalisée en semaine, entre 9h et 17h à l'accueil régie de Bellevue.

Le locataire devra :

- Signer le présent règlement intérieur
- S'acquitter d'un dépôt de garanti du montant équivalent à deux mois de redevance mensuelle
- S'acquitter du règlement du premier mois de redevance mensuelle

L'utilisation des chambres d'hôte de Bellevue

Il est interdit :

- de loger une autre personne même temporairement
- d'utiliser tout appareil ménager dans les chambres
- de modifier de l'agencement des locaux
- de faire du bruit entre 22h00 et 7h00
- d'introduire des animaux
- d'introduire un vélo dans la chambre et le couloir
- d'étendre du linge aux fenêtres
- de marcher sur les pelouses et plantations
- de communiquer le code des chambres

Veuillez signaler tout problème technique à l'Admission-régie

Une location ne peut excéder 6 mois, et ce, en fonction de la disponibilité des logements.

Il est obligatoire :

- de ranger et de remettre en état les locaux et équipements collectifs après chaque utilisation
- de maintenir dans un état d'ordre satisfaisant les chambres pour permettre notamment l'entretien des locaux
- de s'acquitter de la redevance mensuelle au début de chaque mois. Si une absence est constatée, une mise en demeure sera adressée au locataire pour régularisation sous huit jours. Si la situation n'est pas régularisée à l'issue de ce délai, le locataire sera expulsé des locaux sans préavis

Responsabilité

L'administration décline toute responsabilité pour les vols survenant dans l'enceinte de la Résidence. De même en ce qui concerne les produits alimentaires placés par les usagers dans le réfrigérateur.

Les frais occasionnés par l'inobservation du présent règlement seront mis à la charge du locataire.

Le locataire

Pour le CHRU de Montpellier

« Lu et approuvé »

À Montpellier, le

Annexe 17

Règlement intérieur de la CSIRMT Commission des Soins Infirmiers de Rééducation Médico-Techniques

REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES

- **Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- **Code de la santé publique** notamment ses articles L.6146-9 et L.6146-11.
- **Décret n° 2010-361 du 8 Avril 2010** relatif aux conseils de surveillance des établissements publics de santé.
- **Décret n°2010-449 du 30 avril 2010** relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé.
- **Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010** modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Soumis pour avis aux membres :

- de la CSIRMT le 22 février 2011 : avis favorable à l'unanimité
- du CTE le 22 février 2011 : avis favorable à l'unanimité
- de la CME le 23 février 2011 : avis favorable à l'unanimité

ART. 1

Il est constitué au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier une Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

ART. 2

La commission est consultée **pour avis** sur :

⇨ Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;

⇨ L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;

⇨ Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;

⇨ La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;

⇨ La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

⇨ La politique de développement professionnel continu.

La commission est **informée** sur :

⇨ Le règlement intérieur de l'établissement

⇨ La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2

⇨ Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement

ART. 3

La commission est composée :

⇨ du directeur coordonnateur général des soins, président de la commission,

⇨ de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Ces représentants élus sont constitués de 34 membres titulaires et 34 membres suppléants parmi les trois collèges suivants :

Collège des cadres de santé : **12 membres titulaires** / 12 membres suppléants

Ce collège comprend les trois groupes suivants :

⇨ Le groupe des cadres de santé de la filière infirmière : **9 membres** : corps des infirmiers cadres de santé, corps des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé, corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé, corps des puéricultrices cadres de santé.

⇨ Le groupe des cadres de santé de la filière de rééducation : **1 membre** : 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.

⇨ Le groupe des cadres de santé de la filière médico-technique : **2 membres** : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé, corps des techniciens de laboratoire cadres de santé, corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé.

Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : **16 membres titulaires** / 16 membres suppléants

Ce collège comprend les trois groupes suivants :

⇨ Le groupe des personnels infirmiers : **10 membres** : corps des infirmiers, corps des infirmiers de bloc opératoire, corps des infirmiers anesthésistes, corps des puéricultrices.

⇨ Le groupe des personnels de rééducation : **3 membres** : corps des pédicures-podologues, corps des masseurs-kinésithérapeutes, corps des ergothérapeutes, corps des psychomotriciens, corps des orthophonistes, corps des orthoptistes, corps des diététiciens.

⇨ Le groupe des personnels médico-techniques : **3 membres** : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière, corps des techniciens de laboratoire, corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Collège des aides-soignants **: 6 membres titulaires** / 6 membres suppléants

Ce collège comprend uniquement le corps des aides-soignants.

ART. 4

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- Les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins ;
- Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;
- Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale rattaché juridiquement 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 rattaché juridiquement à l'établissement ;
- Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la Commission à l'initiative du Président ou d'un tiers de ses membres.

ART. 5

La désignation des membres mentionnés à l'article 3 s'effectue selon les modalités ci-après définies :

- Sont électeurs, les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin ;

- Election au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

ART. 6

La durée du mandat des membres élus à la commission est de **quatre ans**, renouvelable. Ce mandat est renouvelable.

ART. 7

Un membre titulaire momentanément ou définitivement empêché de siéger en cours de mandat est remplacé momentanément ou définitivement par le membre suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège.

ART. 8

- Tout membre est tenu à l'obligation de réserve et à la discrétion professionnelle.
- Tout membre élu, qui sans motif légitime, s'abstient d'assister à trois séances consécutives de la commission est réputé démissionnaire.
- Son remplacement est régi par les dispositions de l'article 7 du présent règlement intérieur.

ART. 9

- **Election du représentant de la commission au conseil de surveillance de l'établissement**

Un membre de la commission siège au conseil de surveillance de l'établissement.

Ce représentant est élu au sein et par les membres de ladite commission, au scrutin uninominal, à bulletin secret et à la majorité absolue. Si cette majorité 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.

Toute communication des travaux de la commission, au conseil de surveillance de l'établissement, par le représentant de la commission au conseil de surveillance est soumise à l'avis préalable du Président de la commission.

ART. 10

- La commission se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau.
- La commission se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son Président.
- Cette convocation est de droit à la demande du Président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'ARS.
- L'ordre du jour est fixé par le président de la commission

ART. 11

- La commission délibère valablement lorsque au moins la moitié des membres élus sont présents.
- En l'absence du membre titulaire, le 1er suppléant est habilité à prendre part aux votes.

- 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 des membres présents.

Sur proposition du Président, le vote se fait à main levée ou à bulletin secret.

ART. 12

- Chaque séance de la commission fait l'objet d'un procès verbal, adressé au Président du Directoire et aux membres de la commission titulaires et suppléants dans un délai de 15 jours.

- Le procès verbal est diffusé aux cadres supérieurs de santé pour être communiqué dans les services.

ART. 13

Sont pris sur le temps de travail :

⇨ Les travaux effectués dans le cadre des missions définies à l'article 2 et notamment les travaux en sous-commission, les réunions du bureau permanent et plus généralement, toutes les préparations des réunions.

ART. 14

Le Président de la commission rend compte chaque année de l'activité de la commission dans un rapport qui est adressé au Directoire et aux membres de la Commission.

Annexe 18

Charte des 12H

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

CHARTE GENERALE SUR LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE ORGANISATION DU TRAVAIL EN 12 HEURES

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	**p**	**3**
2. EMERGENCE DU PROJET	**P**	**4**
3. METHODOLOGIE	**P**	**4**
4. EFFECTIFS	**P**	**5**
5. LE ROULEMENT	**P**	**6**
6. LES HORAIRES ET LA RELEVE	**P**	**7**
7. LE TEMPS DE PAUSE	**P**	**7**
8. L'ORGANISATION DU TRAVAIL	**P**	**8**
9. LA GESTION DES CONGES ET DES RECUPERATEURS	**P**	**8**
10. LA GESTION DE L'ABSENTEISME	**P**	**9**
11. MODALITES DE MISE EN PLACE	**P**	**10**
12. EVALUATION	**P**	**11**
ANNEXE 1 - ORGANISATION DU TRAVAIL DE JOUR	**P**	**12**
ANNEXE 2 - ORGANISATION DU TRAVAIL DE NUIT	**P**	**17**
ANNEXE 3 - FICHE DE POSTE A.S de jour	**P**	**23**
ANNEXE 4 - FICHE DE POSTE A.S de nuit	**P**	**29**
ANNEXE 5 – QUESTIONNAIRE BILAN DE PASSAGE EN 12H	**P**	**35**
ANNEXE 6 - MAQUETTE DE PRESENTATION DU PROJET DE PASSAGE EN 12H AU CHSCT ET AU CTE	**P**	**37**
ANNEXE 7 - MAQUETTE DE PRESENTATION DU BILAN DU PASSAGE EN 12 H	**P**	**42**

1. INTRODUCTION

Chaque nouveau projet de mise en place d'un fonctionnement de travail utilisant des vacations de 12 heures doit prendre en compte la présente charte.

Aucun agent ne pourra se voir imposer un travail en 12 heures.
Un accompagnement sera mis en place par la D.R.H, la direction concernée et l'encadrement pour trouver une nouvelle affectation.

Le décret N° 2002-9 du 4 janvier 2002 dispose dans son article 7 qu' "*en cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures*".

2. EMERGENCE DE CHAQUE PROJET DE MISE EN PLACE DES 12 HEURES

Chaque projet ne peut émerger que suite à une demande de la majorité du personnel du service concerné

La mise en place d'une organisation de travail en 12 heures doit être une opportunité pour répondre à un besoin de réorganisation et doit viser les objectifs suivants :

- Améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients,
- Réorganiser les postes de travail pour optimiser la prise en charge des patients,
- Améliorer le partenariat avec l'équipe médicale,
- Améliorer les conditions de travail du personnel.

3. METHODOLOGIE DU PROJET

3.1 Préalable au lancement du projet :

Une réunion de service associant la grande majorité du personnel concerné doit être organisée par l'encadrement. Lors de cette réunion, les agents présents doivent être informés que le projet du temps de travail en 12 heures est à la réflexion et qu'il répond à une demande de plus en plus importante des personnels de l'unité. Cette réunion ***préalable et obligatoire*** doit permettre également d'aborder les questionnements et les difficultés des agents dans la perspective de passer à un temps de travail en 12h.

Un pré-vote anonyme, par catégorie professionnelle, doit obligatoirement être réalisé à ce stade du projet afin de valider que la majorité du personnel concerné est favorable à débuter ce travail.

3.2 Poursuite du projet :

Si le pré-vote fait ressortir une majorité favorable à une mise en place d'une nouvelle organisation de travail en 12 heures, 2 groupes de travail doivent être constitués :

☐Groupe 1 : gestion des ressources humaines : planning, choix du roulement validé par la cellule GTT

☐ Groupe 2 : l'organisation du travail (horaires, répartition des tâches par catégorie professionnelle, élaboration des journées typés, écriture de la charte de fonctionnement à partir de la trame commune de l'établissement).

La composition des groupes de travail est basée sur le volontariat, avec dans chaque groupe des personnels favorables, non favorables ou n'ayant pas encore d'avis sur le sujet.

Le calendrier de programmation des groupes de travail est communiqué à l'équipe.

Une réunion de présentation du document final avec présentation du contenu de la charte du service concerné doit être organisée en présence de la hiérarchie, des agents concernés et des représentants des différentes organisations syndicales.

4. EFFECTIFS DANS LE CADRE DU PASSAGE EN 12H

Chaque nouveau projet doit obligatoirement présenter les effectifs en ETP par catégorie.

Le passage en 12 heures n'entrainera pas de variation d'effectif.

(Exemple ci-dessous)

- Tableau récapitulatif des effectifs en 12h

FONCTION	POSTES FONCTIONNELS EN 12H	EFFECTIF NECESSAIRE	EFFECTIF THEORIQUE ACTUEL	ECART
IDE	Jour : 7 Nuit : 7	7 x2,83 = 19,81 7 x3,02 = 21,14		
Total		40,95 ETP	42 ETP	+1,05
AS	Jour : 6 Nuit : 6 Jour:1x 5j/7 en 7h30	6 x2,83 = 16,98 6 x3,02 = 18,12 1X1.28 = 1,28		
Total		36,38 ETP	35,5 ETP	- 0,88

5. LE ROULEMENT

Si les postes fonctionnels sont assurés en respectant la réglementation, plusieurs cycles de travail peuvent être présentés par les différents groupes de travail.

Aucun cycle présenté ne peut avoir plus de 3 vacations consécutives de 12H
La cellule GTT de la DRH est à la disposition des cadres pour élaborer le ou les cycles en 12 heures.
Jean Luc Cotte : tél 39163
Claude Vidal : tél 39178

La charte doit faire apparaître le ou les divers cycles proposés, les suffrages obtenus et le cycle retenu.

Exemple de planning retenu :

SEMAINE	L	M	M	J	V	S	D	
1	J	RC	0	RC	J	J	J	1T-3R-3T
2	RC	0	RC	J	J	0	0	3R-2T-3R
3	RC	J	J	RC	RC	0	0	2T-4R
4	J	J	RC	0	RC	J	J	2T-3R-2T
5	RC	0	J	J	RC	0	0	2R-2T-3R
PRESENTS	2	2	2	2	2	2	2	

Travail 168 h
Theo. de jour 175h
Solde de jour : - 7 heures
Theo. de nuit162h30
Solde de nuit : + 5h30

Légende des tableaux :
- J : journée travaillée (jour ou nuit)
- 0 : repos,
- RC : repos compensateur

Commentaires :
De jour cette grille crée un débit de 7 heures
De nuit cette grille crée un crédit de 5 heures 30 minutes

L'organisation du travail en 12 heures doit également faire apparaître les règles de fonctionnement souhaitées :

Exemples :

- Des échanges de jours de travail entre agents pourront être réalisés dans le respect des 48 heures hebdomadaires de travail maximum sur une période de 7 jours.

- Le nombre de nuits à effectuer par un agent sera d'environ 5 mois par an. Un tableau de programmation annuelle avec les effectifs nécessaires pour les postes de nuit sera affiché comme actuellement. Une fois les fixes de nuit positionnés, le nombre de nuit restant à assurer sera réparti entre les agents non fixes. Il appartiendra donc à chacun de se planifier sur l'année. Les cadres de santé veilleront à l'équité du nombre de nuits effectuées par chaque agent et pourront proposer un tirage au sort entre les agents n'ayant pas ou peu fait de nuits pour les plages non occupées.

Pour les agents fixes de nuit, ils devront veiller à vider régulièrement leurs chaussettes alimentées par le crédit d'heures accumulées la nuit. Un point sera fait tous les trimestres avec les CDS.

6. LES HORAIRES ET LA RELEVE

L'organisation du travail en 12 heures doit préciser l'ensemble des horaires utilisés avec les bornes d'entrée et de sortie.

Un temps de transmissions de 15 minutes maximum, sera validé, pour les services de soins, par l'encadrement, sur justification, chaque jour. Le dépassement exceptionnel de ce temps de relève devra être justifié et validé par le cadre.

7. LE TEMPS DE PAUSE

L'organisation de la pause repas doit être flexible et solidaire au sein de l'équipe.
Une pause de 20 minutes se fera, de façon échelonnée, sur le temps de travail en 12 heures, de préférence entre 11H et 14H la journée, ou entre 23H et 2H pour les agents de nuit. Les pauses des agents doivent être respectées sauf urgences.
Si la continuité des soins et la sécurité des patients sont assurées, une pause supplémentaire de 20 minutes maximum pourra être prise, de manière fractionnée.

8. L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Vous trouverez décrites en annexes des exemples d'organisations :

- organisation du travail de jour : annexe 1
- organisation du travail de nuit : annexe 2
- fiche de poste aide-soignant salle d'urgences poste de jour : annexe 3
- fiche de poste aide-soignant salle d'urgences poste de nuit : annexe 4

9. LA GESTION DES CONGES ET DES REPOS COMPENSATEURS

9.1 Les congés annuels (M0)

La gestion sera identique à celle actuelle, c'est à dire 25 CA, plus 2 hors saisons, plus un jour fractionné.
La programmation des congés annuels sur une grille en 12h peut entraîner des modifications de la grille initiale et le basculement jour/nuit ou nuit/jour pourra entraîner un changement du cycle préalablement planifié. Les agents devront être informés de ces changements avant la sortie du planning. Le tableau prévisionnel des congés annuels doit être affiché avant le 31 mars.

Le planning doit être affiché au plus tard le 15 du mois précédant le mois à venir.

La charte doit préciser les règles de planification des congés annuels :
Exemples :
Les CA d'été sont planifiés selon la règle institutionnelle, répartis sur 6 périodes de 3 semaines consécutives. (de mai à septembre)
Une décade (5 MO) sera positionnée avant le 30 avril.
Une seconde décade (5 MO) sera positionnée entre le 2 octobre et 15 décembre, avec une répartition équitables des fêtes de fin d'année.

9. 2 Les repos compensateurs (K1)

Les agents devront veiller à vider régulièrement leurs "chaussettes" (Compteur 5 GESTOR). Un point devra être réalisé tous les trimestres avec le ou les cadres afin d'éviter un report massif sur l'exercice suivant.

Le roulement choisi ne génère pas d'heures supplémentaires pour le cycle de jour.

10. LA GESTION DE L'ABSENTEISME

10. 1 Absentéisme de longue durée (supérieur à 7 jours)

1. Le cadre réexamine le planning et rééquilibre les postes
2. Le cadre recherche une possibilité d'aide sur le pôle ou en dehors du pôle avec si nécessaire une expérience.
3. Le cadre fait une demande de pool long (12H sur la base du volontariat)
4. Si pas de possibilité, il pourra être fait appel à des heures supplémentaires récupérées ou payées au choix de l'agent.

(Pas de paiement d'HS aux agents ayant un compte en négatif)

10. 2 Absentéisme de courte durée (inférieur à 7 jours)

1. Le cadre réexamine le planning et rééquilibre les postes
2. Le cadre recherche une possibilité d'aide sur le pôle ou en dehors du pôle avec si nécessaire une expérience.
3. Le cadre fait une demande de pool court
4. Le cadre peut rappeler des agents sur des K1 (de dernières minutes). Ce jour supplémentaire ne doit pas faire travailler l'agent plus de 48h sur 7 jours lissés et doit respecter le rythme jour/nuit en cours de l'agent
5. Si pas de possibilité, il pourra être fait appel à des heures supplémentaires récupérées ou payées au choix de l'agent.

(Pas de paiement d'HS aux agents ayant un compte en négatif)

10.3 Impondérable le jour même

1. Toute absence doit être signalée le plus tôt possible pour permettre une action immédiate.
2. Si pas de possibilité de dépannage extérieur ou d'aide du pool court et en fonction du nombre de patients présents, il pourra être fait appel à des heures supplémentaires récupérées ou payées au choix de l'agent.

(Pas de paiement d'HS aux agents ayant un compte en négatif)

11. MODALITES DE MISE EN PLACE

Après la réunion de présentation du contenu de la charte, l'organisation de travail en 12 heures projetée doit faire l'objet dune validation par un vote anonyme et par catégorie professionnelle auprès du personnel et en présence de l'encadrement et des organisations syndicales.
Le dépouillement se déroule le jour même en présence des mêmes organisations syndicales, de deux agents du service concerné et de l'encadrement.

Si le résultat du vote est majoritairement favorable :

- les agents souhaitent tester l'organisation du travail en 12H, l'avis du CHSCT puis du CTE sont requis

Exemple
34 AS ont voté : 20 bulletins OUI, 14 bulletins NON
TOTAL : 58,82% de OUI

41 IDE ont voté : 30 bulletins OUI, 11 bulletins NON
TOTAL : 73,17% de OUI.

Ce projet est présenté au CHSCT le 28 juin 2012, en CTE le 30 juin 2012.

Un relevé des indicateurs, avant la mise en place de la nouvelle organisation de travail, doit être effectué pour les comparer avec le relevé des indicateurs de suivi lors des évaluations.

12. EVALUATION

A l'aide du questionnaire anonyme, il est effectué un
- 1er bilan de suivi à 6 mois
- 2ième bilan de suivi à 18 mois
- 3ième bilan de suivi à 36 mois

D'autres bilans pourront être demandés suite à l'identification de dysfonctionnement.

Des indicateurs de suivi pour tous les bilans prendront en compte les éléments ci-après :

Effectifs
- Equivalents temps plein par grade
- Nombre d'agents par quotité de temps

Absentéisme
- Nombre de jours d'accident de travail
- Nombre de jours d'accident de trajet
- Nombre de jour de maladie

Heures supplémentaires
- Avant le démarrage des 12H
- A chaque échéance de bilan

Demandes de mutation pour un retour en horaire de 7H30

ANNEXE 1

Organisation de jour

	IDE		AS	
7H00	Transmissions **orales**		Transmissions **orales**	7H00
15	**Lecture transmissions écrites** du dossier des patients Relevé des traitements Vérifications alarmes scope et respirateur Préparation des soins		**Lecture transmissions écrites** du dossier des patients Vérification chariot des nursing Vérification matériel dans les chambres	15
30			Toilette des patients	30
45	Relevé des paramètres hémodynamiques des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	45
8H00	Toilette des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem) Aspirations bronchiques et buccales Prélèvements bactériologiques : Ecouvillons / ECBC (1f/sem) **Participation au staff**		Toilette des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem) Installation des patients pour le petit déjeuner Aide à la prise alimentaire Desservir les plateaux repas	8H00
15				15
30				30
45				45
9H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	**Staff**	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	9H00
15	Toilette des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem) Aspirations bronchiques et buccales Prélèvements bactériologiques : Ecouvillons / ECBC (1f/sem) **Participation au staff**		Toilette des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem)	15
30		**médical**		30
45				45

10H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration des IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	10H00
15	**Pause IDE de 10H10 à 10H20**	**Visite médicale**	**Pause AS de 10H20 à 10H30**	15
30	Réfection pansements devant être vus par médecins Préparation des réa Changement rampe VVC Aspirations bronchiques et buccales		Entretien journalier des chambres Réajustement matériel des chambres	30
45				45
11H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	11H00
15	Réfection Pansements devant être vus par médecins Préparation des réa Aspirations Changement rampe VVC Commande des traitements (les mardi, jeudi et week-end), sinon fait par CDS	**Visite médicale**	Entretien journalier des chambres Réajustement matériel des chambres	15
30				30
45				45
12H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques Relevé des diurèses	12H
15	Application du protocole Stase, Bilan entrées / sorties Pose des réa, seringues Pose des drip Aide à l'installation du patient pour les radios Aspirations bronchiques et buccales		Installation des patients pour le repas Aide à la prise alimentaire Desservir les plateaux repas Préparation chariot des nursing	15
30				30
45				45
13H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques Plein du SAS Evacuation des déchets+Collecteurs aiguilles Evacuation du linge	13H00
15	Pose des réa, seringues Pose des drip Aspirations bronchiques et buccales			15
30				30

45	**Pause IDE de 13H20 à 13H40**		**Pause AS de 13H40 à 14H00**	45
14H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	**Contre**	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	14H00
15	Nursing des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem)		Nursing des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem)	15
30				30
45	Aspirations bronchiques et buccales, Soin de cordons	**visite**	Environnement du patient	45
15H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	15H00
15	Nursing des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem)		Nursing des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem)	15
30				30
45	Aspirations bronchiques et buccales, Soin de cordons		Environnement du patient	45
16H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	-	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	16H00
15	**Accueil des familles**		Mutation des patients Entretien des chambres après sortie des patients (DD, 3 OP, aspersion)	15
30	Pharmacie de 16H35 à 16H50	**Visite**		30
45	**Pause IDE de 16H50 à 17H00**		Installation des patients pour le goûter Aide à la prise alimentaire Desservir les plateaux repas	45
17H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	**des**	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	17H00
15	Pansements selon présence des familles Vérification arrivée du dépannage	**familles**	**Pause AS de 17H15 à 17H25**	15

30	plateforme Entretien des plans de travail Sortie des soins de nuit		Réajustement du plein du SAS	30
45	Remise à jour des dossiers IDE		Réajustement des chambres Préparation chariot des nursing Entretien journalier du SAS	45
18H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	**Relève médicale de garde**	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques Total bocal urine	18H00
15	**Transmissions écrites dans dossier du patient**		**Transmissions écrites dans dossier du patient**	15
30			Entretien salle de repos Evacuation des déchets + Collecteurs à aiguilles Evacuation du linge	30
45	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	45
19H00				19H00
15	**Transmissions orales**		**Transmissions orales**	15

ANNEXE 2

Organisation de nuit

	IDE	AS	
19H00	**Transmissions orales**	**Transmissions orales**	19H00
15	**Lecture transmissions écrites** du dossier des patients Relevé des traitements Vérifications alarmes scope et respirateur Préparation des soins Stase, Bilan entrées / sorties	**Lecture transmissions écrites** du dossier des patients Installer les patients pour le repas Aide à la prise alimentaire Débarrasser les plateaux repas	15
30			30
45			45
20H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	20H00
15	**Pause IDE de 20H15 à 20H35**	Vérification chariot des nursing Vérification matériel dans les chambres	15
30	Pansements sur patient conscient (VVC, KT, changement de tubulure KT …)		30
45		**Pause AS de 20H40 à 21H00**	45
21H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	21H00
15	Toilette des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem) Aspirations bronchiques et buccales	Toilette des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem) Entretien des chambres	15
30			30
45			45
22H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	22H00

15	Toilette des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem) Aspirations bronchiques et buccales		Toilette des patients Soins de bouche, Soins des yeux Soins de nursing (shampoing, ongles) PE Pesée (1f/sem) Entretien des chambres	15
30				30
45				45
23H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	23H00
15	Pansements sur patient sédaté (VVC, KT, changement de tubulure KT…)		Entretien journalier du SAS Noter la température du frigo Entretien du frigo 1f/semaine	15
30				30
45				45
	Il est important de respecter le cycle nycthéméral des patients : éteindre les lumières, réduire les nuisances sonores			
00H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	00H00
15	Réalisation feuille de planification du lendemain Préparation des bilans sanguins Préparation prélèvements bactériologiques (écouvillons, ECBC, ECBU) Mise en place des protections des différents robinets des voies veineuses		Entretien du vidoir : paillasse, bac de décontamination renouvellement produits d'entretien	15
30				30
45				45
01H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits		Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	01H00
15	Réalisation feuille de planification du lendemain Préparation des bilans sang Préparation prélèvements bactériologiques		Vérification du matériel et des DMS du SAS	15
30				30

45	(écouvillons, ECBC, ECBU) Mise en place des protections des différents robinets des voies veineuses		45
02H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	02H00
15	Réinstallation patient PE sur patient sédaté Aspirations bronchiques et buccales	Réinstallation patient PE sur patient sédaté	15
30			30
45			45
03H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	03H00
15	Clampage sonde vésicale pour BU (BU 2f/semaine) avec +/- ECBU	Plein du SAS Préparation du chariot de nursing	15
30			30
45			45
04H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	04H00
15	**Pause IDE de 04H15 à 04H35**	Entretien salle de repos	15
30	Application du protocole Stase Sortie des soins du jour		30
45		**Pause AS de 04H40 à 05H00**	45
05H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques Bocaux urines des 24H vidés	05H00
15	Bilan Entrées/Sorties des 24H		15

30	Aspirations bronchiques et buccales	Changement bocal d'aspiration Changement du plateau d'aspiration selon protocole Entretien des siphons des chambres selon protocole CLIN Entretien du sol du vidoir	30
45			45
06H00	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	06H00
15	**Transmissions écrites dans dossier du patient**	**Transmissions écrites dans dossier du patient**	15
30	Prélèvements Bilans sanguins	Evacuation des déchets + des collecteurs à aiguilles Evacuation du linge	30
45	Relevé des paramètres hémodynamiques, des surveillances cliniques et paracliniques Vérification et administration des soins prescrits	Participation en collaboration avec les IDE au relevé des paramètres hémodynamiques	45
07H00 15	**Transmissions orales**	**Transmissions orales**	07H00 15

Départ : aide à la mise en place du matériel de transport, conditionnement du patient, thérapeutique « à faire suivre », aide au transport.
Retour : aide au transport, installation du patient et remise en route des différentes thérapeutiques.
Bloc : amener le lit, scope, respirateur de transport.

Autres

Amener les différents prélèvements biologiques aux laboratoires ou points de dépôts (au -2 où aux urgences la nuit).
Quand bilans pour dialyse, acheminer les prélèvements et attendre les résultats.
Commander et s'assurer de la réception des traitements thérapeutiques en dehors du passage des CDS (c'est-à-dire les mardi, jeudi, nuit et week-end).
Aller à la pharmacie pour les traitements d'urgence ou nouveaux traitements.

Peser les patients à l'arrivée et 1f/semaine (sauf contre-indication médicale) : lundi SAS 5, mardi SAS 4, mercredi SAS 3, jeudi SAS 2, vendredi SAS 1. Si patient dialysé, 1f/jour.

Dépistage des patients pour le portage BMR :
A l'arrivée, écouvillonnage (nez, rectum), ECBC si patient intubé, BU et ECBU à la demande. Puis 1f/semaine : écouvillonnage (nez, rectum), ECBC si patient intubé : le lundi pour les SAS 1 et 2, le mardi pour les SAS 3, 4 et 5.
Bandelette urinaire 2f/semaine avec ± ECBU et ± changement de sonde vésicale (se référer au jour de pose et au type de sonde)

ANNEXE 3

FICHE DE POSTE AIDE SOIGNANT SALLE D'URGENCES
POSTE DE JOUR

LIEU D'EXERCICE :

Libellé Pôle : URGENCES
Unité de soins : DAR LAPEYRONIE
Libellé UIC : 1281
Le service est composé de 20 lits d'hospitalisation et d'une salle de déchocage accueillant des urgences, notamment des patients polytraumatisés

CARACTERISTIQUES :

Métier concerné : aide soignant : AS
% d'activité du poste : 100 %
Particularités : poste en transversal sur la salle d'urgences, l'office médical et des patients, gestion de la stérilisation du service
Horaires : 7H00/19H00 Repos : Variables

ACTIVITES PRINCIPALES :

- Participation à la prise en charge de patients en salle d'urgences
- Assurer l'entretien des locaux en respectant les protocoles
- Entretien du matériel et gestion des stocks
- Gestion du matériel de stérilisation
- Transmission des observations par écrit et par oral
- Gestion des repas des patients
- Accueil, information, accompagnement des personnes et de leur entourage
- Réception, contrôle et rangement des livraisons de matériel hôtelier
- Collaboration avec l'infirmier dans la réalisation de soins spécifiques
- Gestion des repas et de l'entretien des locaux de l'équipe médicale de la réanimation

ACTIVITES SPECIFIQUES LIEES AU POSTE :

L'activité prioritaire de l'AS de la salle d'urgences est l'accueil et la prise en charge d'un patient en salle de déchocage. Elle a la responsabilité du recueil des données administratives, de l'inventaire des affaires du patient, de l'édition des étiquettes, de la tenue du cahier des entrées en salle d'urgences, du transport des prélèvements biologiques. Elle réalise les différentes tâches qui lui sont confiées notamment par l'infirmier anesthésiste durant toute la durée de la prise en charge du patient. Elle est présente en salle d'urgences tant que le patient y est pris en charge. Elle remet ensuite en état la salle qui doit être opérationnelle pour une autre entrée : locaux, matériel.
Elle gère les offices des médecins et des patients ainsi que les chambres de gardes.
Elle prend en charge tout ce qui concerne l'alimentation des patients.

SAVOIR FAIRE REQUIS :

Compétences techniques

Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes
Analyser, évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence
Evaluer le degré d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes
Restaurer, maintenir l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne
Utiliser une procédure, un code, un langage, un protocole spécifique à son domaine et en assurer la traçabilité
Participer à l'encadrement des nouveaux agents recrutés dans l'unité et des étudiants en stage

Compétences relationnelles

Créer et développer une relation de confiance et d'aide avec le patient et / ou son entourage
Répondre aux demandes des patients et/ou des familles : sonnettes, téléphone, questions…

Accompagner les familles tout au long du séjour du patient et surtout au moment de son admission

Travailler en équipe notamment avec les AS des sas et l'AS de logistique

Développer des compétences relationnelles lui permettant de s'adapter efficacement aux multiples interlocuteurs qu'elle est amenée à côtoyer

Réaliser des transmissions écrites et orales en lien avec les activités dont elle a la charge afin de maintenir la continuité des soins

Faire preuve de discrétion

Contribution à l'organisation

Recueillir les données administratives concernant le patient et faire réaliser les étiquettes au bureau des entrées

Assurer une gestion rigoureuse du cahier de la salle d'urgences : coordonnées famille, inventaire…

Rédiger quotidiennement le listing des patients présents dans l'unité

Désinfecter et collecter les matériels en appliquant les protocoles de nettoyage et de décontamination, distribuer le matériel propre dans les sas

Participer à la gestion des matériels et appareillages en lien avec les techniciens du service

Utiliser les techniques, gestes et postures préconisés en manutention

Identifier, analyser et prévenir les risques relevant de son domaine, définir les actions correctives et préventives

Acheminer les prélèvements aux laboratoires et/ou récupérer des médicaments à la pharmacie si nécessaire

Gérer l'office des patients : petit déjeuner (réception caisse + distribution), rangement des drips, entretien de l'office dont frigo

Gérer les repas des patients : commande dans datameal, relever les aversions alimentaires, relever les prescriptions médicales, réaliser le lien avec la diététicienne si besoin, réceptionner les chariots repas, préparer les plateaux patients +/- distribution : petits-déjeuners, midi, goûters, soir

Gérer l'office des médecins : repas et café, vaisselle, entretien de l'office dont frigo, micro-ondes, réceptionner le chariot repas et stocker dans le frigo, évacuer les déchets

Gérer la salle d'urgences : rangement, entretien du local, rédaction de la fiche de garde quotidienne à distribuer également au service des urgences adultes et pédiatriques
Gérer les réceptions et départs des chariots par les tortues
Gérer les chambres de gardes des médecins : réfection des lits
Réception et rangement du matériel armoire DEL
Acheminer et/ou récupérer l'endoscope à la centrale de stérilisation sur Lapeyronie
Les week-ends et jours fériés gérer le linge : réception, rangement et évacuation des tenues sales dans service et vestiaires
Participer à des groupes de travail en lien avec la prise en charge des patients de l'unité ou des groupes institutionnels

SAVOIR ETRE REQUIS :

Faire preuve d'empathie et de qualités d'écoute, supporter les situations émotionnellement difficiles et répétitives, savoir travailler en équipe, respecter la confidentialité.

CONNAISSANCES ASSOCIEES :

Gestes et postures- manutention
Stérilisation
Soins
Hygiène hospitalière
Bureautique
Ethique et déontologie

PREREQUIS INDISPENSABLES :

DPAS ou DEAS

PARTICULARITES DU POSTE :

Repos par roulement
Ancienneté dans l'unité afin d'avoir déjà acquis une maîtrise suffisante des différentes activités demandées sur ce poste

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FREQUENTES (internes et externes) :

L'équipe soignante de l'unité : aide soignants, infirmiers et infirmiers anesthésistes
L'équipe d'encadrement
Les équipes médicales
Les diététiciens
Les techniciens du service
Les paramédicaux des autres secteurs d'hospitalisation (ex : personnel du SAMU, manipulateurs en électroradiologie, coursiers…)
Les services logistiques
Les services administratifs : bureau des admissions, secrétariats
Les pompiers
Les services de police ou de gendarmerie

LIAISONS HIERARCHIQUES :

Infirmiers
Infirmiers anesthésistes
Cadres de santé
Cadre supérieur du pôle

ANNEXE 4

FICHE DE POSTE AIDE SOIGNANT SALLE D'URGENCES
POSTE DE NUIT

LIEU D'EXERCICE :

Libellé Pôle : URGENCES
Unité de soins : DAR LAPEYRONIE
Libellé UIC : 1281
Le service est composé de 20 lits d'hospitalisation et d'une salle de déchocage accueillant des urgences, notamment des patients polytraumatisés

CARACTERISTIQUES :

Métier concerné : aide soignant : AS
Horaires : 19H00/7H00 Repos : Variables
Poste occupé en alternance par les AS positionnés de nuit sur le planning

ACTIVITES PRINCIPALES :

- Participation à la prise en charge de patients en salle d'urgences
- Assurer l'entretien des locaux en respectant les protocoles
- Transmission des observations par écrit et par oral
- Gestion des repas des patients
- Accueil, information, accompagnement des personnes et de leur entourage
- Collaboration avec l'infirmier dans la réalisation de soins spécifiques

ACTIVITES SPECIFIQUES LIEES AU POSTE :

L'activité prioritaire de l'AS de la salle d'urgences est l'accueil et la prise en charge d'un patient en salle de déchocage. Elle a la responsabilité du recueil des données administratives (identité patient, coordonnées téléphoniques famille), de l'inventaire des affaires du patient, de l'édition des étiquettes, de la tenue du cahier des entrées en salle d'urgences. Elle assure la liaison entre la famille et le corps médical. L'AS a la responsabilité du transport des prélèvements biologiques. Elle réalise les différentes tâches qui lui sont confiées notamment par l'infirmier anesthésiste durant toute la durée de la prise en charge du patient :

- aide à la préparation et à la pose de voies : rasage, pré-champs, habillage des médecins…
- aide aux prélèvements sanguins : faxe les commandes de PSL à l'EFS, contacte les coursiers…
- aide aux transports des patients vers la radio ou le bloc…

Elle est présente en salle d'urgences tant que le patient y est pris en charge. Elle participation à l'installation du patient en chambre

Elle remet ensuite en état la salle qui doit être opérationnelle pour une autre entrée : entretien des locaux, évacuation des déchets, réapprovisionnement en matériel, reconstitution des kits...

S'il n'y a pas d'entrées, des activités prédéfinies lui sont confiées (cf. ci après)

ACTIVITES SANS ENTREES :

- à 19h00 préparation des plateaux repas des patients et distribution
- aide à l'installation des patients et à la prise des repas en priorité sur les SAS les plus lourds
- desservir les plateaux + vaisselle
- entretien cuisine patients
- vérification de la salle d'urgences : approvisionnement en matériel y compris produits d'entretien, vérification des kits, contrôle température frigo
- aide aux nursings dans les SAS, notamment pour des gestes tels que les tournés en bloc, capiluve…
- entretien de la salle de repos
- rangement du matériel dans la réserve
- aide à l'entretien des chambres lors des sorties
- acheminement des bilans, récupération de traitements à la pharmacie

SAVOIR FAIRE REQUIS :

Compétences techniques

Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes

Analyser, évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence

Evaluer le degré d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes

Restaurer, maintenir l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne

Utiliser une procédure, un code, un langage, un protocole spécifique à son domaine et en assurer la traçabilité

Participer à l'encadrement des nouveaux agents recrutés dans l'unité

Compétences relationnelles

Créer et développer une relation de confiance et d'aide avec le patient et / ou son entourage

Répondre aux demandes des patients et/ou des familles : sonnettes, téléphone, questions…

Accompagner les familles tout au long du séjour du patient et surtout au moment de son admission

Travailler en équipe notamment avec les AS des sas

Développer des compétences relationnelles lui permettant de s'adapter efficacement aux multiples interlocuteurs qu'elle est amenée à côtoyer

Réaliser des transmissions écrites et orales en lien avec les activités dont elle a la charge afin de maintenir la continuité des soins

Faire preuve de discrétion

Contribution à l'organisation

Recueillir les données administratives concernant le patient et faire réaliser les étiquettes au bureau des entrées

Assurer une gestion rigoureuse du cahier de la salle d'urgences : coordonnées famille, inventaire…

Utiliser les techniques, gestes et postures préconisés en manutention

Identifier, analyser et prévenir les risques relevant de son domaine, définir les actions correctives et préventives
Gérer les réceptions et départs des chariots par les tortues
Acheminer et/ou récupérer l'endoscope à la centrale de stérilisation sur Lapeyronie
Participer à des groupes de travail en lien avec la prise en charge des patients de l'unité ou des groupes institutionnels

SAVOIR ETRE REQUIS :

Faire preuve d'empathie et de qualités d'écoute, supporter les situations émotionnellement difficiles et répétitives, savoir travailler en équipe, respecter la confidentialité.

CONNAISSANCES ASSOCIEES :

Gestes et postures- manutention
Stérilisation
Soins
Hygiène hospitalière
Bureautique
Ethique et déontologie

PREREQUIS INDISPENSABLES :

DPAS ou DEAS

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FREQUENTES (internes et externes) :

L'équipe soignante de l'unité : aide soignants, infirmiers et infirmiers anesthésistes
L'équipe d'encadrement
Les équipes médicales
Les diététiciens
Les techniciens du service
Les paramédicaux des autres secteurs d'hospitalisation (ex : personnel du SAMU, manipulateurs en électroradiologie, coursiers…)
Les services logistiques
Les services administratifs : bureau des admissions, secrétariats
Les pompiers
Les services de police ou de gendarmerie

LIAISONS HIERARCHIQUES :

Infirmiers
Infirmiers anesthésistes
Cadres de santé
Cadre supérieur du pôle

ANNEXE 5

BILAN DU PASSAGE EN 12 H

Pôle :

Unité : ***Code UF :***

Vous êtes : ***Fonction :*** ***Sexe :*** ***Age :***

Cadre Supérieur de Santé ou responsable du service :

Cadre de Santé :

Date du passage en 12 H :

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

❶ Concernant la mise en place de cette nouvelle organisation :

a - Vous permet-elle une récupération physique ?

Pas du tout satisfait(e) ☐ Pas satisfait(e) ☐ Assez peu satisfait(e) ☐
Assez satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Tout à fait satisfait(e) ☐

b - Vous permet-elle une récupération psychologique ?

Pas du tout satisfait(e) ☐ Pas satisfait(e) ☐ Assez peu satisfait(e) ☐
Assez satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Tout à fait satisfait(e) ☐

c - Vous permet-elle une adéquation entre vie personnelle et vie professionnelle ?

Pas du tout satisfait(e) ☐ Pas satisfait(e) ☐ Assez peu satisfait(e) ☐
Assez satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Tout à fait satisfait(e) ☐

d - Favorise-t-elle une meilleure prise en charge globale des patients ?

Pas du tout satisfait(e) ☐ Pas satisfait(e) ☐ Assez peu satisfait(e) ☐
Assez satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Tout à fait satisfait(e) ☐

f - Favorise-t-elle une meilleure organisation du travail ?

Pas du tout satisfait(e) ☐ Pas satisfait(e) ☐ Assez peu satisfait(e) ☐
Assez satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Tout à fait satisfait(e) ☐

g - Favorise-t-elle une meilleure collaboration au sein de l'équipe (médicale et paramédicale) ?

Pas du tout satisfait(e) ☐ Pas satisfait(e) ☐ Assez peu satisfait(e) ☐
Assez satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Tout à fait satisfait(e) ☐

❷ Concernant la mise en place de cette nouvelle organisation :

a - Le temps de pause est-il respecté ?

Oui ☐ Non ☐

b - Souhaitez-vous le maintien de cette organisation en 12 H ?

Oui ☐ Non ☐

❸ Avez-vous des remarques ou des propositions à formuler pour améliorer cette nouvelle organisation du travail ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ? ……
……

ANNEXE 6

PROJET
Organisation du travail en 12 Heures

Unité :

Pôle :

Personnels concernés

PUER / IDE : ETP

AP / AS : ETP

Les Préalables au Projet

- Objectifs :

Les Préalables au Projet

- Rédaction de fiches de postes et de journées type
- Choix d'une grille d'un roulement
- Rencontre avec la DCGS et les partenaires sociaux
- Vote le en présence des organisations syndicales CGT, CFDT, FO

Personnels	Participation	Oui	Non
PUER/IDE	%	%	%
AP/AS	%	%	%

Modalités de mise en oeuvre

- Horaires / Roulements :

dans le respect de la réglementation

- **Journée de 12h : 7h00 / 19h00, 19h00 / 7h00**

Roulement

Semaine	L	M	M	J	V	S	D
1							
2							
3							
4							
5							
Présents							

Si validation, mise en place
le
et bilan à 6 mois

ANNEXE 7

Bilan à
Organisation du travail en 12 Heures

Unité :

Personnel :

PÔLE

Objectifs / Contexte

- Mise en place des 12h au
- Bilan à

Questionnaires

- Rappel des résultats du 1er vote « passage en 12h » du :

Grade	Pour
PUER / IDE	%
AP/AS	%

- **Question n°1** : « Concernant la mise en place de cette nouvelle organisation : »

	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
Vous permet-elle une récupération physique ?						
PDE/IDE	%	%	%	%	%	%
AP/AS	%	%	%	%	%	%
Vous permet-elle une récupération psychologique ?						
PDE/IDE	%	%	%	%	%	%
AP/AS	%	%	%	%	%	%
Vous permet-elle une adéquation entre vie personnelle et professionnelle ?						
PDE/IDE	%	%	%	%	%	%
AP/AS	%	%	%	%	%	%
Favorise-t-elle une meilleure prise en charge globale des patients ?						
PDE/IDE	%	%	%	%	%	%
AP/AS	%	%	%	%	%	%
Favorise-t-elle une meilleure organisation du travail ?						
PDE/IDE	%	%	%	%	%	%
AP/AS	%	%	%	%	%	%
Favorise-t-elle une meilleure collaboration au sein de l'équipe (médicale et paramédicale) ?						
PDE/IDE	%	%	%	%	%	%
AP/AS	%	%	%	%	%	%

- **Question n°2** : « Concernant la mise en place de cette nouvelle organisation : »

	Oui	Non	Autres
Le temps de pause est-il respecté ?			
PDE/IDE	%	%	
AP/AS	%	%	
Souhaitez-vous le maintien de cette organisation en 12 heures ?			
PDE/IDE	%	%	
AP/AS	%	%	

- **Question n°3** : « Avez-vous des remarques ou des propositions à formuler pour améliorer cette nouvelle organisation du travail ? »

Indicateurs de suivi pour tous les bilans pour le passage en CHSCT

- Effectifs :
  - Effectif théorique :
    - PDE/IDE
    - AP/AS
  - Nombre d'agents par quotité de temps de travail :
    - 100 % : PDE/IDE et AP/AS
    - 80 % : PDE/IDE et AP/AS
    - 50 % : PDE/IDE et AP/AS

Indicateurs de suivi pour tous les bilans pour le passage en CHSCT

- Absentéisme :

	Avant passage en 12h : Cumul du	Après passage en 12h : cumul du
Nombre de jours d'accident de travail		
PDE/IDE		
AP/AS		
Nombre de jours d'accident de trajet		
PDE/IDE		
AP/AS		
Nombre de jours en maladie		
PDE/IDE		
AP/AS		

Indicateurs de suivi pour tous les bilans pour le passage en CHSCT

	Photo compteur : cumul à fin	Photo compteur : cumul à fin
Nombre d'heures supplémentaires		
PDE/IDE		
AP/AS		

Indicateurs de suivi pour tous les bilans pour le passage en CHSCT

- Demandes de mutation pour un retour en horaires 7h30 :
- Avis du médecin du travail :
- Actions correctives

CONCLUSION

Annexe 19

Charte de Collaboration Médecins Assistants Médico-Administratifs - Soignants

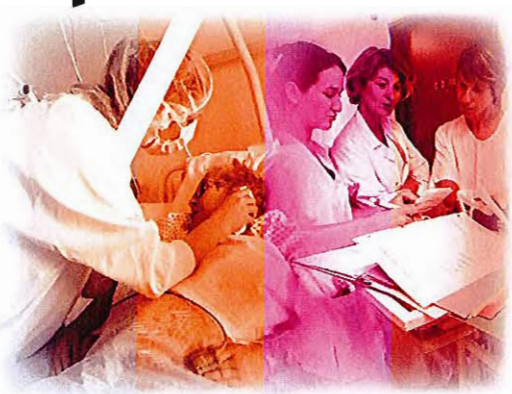
Charte de Collaboration



Médecins



Assistants Médico-Administratifs



Soignants

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

Sommaire

Objet de la **charte**
• 03

Communication des **plannings**
• 03

Gestion des **appels téléphoniques**
• 04

Prise des **RDV**
• 05

Reports de **RDV**
• 05

Production des courriers/comptes rendus
• 06

Les **activités** de **suivi** et de **programmation**
• 06

Collaboration lors **d'activités libérales**
• 07

Activités extra hospitalières
• 07

Réunions secrétaires médicaux /médecins/soignants
• 08

Modalités d'**arbitrage** et de **mise à jour**
• 08

Objet de la charte

Cette charte a pour objet de décrire les modalités de collaboration à mettre en œuvre et à respecter par l'ensemble des acteurs (médecins, secrétaires médicaux appelés aussi Assistants Médico-Administratifs (AMA), soignants, ...) et de définir les responsabilités et les tâches de chacun dans cette collaboration indispensable à la prise en charge satisfaisante des patients.

Cette collaboration efficace doit s'appuyer sur des consignes claires et précises, et sur une information entre professionnels réciproque et fiable.

Cette charte, diffusée aux professionnels concernés, doit être remise à tout nouveau recruté (médecin, secrétaire médical, soignant) dès son arrivée dans le CHRU, ainsi qu'à tous ceux déjà en fonction.
Cette charte est complétée par les documents produits par le CHRU (procédures, notes de services...)

Communication des plannings

Pour pouvoir collaborer efficacement à la prise en charge des patients, organiser au mieux leur travail et fournir des réponses fiables à leurs interlocuteurs, les médecins, les secrétaires médicaux et les soignants doivent échanger régulièrement des informations sur leurs périodes de présence et / ou d'absence respectives.

Planning des médecins :

- Le coordonnateur de département (ou le responsable de l'équipe médicale), organise la continuité et la permanence des soins. Il peut être saisi quant à l'organisation de la gestion du temps de travail des praticiens. En conséquence, les praticiens soumettent leur demande d'absence à sa validation dans le circuit informatisé de saisie des absences : GTMed.
- Tous les quadrimestres, une réunion de validation est organisée par le coordonnateur de département pour la programmation des présences et absences (astreintes, absences, gardes, congrès, enseignements, ...) des 4 mois à venir.
- Le coordonnateur de département (ou le responsable de l'équipe médicale) désigne un secrétaire médical référent des plannings des praticiens, en accord avec la coordinatrice des secrétariats médicaux du pôle.
- Ce secrétaire a pour mission de veiller à la fiabilité des données saisies sur les Tableaux de Temps de Présence Médicale (TTPM). Pour ce faire, il réceptionne les dates d'absences programmées et vérifie leurs concordances avec les TTPM actualisés en continu sur GTmed.

• Les praticiens doivent saisir au plus tôt sur l'outil GTmed leurs absences programmées afin que le secrétaire référent puisse anticiper d'éventuelles difficultés voire impossibilités concernant le maintien d'activités et les signaler en amont au coordonnateur de département (ou/au responsable de l'équipe médicale).
• Le secrétaire médical référent transmet régulièrement les TTPM à la coordinatrice des secrétariats médicaux, au cadre administratif de pôle, aux cadres soignants, aux praticiens. Il les tient informés des évolutions du planning susceptibles de modifier l'activité médicale et / ou l'activité paramédicale.

Planning des secrétaires médicaux :

• Les plannings de présence des secrétaires médicaux et leurs horaires sont établis et validés par la coordinatrice des secrétariats médicaux 1 mois à l'avance,
• Les congés et absences programmés des secrétaires médicaux sont communiqués aux médecins concernés 1 mois à l'avance,
• La continuité de fonctionnement est assurée par la mise en place de binômes par la coordinatrice.

Gestion des appels téléphoniques

Les nombreux appels téléphoniques destinés au médecin nécessitent une gestion efficace et des réponses fiables pour optimiser le temps de tous les acteurs concernés :
• Le médecin établit et fournit aux secrétaires médicaux (notamment dès sa prise de fonction) ses consignes en matière de transmissions d'appels téléphoniques (situations considérées comme urgentes, cas où il est possible, voire nécessaire de « déranger » le médecin, ...), de réponses à donner selon les appelants et définit les modalités de transmission des messages qui lui sont destinés et les éventuelles nécessités de suivi de ces messages,
• Tous les appels téléphoniques destinés à un médecin sont filtrés par le secrétariat qui doit être à même de les traiter efficacement et selon les consignes transmises,
• Le secrétaire médical applique ces consignes, et veille aux suites à donner lorsque cela a été demandé par le médecin,
• Un outil partagé (mails, tâches,....) doit être mis en place par le secrétaire médical (sous réserve de la vérification de la faisabilité avec la DIH). Ce journal téléphonique rempli au fur et à mesure des demandes de patients / médecins / autres est régulièrement consulté par le médecin concerné qui peut alors indiquer directement ses recommandations ou directives.

Prise des RDV

La prise de RDV constitue une tâche importante dans le travail des secrétaires médicaux qui doivent pouvoir proposer des réponses adaptées aux patients et organiser au mieux les vacations des médecins.

• Le médecin établit et transmet par écrit aux secrétaires médicaux concernés des consignes précises pour la prise des RDV le concernant :

- durée du RDV selon les types de consultations,
- répartition et organisation entre les RDV 1ère fois et les RDV de suivi,
- possibilités ou non de débordements ou de rajouts,
- le nombre de consultants par plage horaire, fixé au préalable.

• Toute modification temporaire ou définitive de vacations de consultations doit être validée par le cadre de santé des consultations concernées, en accord avec la coordinatrice des secrétariats médicaux, pour qu'ils adaptent la présence des personnels aux besoins correspondant à cette situation modifiée,

• En cas de modifications apportées à ces consignes, il les transmet par écrit et sans délai aux secrétaires médicaux qui les actualisent,

• Chaque année en mai et en novembre, le ou les secrétaires médicaux concernés font valider par chaque médecin ses consignes de prise de RDV,

• Ces informations sont transmises aux cadres de santé concernés qui sont en charge de vérifier l'adéquation entre les ressources disponibles et les demandes formulées et de valider les demandes en fonction des ressources,

• Si des consultations sont réalisées hors des structures de consultations, l'information doit être transmise aux secrétaires médicaux et aux coordinatrices,

• Chaque médecin s'engage à respecter les plages de RDV qu'il a lui-même fixé.

Reports de RDV

Les reports de RDV constituent une gêne notable pour les patients et un travail difficile et très chronophage pour les secrétaires médicaux :

• Le responsable des consultations, en accord avec la cadre de santé et la coordinatrice des secrétariats médicaux établit des règles pour les annulations, les reports ou les réattributions de vacations et veille à leur application et leur respect,

• Afin de limiter les reports de RDV, les absences prévisibles (congrès, CA...) devront être communiquées lors des réunions quadrimestrielles.

• Les absences non prévisibles doivent être communiquées au plus tôt aux secrétaires médicaux, pour leur permettre de contacter au plus vite tous les patients concernés par le report,

• Dans ce cas, le médecin détermine des solutions de remplacement, en accord avec le cadre de santé et la coordinatrice, à proposer aux patients concernés. Il s'engage à fournir au secrétaire médical les éléments nécessaires à cette replanification (vacation supplémentaire, RDV supplémentaires, etc...) et à l'aider à traiter les éventuelles difficultés pouvant survenir à la suite de ces changements.

Production des courriers / comptes-rendus

La production de courriers et comptes-rendus constitue également une tâche importante dans le travail des secrétaires médicaux qui doivent saisir et fournir une grande quantité de documents dans des délais contraints.

A côté des équipements installés par l'établissement (dictée numérique,...) et des possibilités offertes par l'automatisation des comptes rendus, il est nécessaire que des règles et des consignes soient établies pour faciliter cette production écrite conjointe.

- Deux fois par an, à l'arrivée des nouveaux internes, les coordonnateurs de département ou le responsable d'équipe médicale ou le référent médical se chargent, les deux premières semaines, de retravailler les premiers comptes rendus des internes avec eux. Cette supervision a pour objectif de leur transmettre les règles et les bases d'un bon compte-rendu qui doit être précis et concis (longueur de deux pages maximum, examens normaux ne devant pas être détaillés, etc...),
- Le médecin établit et transmet aux secrétaires médicaux concernés les consignes générales en matière de contenu des documents à saisir, avec les spécificités à prendre en compte si nécessaire, dans le respect de la charte graphique de l'établissement,
- Le cas échéant, le médecin fournit les courriers types ou textes types permettant d'optimiser et de fiabiliser la production de ces documents,
- Si des consignes ou des documents types ne sont pas nécessaires ou s'ils ne sont pas fournis par le médecin, les secrétaires médicaux utilisent par défaut une forme standardisée de document,
- Le médecin spécifie le caractère « urgent » d'un document à saisir et le délai souhaité uniquement dans les cas véritablement nécessaires.

Les activités de suivi et de programmation

Chaque structure devra établir des procédures et protocoles de prise en charge en fonction des parcours patients, précis et écrits en collaboration avec les secrétaires médicaux, les médecins et les soignants.

Ces protocoles de prise en charge, dans un souci d'efficacité, favoriseront la coordination des ressources sous une même autorité et limiteront la multiplication des interventions hiérarchiques.

Ces procédures et protocoles sont essentiels. En effet, dans les plateaux techniques ils offrent un référentiel sur lequel le cadre de santé de proximité peut s'appuyer pour gérer le quotidien et ainsi faire preuve de réactivité pour maintenir la qualité de la prise en charge des patients.

Collaboration lors d'activités libérales

Les tâches effectuées par le secrétaire médical et le soignant dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien doivent être réalisées de manière identique à celles prises en charge en activité publique (prise de RDV, création d'un dossier dans le SIH, saisie des comptes rendus) et ce, conformément au contrat d'activité libérale et aux règles du présent document.

Activités extra hospitalières

Les activités extra hospitalières susceptibles d'être demandées aux secrétaires médicaux sont définies et régulées en concertation avec le chef de pôle et la coordinatrice des secrétariats médicaux, à partir des dispositions institutionnelles.

Pour faciliter la collaboration entre médecin et secrétaire médical dans cette situation, l'institution, avec le pôle, communique la liste ci-dessous et les règles à prendre en compte à l'ensemble des professionnels concernés (médecins, secrétaires médicaux).

Activités	Proposition définitive
Publications	En fonction des priorités définies par la coordinatrice, le cadre administratif, le chef de département et/ou le chef de pôle si nécessaire.
Activités de recherche (protocoles) pour lesquelles le temps AMA est évalué	Dans les limites de l'évaluation.
Cours et DU	Non prise en charge.
Gestion des enseignements (universitaire ou formation continue, gestion des étudiants, ...)	Prise en charge uniquement de l'affectation des étudiants et stagiaires au sein des unités du pôle.
Organisation de congrès	En fonction des priorités définies par la coordinatrice, le cadre administratif, le chef de département et/ou le chef de pôle si nécessaire.
Expertises	Non prise en charge Possibilité d'entente directe expert AMA hors temps de travail après déclaration de cumul d'activité.
Etudes cliniques et protocoles	Non prise en charge.
Production de données statistiques	Non prise en charge en dehors du domaine hospitalier.

Réunions secrétaires médicaux / médecins / soignants

Une réunion par équipe (secrétaires médicaux / coordinatrice des secrétariats / responsable médical / cadre de santé / cadre administratif de pôle/ soignants) est organisée au moins 2 fois par an, visant à faire le point de la collaboration, à échanger des informations et à traiter les éventuelles difficultés.
Cette réunion doit permettre de :

- partager les chiffres d'activité en fonction des tableaux de bord mis à disposition et suivre les indicateurs, (production des courriers, prise en charge des appels, gestion des rendez-vous, demandes de communication des dossiers médicaux,....).
- faire le point sur le fonctionnement de la collaboration secrétaire médical / médecins / soignants,
- identifier les éventuelles difficultés et trouver des solutions,
- partager les informations en matière de changements intervenus ou à venir et ajuster les organisations en conséquence.

Un compte rendu de cette réunion est établi et diffusé.

Modalités d'arbitrage et de mise à jour

En cas de difficulté d'application de la charte, l'arbitrage des décisions est assuré par les coordonnateurs de département en concertation avec l'équipe concernée. Le chef de pôle n'est sollicité par exception qu'en ultime recours.

Cette charte est mise à jour régulièrement et au minimum tous les deux ans.

SYNTHESE - POINTS DE VIGILANCE :

- Communication des absences par les médecins dans les délais prévus dans cette charte
- Elaboration et explication des consignes de RV
- Appropriation et respect des procédures et des règles de l'établissement notamment à l'occasion de toute nouvelle prise de fonction
- Evaluation régulière de la collaboration

Annexe 20

Procédure de gestion des dépôts et retraits pour les personnes hospitalisées

Procédure de gestion des dépôts et retraits pour les personnes hospitalisées	Document n° CHRU/ 16/001/v1
	Page : 1/5
CHRU	***Document(s) de référence :***

Rédaction:	Vérification:	Approbation:
MATHIEU ELISABETH	MARTINEZ ERIC **Vérification par DQGR**	REQUENA-LAPARRA MARIE HELENE Par délégation de F Estric **Date d'approbation : 10/06/2016 14:57:00**
Groupe de travail éventuel : RICHARD OLYMPE, FANTINO LAURENT, WEILER MARYLISE, RIETHMULLER VERONIQUE, FEUILLET CATHERINE, HORVATH MARIA, TROUGNOU BERNARD		

DESTINATAIRES

Cadres de Sante (Groupe), Directeurs CHU (Groupe), PA CADRES ADMINISTRATIFS DES POLES (Groupe)	

Cycle de vie du document

Version	Date d'application	Modifications/ Révisions
v1	10/06/2016	création

1 Objet et domaine d'application

1.1 Objet

Cette procédure a pour but de donner les principales règles pour la gestion des dépôts et des retraits au coffre d'objets appartenant aux patients hospitalisés au CHRU.

1.2 Domaine d'application

Cette procédure s'applique aux dépôts et retraits de biens de valeur ou non valeurs réalisés par les Cadres de santé, régisseurs Cadres de garde et directeurs de garde aux heures ouvrables

2 Fondements, références et définitions

2.1 Fondements, références

Loi NT 92-814 du 6 juillet 1992
Décret 93-550 du 27 mars 1993
Note de service n° DG/COPAC/JLC/EM/SC n° 1 2701 3 du 24 juin 2009
Manuel de certification des établissements de santé : version en cours

2.2 Définitions

objets de valeur : bijoux et objets précieux, titres, valeurs, livrets et moyens de règlement (carnets de chèques, cartes de crédit, espèces)

objets de non valeurs : objets pris en charge par le régisseur et conservés dans l'établissement : documents administratifs (C.N.I., passeport...), objets divers (clés, portefeuilles...) ;

3 Responsabilités

3.1 Responsabilités relatives à la maîtrise du document

Le rédacteur est tenu de veiller à l'évaluation et à la mise à jour de la procédure, il est de sa responsabilité de mettre cette procédure à disposition du personnel.

3.2 Responsabilités concernant l'observation de la procédure

Toutes les personnes qui participent au dépôt ou au retrait des biens du coffre :
Directeurs CHRU, Directeurs de Soins, Attachés d'Administration Hospitalière et adjoints des cadres et régisseurs des bureaux des entrées et facturation,
Cadres de Santé sont tenus d'appliquer la présente procédure.

4 Exécution des dépôts et retraits

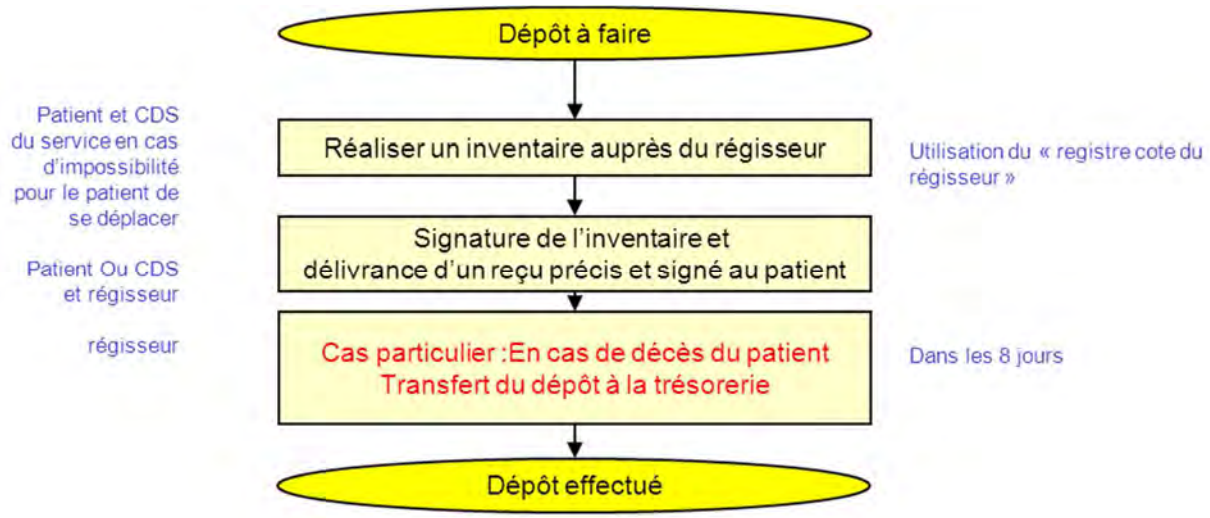
Les objets déposés doivent être propres, triés, mis dans une enveloppe, identifiée par une
Étiquette au nom du patient.

L'inventaire doit être précis et signé.

4.1 Heures ouvrables : 8h-17 h Jours ouvrés sauf service des urgences

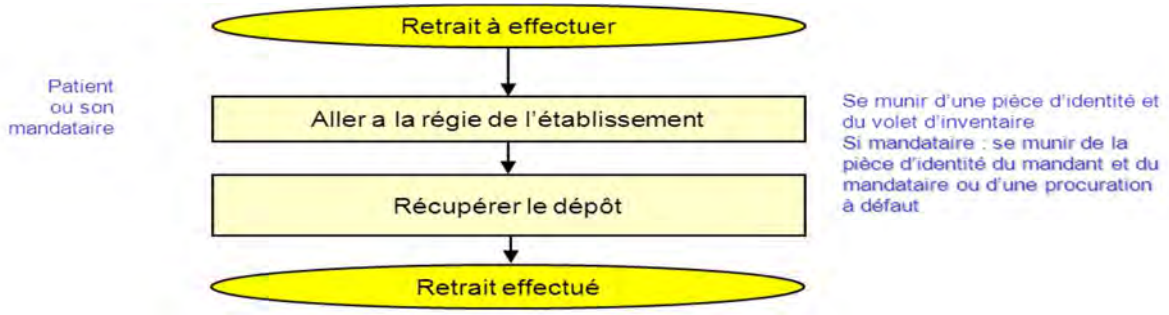
4.1.1 Réalisation d'un dépôt

Qui **Quoi** **Comment**



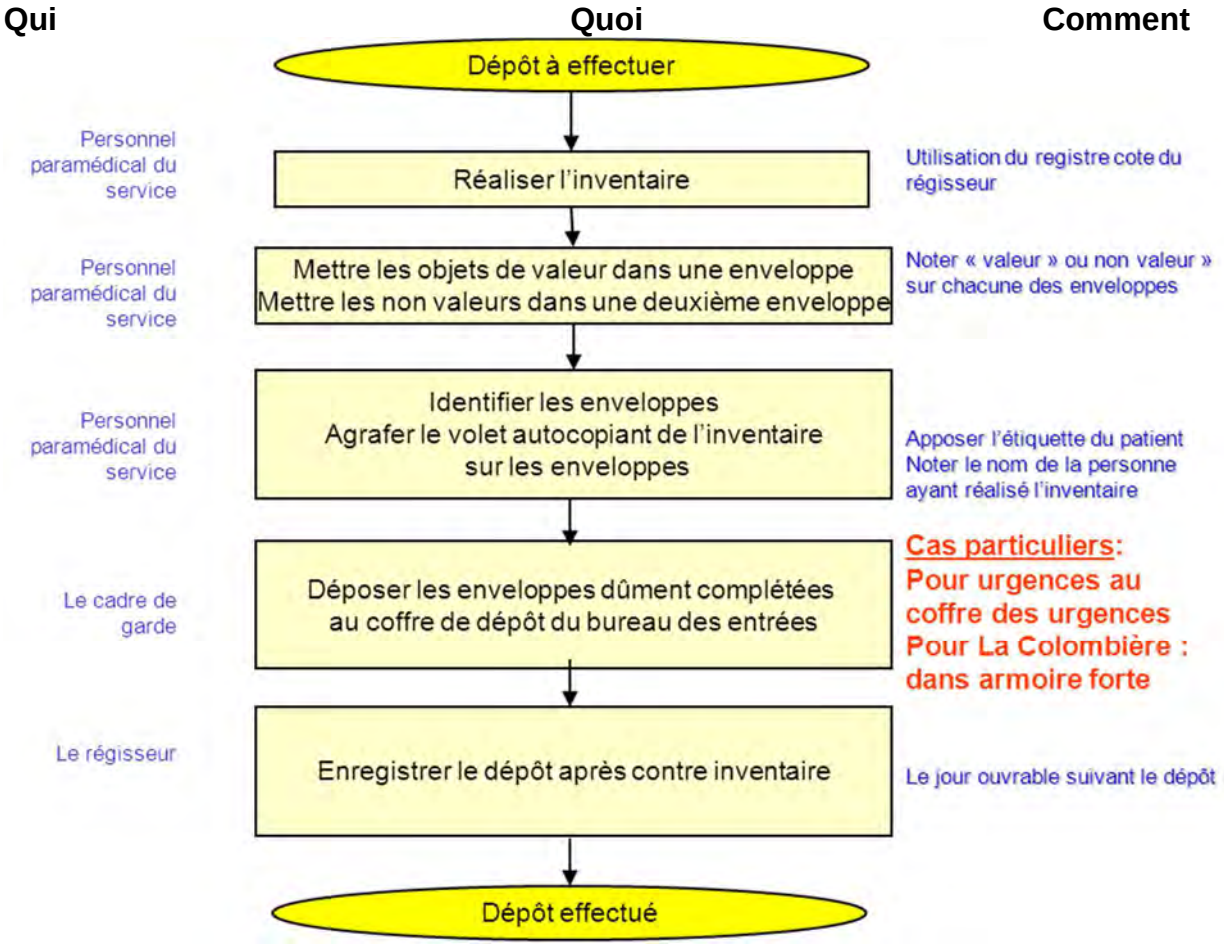
4.1.2 Réalisation d'un retrait

Qui **Quoi** **Comment**



4.2 En dehors des heures ouvrables ou H24 pour les urgences

4.2.1 Réalisation d'un dépôt



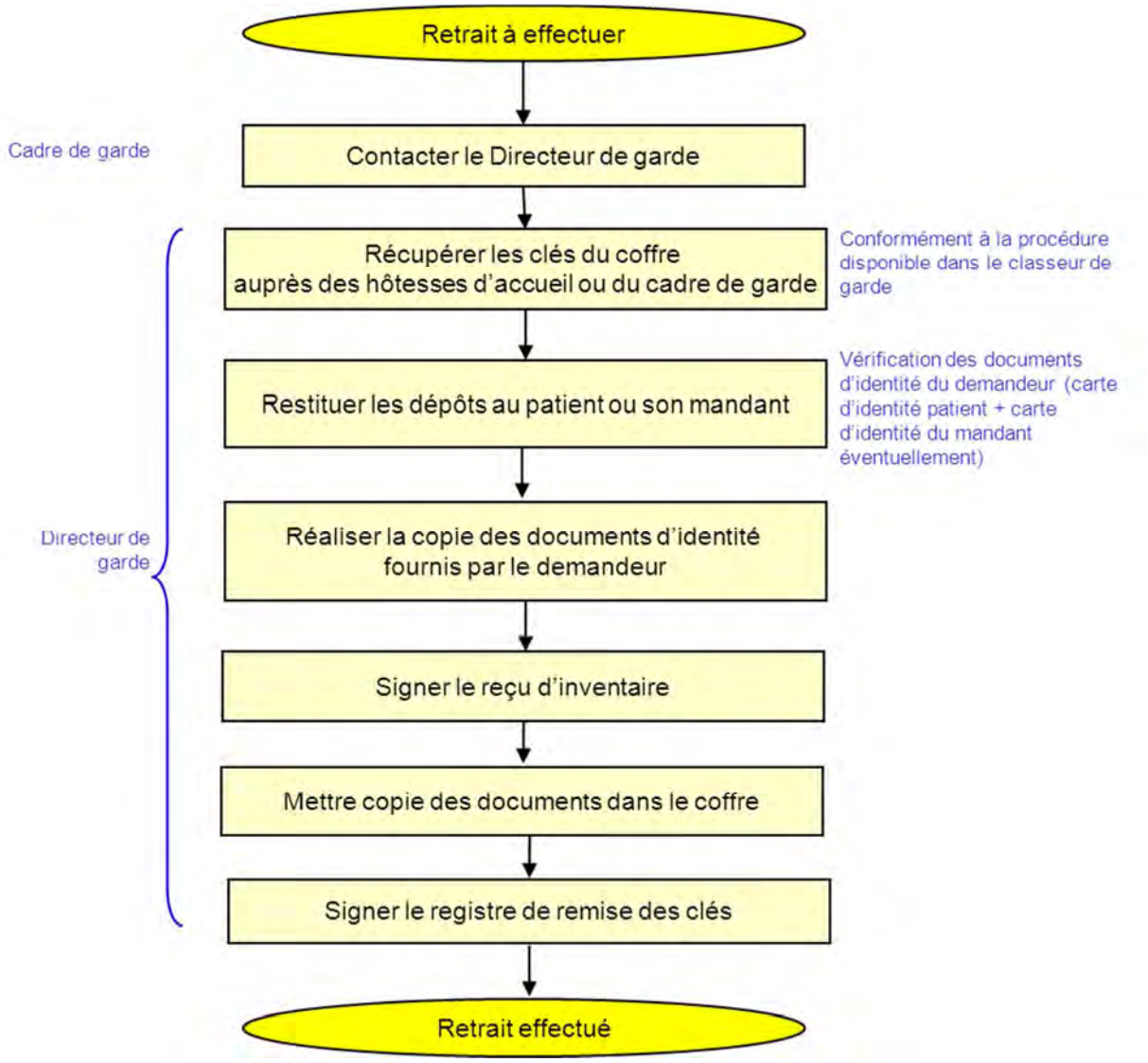
4.2.2 Réalisation d'un retrait

Le retrait en dehors des jours et heures ouvrés doit rester exceptionnel et est placé sous la responsabilité du directeur de garde qui engage sa responsabilité en l'absence du régisseur titulaire.

Afin de ne pas pénaliser le patient et d'anticiper les démarches lorsque le patient est sortant :
Tous les vendredis le régisseur de l'établissement appelle les patients ayant réalisé un dépôt, dans leur chambre, afin de leur rappeler les modalités de retrait des dépôts.
Cas particulier pour la psychiatrie : le régisseur appelle l'équipe soignante en charge du patient sortant.Cf 4.1.2

Si malgré tout le retrait doit être effectué en dehors des Jours et heures ouvrés :

Qui **Quoi** **Comment**



Cas particulier :

En cas de décès du patient, la famille peut récupérer à la trésorerie (service succession) ouvert de 8 h à 16 h 30 les dépôts en fournissant le certificat d'hérédité (le livret de famille et pièce d'identité) et le certificat de décès.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 07 DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR

Article 01.- Modalités de révision du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur sera mis à jour chaque année avant la fin du dernier trimestre de l'année civile en cours.

Il peut néanmoins être révisé avant cette échéance en fonction de la législation, de la réglementation en vigueur, ou pour répondre aux nécessités impérieuses de l'établissement.

Conformément à la loi, il sera arrêté par le directeur général après concertation du directoire et sera soumis pour avis au conseil de surveillance.