

PÔLE DE SANTÉ
VALLÉE DU LOT
PÔLE DE SANTE DU VILLENEUVOIS



Règlement intérieur du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot



Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot
Brignol Romas – Avenue de Fumel
47 305 Villeneuve-sur-Lot
☎ : 05.53.72.23.23
✉ : contact@psv47.fr

SOMMAIRE

PREAMBULE	8
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES	9
Section 1 : Le CH de Villeneuve-sur-Lot	9
Article 1 – Présentation générale de l'établissement	9
Article 1.1 – Statuts	9
Article 1.2 – Sites et implantations géographiques	9
Article 2 – Missions	9
Article 3 – Principes fondamentaux	10
Section 2 – Organisation institutionnelle	10
Article 4 – Instances et Direction	10
Article 4.1 – Le conseil de surveillance	10
Article 4.2 – Le Directeur	11
Article 4.3 – Le Directoire	12
Article 4.4 – La commission médicale d'établissement (CME)	12
Article 4.5 – Le comité social d'établissement (CSE)	14
Article 4.6 – La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)	15
Article 5 – Autres instances	16
Article 5.1 - Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT)	16
Article 5.2 – Les commissions administratives paritaires (CAP) et la commission consultative paritaire (CCP)	16
Article 5.3 – Commission de l'activité libérale (CAL)	17
Article 5.4 – Commission Des Usagers (CDU)	17
Article 6 – Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lot-et-Garonne	17
Section 3 – Organisation des activités et fonctionnement médical et paramédical	18
Article 7 – Organisation des activités en pôles	18
Article 8 – Structures médicales et médico-techniques	18
Article 9 – Attributions du chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle	19
Article 9.1 – Généralités	19
Article 9.2 – Disposition spécifique - Gérance de la pharmacie à usage intérieur	19
Article 10 – Visite médicale quotidienne	20
Article 11 – Personnel médical	20
Article 12 – Sages-femmes	20
Article 13 - Organisation de la permanence des soins dans les structures médicales	20
Article 14 – Service des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	20

Article 15 – Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.....	21
Section 4 – Sécurité et gestion des risques	21
Article 16 – Sécurité générale.....	21
Article 16.1 – Nature et opposabilité des règles de sécurité.....	21
Article 16.2 – Accès à l’hôpital.....	22
Article 16.3 – Prévention de la radicalisation.....	22
Article 16.5 - Calme et tranquillité	23
Article 16.6 – Respect de la confidentialité et du droit à l’image	23
Article 16.7 – Personnels de sécurité	23
Article 16.8 – Règles de responsabilité et protection des agents du Centre Hospitalier.....	24
Article 16.9 – Rapports avec l’autorité judiciaire et les autorités de police.....	24
Article 16.10 – Circonstances exceptionnelles.....	24
Article 16.11 – Catastrophe et afflux de victimes.....	25
Article 17 – Gestion des risques.....	25
Article 17.1 – Généralités	25
Article 17.2 – Astreintes technique, informatique et administrative	26
Article 17.3 –Sécurité incendie	26
Article 17.4 - Interdiction de fumer et de vapoter.....	26
Article 17.5 - Interdiction de circulation et de stockage des cycles, trottinettes et engins assimilés	27
Article 17.6 – Déchets hospitaliers.....	27
Article 18 - Dispositions particulières sur la circulation et le stationnement automobiles.....	27
Article 18.1 – Voirie hospitalière	27
Article 18.2 – Signalisation et sanctions.....	28
Article 19 – Dispositions particulières sur l’utilisation du système d’information	28
Article 19.1 - Politique de sécurité des systèmes d’information	28
Article 19.2 – Règles applicables en matière d’accès et d’utilisation des dossiers patients informatisés.....	29
Article 19.3 – Le Délégué à la protection des données (DPO).....	29
Article 20 – Dispositions particulières aux EHPAD et USLD	30
CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET AUX USAGERS	31
Section 1 : Droits des patients	31
Article 21 – Droit à l’information.....	31
Article 21.1 – Information du patient	31
Article 21.2 – Personne à prévenir.....	31
Article 21.3 – Personne de confiance	31
Article 21.4 – Dossier médical du patient.....	31
Article 21.5 – Communication du dossier médical du patient.....	32

Article 21.6 – Relations avec les familles.....	32
Article 21.7 – Les directives anticipées	32
Article 21.8 – Secret de l'hospitalisation.....	33
Article 21.9 – Traitements informatiques.....	33
Article 21.10 Réclamations et voies de recours	34
Article 21.11 Médiateurs	34
Article 21.12 Commission des usagers	34
Article 21.13 Recueil et suivi de l'expression des usagers.....	35
Article 22 – Consentement aux soins	36
Article 22.1 – Consentement éclairé	36
Article 22.2 – Refus de soins	37
Article 22.3 – Consentement aux interventions médicales pour les mineurs et les majeurs protégés.....	37
Article 22.4 Interventions médicales d'urgence sur les mineurs et les majeurs protégés.....	38
Section 2 : Accueil et prise en charge des patients	38
Article 23 – Dispositions générales	38
Article 24 – Admission des patients	38
Article 24.1 – Documents à fournir au moment de l'admission	39
Article 24.2 – Différents types d'admission.....	39
Article 25 - Les biens et valeurs des patients.....	40
Article 26 – Cas particuliers des groupements de coopération sanitaire	41
Article 27 –Dispositions spécifiques aux admissions en hospitalisation	41
Article 27.1 – Cas particuliers des personnes détenues	41
Article 27.2 – Cas particuliers des mineurs	42
Article 27.3 – Cas particuliers des admissions sous identité protégée	42
Section 3 : Les conditions de séjour.....	42
Article 28 – Règles générales.....	43
Article 29 – Respect de la personne et de son intimité.....	43
Article 30 – Exercice des cultes.....	43
Article 31 – Exercice des droits civiques.....	44
Article 32 – Exercice du droit de visite.....	44
Article 32.1 – Modalités du droit de visite.....	44
Article 32.2 – Comportement des visiteurs	44
Article 32.3 – Les animaux au Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot.....	45
Article 33 – Le service des repas	45
Article 34 – Services divers	46
Article 34.1 – Les moyens de communication : courrier, téléphone, mobiles et objets connectés.....	46

Article 34.2 – Les appareils de télévision, de radio, les ordinateurs, les tablettes et objets connectés	46
Article 35 - Prise de vue et utilisation de l'image	46
Article 36 – Les stagiaires extérieurs.....	47
Article 37 – Les bénévoles - Les associations de bénévoles.....	47
Article 38 – Le service social.....	48
Article 38.1 – Les missions du service social	48
Article 38.2 – Modalités de recours au service social	48
Article 39 – Dispositions relatives aux naissances	48
Section 3 : La sortie du patient	48
Article 40 – Autorisations et formalités de sortie.....	49
Article 40.1 – Permissions de sortie.....	49
Article 40.2 – Formalités de sortie.....	49
Article 40.3 – La sortie contre avis médical	50
Article 40.4 – La sortie après refus de soins	50
Article 40.5 – La sortie à l'insu du service (fugue).....	50
Article 40.6 - Sortie du patient par transfert dans un autre établissement.....	50
Article 40.7 – La sortie des nouveau-nés.....	51
Article 40.8 – La sortie par mesure disciplinaire	51
Article 40.9 – Transport en véhicule sanitaire	51
Section 4 : Dispositions relatives aux décès	51
Article 41 – Attitude à suivre à l'approche du décès	52
Article 42 – Constat du décès	52
Article 43 – Annonce du décès	52
Article 44 - Déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale	52
Article 45 - Indices de mort suspecte.....	53
Article 46 - Toilette mortuaire et inventaire après décès	53
Article 47 - Le dépôt des corps à la chambre mortuaire	53
Article 48 - Transport sans mise en bière en chambre funéraire	54
Article 49 - Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un proche de la famille	54
Article 50 - Mise en bière et transport après mise en bière.....	54
Article 51 – Prélèvement d'organes et de tissus.....	55
Article 52 – Admission en chambre mortuaire de personnes décédées hors de l'établissement	55
Article 53 – Opérations funéraires.....	55
Article 53.1 – Dispositions générales.....	55
Article 53.2 – Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale.....	56
Article 54 – Objets abandonnés ou déposés par le défunt.....	56
CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	58

Section 1 : Principes généraux régissant le service public hospitalier	58
Article 55 - Le principe de continuité.....	58
Article 56 - Le principe de laïcité et référent laïcité.....	58
Article 57 – Désignation d'un référent laïcité	58
Section 2 : Les obligations inhérentes au respect du patient	59
Article 58 - L'obligation d'accueil et d'information des patients, des usagers et de leurs familles	59
Article 59 - Le respect du secret professionnel	59
Article 59.1 - Les dispositions générales.....	59
Article 59.2 - Le partage d'informations.....	59
Article 59.3 - L'accès étendu au dossier patient	60
Article 60 - L'obligation de discrétion professionnelle	60
Article 61 - Le respect de la liberté de conscience et d'opinion.....	60
Section 3 : Les principes de bonne conduite professionnelle	60
Article 62 - Le devoir de réserve.....	60
Article 63 - L'assiduité et la ponctualité	61
Article 64 - L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique ..	61
Article 65 : Le devoir d'alerte et d'information du supérieur hiérarchique	61
Article 66 : Le signalement des événements indésirables	62
Article 67 : Le respect des règles d'hygiène et de sécurité	62
Article 68 : L'exigence d'une tenue appropriée et d'un langage correct	62
Article 68.1 - L'exigence d'une tenue appropriée	62
Article 68.2 - L'exigence d'un langage correct	63
Article 68.3 - Lutte contre le bruit	63
Article 69 : L'obligation de désintéressement.....	63
Article 70 : L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative	63
Article 71 : L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces	63
Article 72 : Le cumul d'activité	63
Article 73 : L'interdiction de tout avantage ou contreparties directes	64
Article 74 : L'identification des professionnels.....	64
Article 75 : L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux	64
Article 75.1 - L'utilisation des réseaux sociaux	64
Article 75.2 - L'utilisation d'Internet	65
Article 75.3 - L'utilisation de la messagerie professionnelle.....	65
Article 76 : Usage du téléphone portable et équipements personnels	65
Article 77 : Respect de la charte graphique.....	65
Article 78 : Affichage.....	65
Section 4 - Les droits et garanties du personnel	66
Article 79 : Liberté de conscience et d'opinion.....	66

Article 80 : Droit à l'expression directe et collective	66
Article 81 : Droit de grève	66
Article 82 : Droit syndical	67
Article 83 : Egalité de traitement et principe de non-discrimination	67
Article 84 : La protection contre le harcèlement moral ou sexuel	67
Article 85 : La protection fonctionnelle.....	68
Article 86 : Le droit particulier du lanceur d'alerte.....	68
Article 87 : Le droit de retrait.....	69
Article 88 : Le droit à la formation professionnelle.....	69
Article 89 : Le droit d'accès au dossier administratif	69
Article 90 : Le droit à la déconnexion.....	69
CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS FINALES	70
Article 91 : Procédure d'approbation du règlement intérieur.....	70
Article 92 : Mise à disposition du règlement intérieur.....	70
Article 93 : Opposabilité du règlement intérieur	70
Article 94 : Modification du règlement intérieur	70
ANNEXES AU REGLEMENT INTERIEUR	72

PREAMBULE

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, en particulier celles du Code de la Santé Publique.

Il a été arrêté par le Directeur de la Direction Commune des Centres Hospitaliers d'Agen-Nérac, de Villeneuve-sur-Lot, de Penne d'Agenais, de Fumel et des EHPAD de Puymirol et de Tournon d'Agenais après concertation avec le Directoire menée lors de sa séance du 24/09/2026, avis de la commission médicale d'établissement lors de sa séance du 15/09/2026, avis du comité social d'établissement lors de sa séance du 24/09/2026 et avis du conseil de surveillance exprimé lors sa réunion en date du 30/09/2026. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques a été informée du contenu du règlement intérieur en sa séance du 29/09/2026.

Le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement spécifiques à l'Etablissement concernant l'organisation institutionnelle générale et par service, l'accueil et la prise en charge des usagers au sein des services ainsi que l'activité et la gestion des personnels médicaux et non médicaux.

Le règlement intérieur rappelle :

- Les droits et devoirs des usagers
- Les droits et obligations des personnels, les conditions réglementaires de travail et les dispositions concernant les règles de conduite dans l'Etablissement.
- Les règles internes relatives à la sécurité, la gestion des risques, la communication.

Conformément à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le Directeur du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot assure l'application et l'exécution des dispositions du présent règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement.

Il est tenu à la disposition des usagers, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la Direction. Il est téléchargeable sur le site internet du centre hospitalier : www.poledesanteduvilleneuvois.fr. Il est réactualisé dès que des évolutions réglementaires et/ou institutionnelles le nécessitent.

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

Section 1 : Le CH de Villeneuve-sur-Lot

Article 1 – Présentation générale de l'établissement

Article 1.1 – Statuts

Le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot est un établissement public de santé. Son ressort territorial est intercommunal. Son siège social est fixé Avenue de Fumel, à Villeneuve-sur-Lot (47).
Le CH de Villeneuve-sur-Lot est doté de la personnalité morale de droit public et dispose de l'autonomie administrative et financière.

Article 1.2 – Sites et implantations géographiques

Le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot est un établissement public de santé régi par les dispositions du Code de la Santé Publique (CSP). Il fait partie d'une Direction commune mise en place au 1^{er} septembre 2025 et constituée des Centres Hospitaliers d'Agen-Nérac (CHAN), de Villeneuve-sur-Lot, de Penne d'Agenais, de Fumel et des EHPAD de Puymirol et de Tournon d'Agenais.
Au sein de cette Direction Commune, les Centres Hospitaliers de Villeneuve-sur-Lot, de Penne d'Agenais, de Fumel et l'EHPAD de Tournon d'Agenais constituent le Pôle de Santé de la Vallée du Lot, le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) de Villeneuve-sur-Lot et le SSIAD de Penne d'Agenais.

Son ressort territorial s'étend principalement sur le villeneuvois et le fumélois.

Le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur Lot partage les locaux avec un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) de droit privé. Les deux entités regroupées sur le même site géographique forment Pôle de Santé du Villeneuvois.

L'établissement est membre du Groupement Hospitalier de Territoire de Lot-et-Garonne (GHT47) qui regroupe les établissements publics de santé du département : établissements du Pôle de Santé de la Vallée du Lot (CH et GCS Villeneuve-sur-Lot, CH Fumel, CH Penne d'Agenais), Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins, CH Casteljalous.

Le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot est composé ainsi que suit :

- le site du Pôle de Santé du Villeneuvois (PSV) qui regroupe les activités de médecine, SMR, obstétrique et USLD,
- l'EHPAD de GAJAC,
- le SSIAD de Villeneuve-sur-Lot,
- et l'Institut de Formation des Professionnels de Santé (IFPS)

Le CH de Villeneuve-sur-Lot est doté de la personnalité morale de droit public et dispose de l'autonomie administrative et financière.

Article 2 – Missions

Conformément aux dispositions de l'article L. 6111-1 et L6112-1 du code de la santé publique, le CH de Villeneuve-sur-Lot assure des missions générales et de service public.

Ces missions font l'objet d'une déclinaison négociée avec l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Elles sont également reprises dans le projet d'établissement, qui fixe les orientations stratégiques de l'établissement.

Article 3 – Principes fondamentaux

Par référence à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique, le CH de Villeneuve-sur-Lot respecte les principes fondamentaux d'égal accès de tous à des soins de qualité, la continuité du service hospitalier ainsi que l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service.

Il applique en outre la charte du patient hospitalisé telle que définie par la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.

Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit et en toutes circonstances, le CH de Villeneuve-sur-Lot est ainsi en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services. Il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins.

Les professionnels du CH de Villeneuve-sur-Lot dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel, le secret médical et l'information des patients et des proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels de l'établissement.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot assure également la prise en charge des soins dans le respect des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs des honoraires définis par la réglementation afférente.

Section 2 – Organisation institutionnelle

Article 4 – Instances et Direction

Article 4.1 – Le conseil de surveillance

Composition :

Le Conseil de Surveillance comprend 15 membres répartis dans trois collèges :

- Collège des collectivités territoriales :
 - o Le maire de la commune, siège de l'Etablissement principal, ou son représentant
 - o Un représentant de la commune siège de l'Etablissement
 - o Deux représentants d'un Etablissement public intercommunal
 - o Un représentant du Conseil Départemental
- Collège des représentants des personnels
 - o Un membre de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- techniques,
 - o Deux membres de la Commission Médicale d'Etablissement,
 - o Deux représentants désignés par les organisations syndicales
- Collège des personnalités qualifiées
 - o Deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'ARS
 - o Trois représentants des usagers désignés par le représentant de l'Etat

Attributions :

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'Etablissement.

Il délibère sur :

- 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ;
- 2° La convention constitutive des Centres Hospitaliers Universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- 5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- 6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- 7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- 8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 ;
- 9° Le plan pluriannuel d'investissement.

Il donne son avis sur :

- L'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- La charte de gouvernance mentionnée au III de l'article L. 6143-7-3 ;
- 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 ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Article 4.2 – Le Directeur

Le directeur est nommé par arrêté du Directeur général du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux. Il est le représentant légal de l'Etablissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le Directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'Etablissement et de compétence de gestion après concertation avec le Directoire, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires. Il est responsable de la mise en œuvre de la politique sanitaire et veille au bon fonctionnement de l'Etablissement.

A ce titre, il est chargé de :

- Planifier les actions dans le cadre du Projet d'Etablissement
- Veiller au respect et à l'application des normes et procédures de gestion
- Coordonner les plans d'action des différentes unités hospitalières pour atteindre les objectifs stratégiques de l'Etablissement
- Assurer la coordination des activités de l'ensemble des services et s'assurer de la cohérence de leurs activités avec les missions de l'Etablissement et les ressources disponibles
- S'assurer que les unités de soins évaluent de façon systématique et continue la qualité des actes professionnels
- Coordonner les relations de l'Etablissement avec les autres composantes de la filière de soins

Le Directeur exerce ses compétences en propre ou après consultation des instances de l'Etablissement.

Après concertation avec le Directoire, le Directeur :

- Conclut le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- Décide, conjointement avec le président de la CME, 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
- Etablit le bilan social
- Détermine le programme d'investissement (après avis de la CME pour les équipements médicaux)
- Fixe l'EPRD, le plan global de financement prévisionnel, les propositions de tarifs de prestations

- Arrête le compte financier (et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance)
- Arrête l'organisation interne de l'Etablissement, signe les contrats de pôle d'activité et les contrats de service
- Peut proposer au Directeur de l'ARS, ainsi qu'aux autres Etablissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération (conférences sanitaires, communautés hospitalières de territoire...)

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

Le Directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il est assisté d'une équipe de direction (cf. en annexe organigramme fonctionnel de la Direction, disponible sur le site internet de l'établissement). Les délégations de signature sont publiées au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Lot-et-Garonne et sont disponibles sur le site internet du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Une charte de gouvernance est conclue entre le président de la commission médicale d'établissement (PCME), vice-président du Directoire, et le Directeur de l'établissement, après avis du conseil de surveillance, pour détailler les modalités de la gouvernance mise en place ainsi que les relations entre le Directeur et le PCME. (Cf. document en annexe)

Article 4.3 – Le Directoire

Composition :

Il est composé de 9 membres et présidé par le Directeur :

- Le Directeur, Président
- Le Président de la CME, vice-président
- Le Président de la CSIRMT
- 5 membres du corps médical et pharmaceutique désignés sur proposition du PCME
- 1 membre du personnel non médical nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CSIRMT

Sont invités à titre permanent le chef du Département de l'Information Médicale, le Directeur délégué du CH de Villeneuve-sur-Lot et le Président de la CME du CHAN.

Le Directeur des Affaires Générales participe aux séances et en assure le secrétariat.

Sont invités en tant que de besoin les chefs de pôles / de services, les directeurs adjoints et les cadres de santé concernés par les questions abordées en séance.

Attributions :

Le Directoire :

- Approuve le projet médical et prépare le projet d'Etablissement
- Conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'Etablissement dans les domaines suivants : CPOM, politique d'amélioration continue de la qualité, bilan social, programme d'investissement, EPRD, organisation interne de l'Etablissement et pôles d'activité, compte financier, règlement intérieur.

Article 4.4 – La commission médicale d'établissement (CME)

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la CME font l'objet d'un règlement intérieur dédié. (Cf. document en annexe)

Attributions :

La Commission Médicale d'Etablissement est l'instance de débat et de proposition de la communauté médicale, pharmaceutique, odontologique et maïeutique.

Elle est consultée sur les matières suivantes :

- 1° Les projets de délibération soumis au Conseil de surveillance et des avis du Directoire
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- 8° Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance ;
- 9° Les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures médicales et médico-techniques.

La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

- 1° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 2° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 3° La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- 4° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 5° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 6° La mise en œuvre d'actions de coopérations avec d'autres établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ainsi qu'avec des professionnels de santé libéraux, centres de santé et maisons de santé, communautés professionnelles territoriales de santé ;
- 7° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 8° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 9° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 10° L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- 11° Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

La commission médicale d'établissement élabore et propose au Directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire. Le président de la commission médicale d'établissement coordonne son élaboration avec le Directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration. Après concertation avec le Directoire, le président de la commission médicale et le Directeur peuvent demander à la commission médicale d'établissement de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

La commission médicale d'établissement est informée sur les matières suivantes :

- 1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 2° Les contrats de pôles et de service
- 3° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 5° 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.

La commission médicale d'établissement peut faire au président du directoire des propositions sur les matières suivantes :

- 1° Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- 2° Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence avec la politique territoriale du GHT en la matière ;
- 3° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 4° La déclinaison des orientations stratégiques du Groupement Hospitalier de Territoire en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 5° Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- 6° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

Article 4.5 – Le comité social d'établissement (CSE)

Le CSE est défini aux articles R. 6144-40 et suivants du code de la santé publique et aux articles R.253-11 et suivants du code général de la fonction publique. Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le CSE du CH de Villeneuve-sur-Lot est présidé par le Directeur.

Attributions :

Le comité social d'établissement des établissements publics de santé est saisi pour avis sur :

- 1° Le projet de règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° Les projets de réorganisation de service ;
- 3° Le projet de plan global de financement pluriannuel ;
- 4° Les projets relatifs à l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- 5° Les projets d'aménagement important modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- 6° Les projets de délibération soumis au conseil de surveillance ;
- 7° Le projet de plan de redressement ;
- 8° Les projets relatifs à l'organisation interne de l'établissement ;
- 9° Les projets relatifs aux modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 10° Le projet de plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et ses révisions ;
- 11° Les projets de décision relatifs au recours au vote électronique pour l'élection des représentants du personnel dans les instances de dialogue social ;
- 12° Les projets relatifs à la nature des équipements indispensables à l'exercice de l'activité syndicale ;
- 13° Les projets relatifs aux modalités d'utilisation par les organisations syndicales des technologies numériques ;
- 14° Les projets de lignes directrices de gestion relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels ;
- 15° Les projets de décision fixant les modalités de gestion des dossiers individuels sur support électronique ;
- 16° Les projets de décision relatifs aux modalités d'évaluation des agents hospitaliers ;
- 17° Les projets relatifs à la politique générale de formation du personnel, y compris le projet de document pluriannuel d'orientation de la formation des agents et le projet de plan de formation ;
- 18° Les projets de suppression d'emploi ;

- 19° Les projets de décision relatifs au dispositif collectif d'accompagnement en cas de suppression d'emplois ;
- 20° Les projets de décision relatifs au temps de travail ;
- 21° Les projets d'orientation-cadre de l'établissement en matière de politique d'engagement collectif ;
- 22° Les autres questions pour lesquelles la consultation du comité social d'établissement est prévue par des dispositions législatives et réglementaires.

Le comité social d'établissement des établissements publics de santé est informé chaque année :

- 1° De la situation budgétaire de l'établissement ;
- 2° Du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 3° Du budget (EPRD) ;
- 4° De la mise en œuvre du plan d'action pluriannuel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ;
- 5° Du bilan de la mise en œuvre des lignes directrices de gestion sur la base des décisions individuelles ;
- 6° De l'actualisation de la base de données sociales ;
- 7° De la création d'emploi à temps non complet ;
- 8° Du bilan des recrutements effectués par la voie du " Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et de l'Etat "
- 9° Du bilan de la mise en œuvre des mesures d'accompagnement en cas de suppression d'emploi.

Article 4.6 – La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, la CSIRMT du CH de Villeneuve-sur-Lot est présidée par le Directeur des Soins, coordonnateur général des soins du Pôle de Santé Vallée du Lot.

Composition :

Les 30 membres sont issus de cinq collèges :

- Collège des cadres de santé : 6 membres,
- Collège des personnels infirmiers, 10 membres,
- Collège des aides-soignants : 9 membres.
- Collège des rééducateurs : 2 membres
- Collège des personnels médico- techniques : 3 membres.

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- Le directeur des soins chargé des instituts de formation et des écoles paramédicales rattachées à l'établissement (IFPS)
- Un représentant des étudiants de troisième année,
- Un élève aide-soignant
- Un représentant de la CME

Attributions :

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée pour avis sur :

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

Elle est informée sur :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;

- 2° La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 quant au recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux ;
- 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Article 5 – Autres instances

Article 5.1 - Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT)

La formation spécialisée relevant du comité social d'établissement est saisie pour avis sur les questions relatives :

- 1° A la protection de la santé physique et mentale des agents ;
- 2° A l'hygiène ;
- 3° A la sécurité des agents dans leur travail ;
- 4° A l'organisation du travail ;
- 5° Au télétravail ;
- 6° Aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques ;
- 7° A l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

La formation spécialisée est saisie pour avis sur :

- 1° Les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment :
 - a) Avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail ;
 - b) Avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liée ou non à la rémunération du travail ;
- 2° Les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents ;
- 3° Les plans mentionnés à l'article L. 3131-7 du code de la santé publique détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles ;
- 4° La mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des personnes en situation de handicap, notamment de l'aménagement des postes de travail ;
- 5° L'élaboration et la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Chaque année, la formation spécialisée est saisie pour avis sur :

- 1° Le rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées ;
- 2° Le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique.

Article 5.2 – Les commissions administratives paritaires (CAP) et la commission consultative paritaire (CCP)

Les CAP et la CCP sont des instances de représentation du personnel non médical, traitant des sujets relatifs aux carrières individuelles.

Les CAP locales sont compétentes à l'égard des représentants titulaires de l'établissement, les CAP départementales sont compétentes pour l'ensemble des agents titulaires des établissements sanitaires et médico-sociaux du département.

La CCP est compétente à l'égard des agents contractuels de droit public des établissements sanitaires et médico-sociaux du département.

Les CAP sont présidés par un représentant de l'Administration, elles sont composées pour moitié de représentants désignés par le Directeur du CH de Villeneuve-sur-Lot et pour moitié de représentants du personnel.

Article 5.3 – Commission de l'activité libérale (CAL)

La CAL est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale dans le respect des dispositions réglementaires et des contrats signés par les praticiens. Ses membres sont nommés par le Directeur général de l'ARS-NA pour une durée de trois ans.

La commission définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'Etablissement.

Elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'Etablissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Ce rapport est communiqué pour information à la CME, au Conseil de Surveillance, à la Commission des usagers, au Directeur de l'ARS.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

La charte de l'activité libérale précise les principes fondamentaux, les conditions d'exercice, le respect des droits de l'utilisateur, les modalités de contrôle et les dispositions financières. (Cf. document en annexe)

Article 5.4 – Commission Des Usagers (CDU)

Le CH de Villeneuve-sur-Lot dispose d'une commission des usagers, organisée et constituée selon les dispositions des articles L. 1112-3 et L. 6144-1 du code de la santé publique.

La CDU est composée :

- Du Directeur ou son représentant
- D'un médiateur médical
- D'un médiateur non-médical
- De deux représentants des usagers désignés par l'ARS-NA (deux titulaires et deux suppléants)
- D'un représentant de la CSIRMT
- D'un représentant du personnel
- D'un représentant du conseil de surveillance

La CDU veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle fait des propositions relatives à l'amélioration de la politique d'accueil et de la prise en charge des usagers. Les usagers peuvent rencontrer un médiateur médical ou non-soignant ainsi que les représentants de la commission.

La Commission des Usagers est présidée par un représentant des usagers, des médiateurs ou un représentant légal de l'établissement élu parmi l'ensemble des membres de la commission. Il est élu pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois.

Les modalités de saisine de la CDU sont définies à l'article 22.10 du présent règlement intérieur.

Article 6 – Le Groupement Hospitalier de Territoire de Lot-et-Garonne

Conformément aux articles L.6132-1 et suivants du code de la santé publique, le CHAN est l'établissement support du GHT de Lot-et-Garonne. A ce titre, il met en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée de l'utilisateur et organise la mutualisation des fonctions supports entre les établissements du GHT.

La convention constitutive précise le périmètre exact du GHT, un règlement intérieur définit les modalités de fonctionnement et d'organisation de celui-ci. Un projet médico-soignant partagé est en place.

L'organisation des instances du GHT 47 relève également du CHAN.

Section 3 – Organisation des activités et fonctionnement médical et paramédical

Article 7 – Organisation des activités en pôles

Le CH de Villeneuve-sur-Lot a défini son organisation en services et unités fonctionnelles et en instituant des pôles d'activité, conformément à l'article 6146-1 du code de la santé publique.

La répartition en pôles d'activité médicale est la suivante :

- **Pôle Urgences et Médico-technique :**
Service d'accueil des urgences - SMUR - Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) - Prélèvements d'organes et de tissus - Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) - Imagerie conventionnelle, scanner, IRM - Pharmacie à usage intérieur – Stérilisation– Laboratoire de biologie médicale
- **Pôle Médecine :**
Médecine Interne et soins d'accompagnement (MISA) – Médecine cardiologique et spécialités – Unité de pathologie digestive (UPD) - Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) - Médecine ambulatoire – Centre du sommeil (en partenariat avec un prestataire externe)
- **Pôle territorial de Gériatrie :**
Médecine gériatrique aiguë - Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) – Unité de soins de longue durée (USLD) – EHPAD de Gajac
- **Pôle chirurgie et maternité :**
Pédiatrie - Gynécologie-Obstétrique - Bloc obstétrical

Article 8 – Structures médicales et médico-techniques

Les services sont regroupés en pôles dotés d'un chef, d'un cadre et d'un directeur de pôle.

Les chefs de pôle sont nommés conjointement par le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, sur présentation d'une liste établie par ce dernier.

Les services sont placés sous la responsabilité d'un médecin ou pharmacien hospitalier qui exerce les fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle.

Les chefs de service et les responsables de structures internes ou d'unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés, après avis du chef de pôle, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. Les chefs de service et les responsables de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur leur propose une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

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

Cette décision peut, le cas échéant, intervenir sur proposition du chef de pôle. Saisis d'une proposition en ce sens, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement disposent d'un délai de trente jours pour prendre leur décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Article 9 – Attributions du chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle

Article 9.1 – Généralités

Le chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle assure la conduite générale de la structure interne qui lui est confiée dans les divers aspects de son activité médicale (examens, consultations et soins) et pharmaceutique.

Il organise l'activité fonctionnelle du service dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Il définit les modalités de la continuité des soins du service et de la permanence des soins ; présentées en COPS et validées par le Directeur.

Il est assisté, selon les activités du service, d'un cadre infirmier, médico-technique ou de rééducation pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.

Article 9.2 – Disposition spécifique - Gérance de la pharmacie à usage intérieur

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement.

À ce titre, elle a notamment pour missions :

- D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la réception, la préparation, le contrôle, la détention, la dispensation et le bon usage des médicaments, dispositifs médicaux stériles, produits de santé, médicaments expérimentaux et autres produits relevant de sa compétence, dans le respect des dispositions du Code de la santé publique et des exigences de qualité et de sécurité ;
- De conduire les activités de pharmacie clinique afin de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité des thérapeutiques, en collaboration avec les autres professionnels de santé et en associant le patient à sa prise en charge lorsque cela est approprié ;
- De participer à l'information et à la formation des professionnels de santé ainsi qu'à l'information des patients sur les produits de santé, de promouvoir leur bon usage et de contribuer aux activités de vigilance sanitaire (pharmacovigilance, matériovigilance et autres vigilances relevant de son champ de compétence), ainsi qu'à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles de l'établissement.

La gérance de la Pharmacie à Usage Intérieur est assurée par un pharmacien nommé chef de service par décision conjointe du Directeur de l'établissement et du Président de la Commission Médicale d'Établissement. Le pharmacien gérant est responsable de l'organisation générale de la PUI et du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables à l'activité pharmaceutique.

Afin d'assurer le bon fonctionnement de la pharmacie, il peut confier, par délégation écrite, à un ou plusieurs pharmaciens exerçant au sein de la PUI, la responsabilité de secteurs d'activité ou de missions spécifiques (notamment pharmacie clinique, production de chimiothérapies, radiopharmacie, dispositifs médicaux, stérilisation, qualité, vigilances, achats ou tout autre domaine relevant des missions de la PUI). Ces délégations précisent leur objet et leur périmètre. Elles sont établies sans préjudice de la responsabilité du pharmacien chargé de la gérance.

Les pharmaciens exercent leurs missions avec le concours des préparateurs en pharmacie hospitalière, des internes en pharmacie, des étudiants et des autres personnels affectés à la Pharmacie à Usage Intérieur dans le cadre de leurs compétences respectives.

Les personnels non médicaux de la PUI sont placés sous l'autorité hiérarchique du cadre de santé, dans les conditions prévues par l'organisation de l'établissement. Pour l'exercice des activités pharmaceutiques,

ils sont placés sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance ou, dans le cadre des délégations de missions qu'il a formalisées, du pharmacien responsable du secteur d'activité concerné.

Article 10 – Visite médicale quotidienne

Le chef du service ou responsable d'unité fonctionnelle assure l'organisation des visites médicales chaque jour ouvré dans les services et unités d'hospitalisation complète. Il organise le suivi et la continuité des prises en charge des patients.

Article 11 – Personnel médical

Les praticiens hospitaliers, contractuels ou titulaires, à temps plein ou à temps partiel, et les assistants hospitaliers assurent le service quotidien des jours ouvrables. Ils participent au service des dimanches et jours fériés ainsi qu'à l'organisation de la permanence des soins.

Les internes sont des agents publics. En stage, les internes sont sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Ils participent au service de gardes et astreintes.

Article 12 – Sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Article 13 - Organisation de la permanence des soins dans les structures médicales

La permanence médicale des soins a pour objet d'assurer pendant la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, la continuité des soins des malades hospitalisés et la permanence territoriale. Elle est organisée sous forme de permanence sur place ou d'astreinte à domicile. L'organisation médicale décrite par les tableaux de service détermine la durée du service normal de jour et du service relatif à la permanence des soins sur 24 heures.

Article 14 – Service des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Le service des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, regroupe, au sein de l'hôpital, l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, préparateurs en pharmacie, aide-pharmacie, manipulateur radio, etc.). Il est dirigé par un directeur des soins coordonnateur général des soins, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur de l'hôpital.

Les cadres de santé coordonnent, au sein du service ou du secteur dont ils ont la charge, sous l'autorité du directeur des soins, l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ils en assurent l'animation et la gestion. Ils participent également à l'encadrement et à la gestion des personnels concernés.

Les infirmiers accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence et à ce titre sont chargés de l'exécution des prescriptions médicales et des protocoles établis par les médecins. Dans le cadre de leur rôle propre, les infirmiers mettent en œuvre les soins nécessaires au maintien du confort du malade, à la préservation de ses fonctions vitales et son accompagnement.

Les infirmières de pratique avancée (IPA) exercent au sein de l'établissement. Membres d'une équipe de soins coordonnée par un médecin afin d'assurer une prise en charge globale des patients, elles peuvent mettre en œuvre :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance et paracliniques ;
- Des prescriptions de produits de santé soumis ou non à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Des IDE exercent des fonctions de coordination de parcours, ce sont des professionnels ressources ayant une expertise spécifique dans leur secteur d'activités. Ils ont pour mission principale de faciliter l'articulation entre les professionnels hospitaliers, les professionnels des soins de ville, les patients et leur entourage. Ils s'adaptent à la complexité des situations et assurent également un accompagnement personnalisé du patient et de son entourage.

Les aides-soignants donnent des soins d'hygiène générale aux malades et aux personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité des infirmiers et dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur formation.

Les agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches ménagères permettant d'assurer le confort des malades.

Des fiches descriptives d'emploi sont également opérationnelles pour les autres catégories de personnel : préparateurs en pharmacie, agent de stérilisation, préparateurs de biologie, manipulateurs d'électroradiologie médicale, etc...

Article 15 – Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La politique qualité est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle.

La direction en charge de la qualité recense et soutient les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution, impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires ou nécessaires, sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité.

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure, sous la responsabilité du Directeur et du Président de la CME, donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et à un rapport de certification.

Section 4 – Sécurité et gestion des risques

Article 16 – Sécurité générale

Article 16.1 – Nature et opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale, qui visent à assurer la protection des usagers ainsi que celle des personnels et des biens contre les risques d'origine intentionnelle, doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital.

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

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

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

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

Article 16.2 – Accès à l'hôpital

Les entrées du bâtiment du Pôle de Santé du Villeneuvois incluant le CH de Villeneuve-sur-Lot sont placées sous vidéoprotection. Conformément au code de la sécurité intérieure et au décret n° 96-926 du 17 octobre 1996 relatif à la vidéoprotection, les enregistrements sont conservés pendant sept jours.

L'accès à l'hôpital est réservé au personnel (et par nécessité un membre de son entourage), aux usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui sont appelés en raison de leurs fonctions. Les visiteurs médicaux obéissent à la charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments de mars 2023.

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

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

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Les limitations ou les interdictions d'accès sont affichées après validation par le Directeur, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Sauf besoin de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital animaux à l'exception des chiens-guides d'aveugles, alcools, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits prohibés ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

La propreté des lieux doit être respectée.

Article 16.3 – Prévention de la radicalisation

La radicalisation de personnes ayant accès à l'établissement peut mettre en danger la sécurité du Centre Hospitalier. Tout comportement suspect ou toute personne en voie de radicalisation (personnels, usagers, prestataires) doit être signalé par tout agent auprès du Directeur ou du Directeur des Ressources Humaines de l'établissement.

Les affiches officielles de prévention face à la radicalisation font également l'objet d'un affichage dans l'établissement.

Article 16.4 – Interdiction de dissimulation du visage

Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage. L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public. Par

conséquent sont interdites à toute personne présente sur les sites du CH de Villeneuve-sur-Lot, les tenues destinées à dissimuler son visage (cagoule, voile, masque, casque...) et à rendre impossible son identification. Cette mesure participe à la prévention des risques liés à l'identitovigilance.

L'interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires ou si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Les agents de l'établissement invitent les personnes concernées à découvrir leur visage. En cas de refus, il sera fait appel immédiatement aux forces de l'ordre, et un signalement pourra être effectué auprès des autorités judiciaires.

Article 16.5 - Calme et tranquillité

Tout usager ou accompagnant qui crée un trouble au sein de l'hôpital, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital. Le recours à la force publique peut être requis par le directeur ou son représentant.

Article 16.6 – Respect de la confidentialité et du droit à l'image

Le droit à l'image et le respect de la confidentialité sont des composantes du respect de la vie privée. Il est strictement interdit au sein de l'établissement, et sans dérogation expresse du Directeur ou de son représentant, de :

- Capter, enregistrer ou transmettre, sans le consentement libre, spécifique, éclairé et révocable de leur auteur (RGPD Art. 6, 7, 9), des paroles prononcées à titre privé ou confidentiel ;
- Fixer, enregistrer ou transmettre, sans le consentement de celle-ci, l'image d'une personne ;
- Capter, enregistrer ou transmettre par quelque moyen que ce soit, la localisation en temps réel ou en différé d'une personne sans le consentement de celle-ci.

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des usagers de l'établissement, ainsi qu'à l'ensemble du personnel.

Toute sollicitation émanant des représentants de la presse écrite et audiovisuelle doit impérativement être transférée à la Direction Communication du Centre Hospitalier, afin d'obtenir un accord écrit préalable à toute interview d'un professionnel de l'établissement ou de prise de vue dans les locaux.

Aucun journaliste n'est autorisé à pénétrer dans un quelconque service du Centre Hospitalier dans le cadre de son activité professionnelle, s'il n'a pas au préalable, obtenu un accord exprès de la part de la Direction Communication.

Toute violation expose à des sanctions pénales. (RGPD Art. 83 ; Art. 226-15 du Code pénal).

Article 16.7 – Personnels de sécurité

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus d'obligation d'assistance aux personnes en péril, de crime, ou délit flagrant et de légitime défense, ou état de nécessité fixés par la réglementation.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité.

Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Dans l'attente de l'arrivée des forces de police, ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent, dans les mêmes conditions, retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et, le cas

échéant, à leur prise en charge par un service de soins. Ils participent également aux recherches de patient disparu dans l'enceinte de l'établissement sur signalement du service de soins concerné.

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire, ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

Article 16.8 – Règles de responsabilité et protection des agents du Centre Hospitalier

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

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

Le Centre Hospitalier assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital et ses agents.

Article 16.9 – Rapports avec l'autorité judiciaire et les autorités de police

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

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

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

Face à une situation d'urgence au sein de l'établissement, tout agent peut solliciter une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire, et en informer le directeur ou son représentant.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'hôpital doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la Charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

Article 16.10 – Circonstances exceptionnelles

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

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT) en est informée pour les matières relevant de sa compétence.

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

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

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

Article 16.11 – Catastrophe et afflux de victimes

Le CH de Villeneuve-sur-Lot, comme tous les établissements de santé, est doté d'un plan blanc. Il est activé par le directeur, à son initiative ou à la demande du Préfet. Dans le cadre des prérogatives de ce dernier, et des dispositions sanitaires ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité civile) prévues au niveau départemental, le Préfet peut faire procéder à des réquisitions, de personnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, de matériels, de services dont ceux d'autres établissements de santé et d'établissement médico-sociaux, pour soutenir l'effort de réponse à la crise.

Le directeur, outre son lien établi avec la Préfecture, informe l'Agence Régionale de Santé, et travaille avec elle au niveau régional. L'ARS mobilise ainsi les moyens adaptés et les coordonne à l'échelle régionale pour renforcer la réponse à la crise.

Le plan blanc propose une organisation déclinable selon le type d'évènement. Elle permet une réponse spécifique à la crise. Pour ce faire, le passage en plan blanc entraîne, au sein de l'établissement, une mobilisation exceptionnelle des moyens, en particulier en personnels (fonctionnaires ou agents publics), matériels et une adaptation des activités. Dans cette situation singulière, le personnel peut être sollicité alors qu'il n'est pas présent dans l'établissement (repos, formation, congé, ...). Également, de manière ciblée ou plus générale, en fonction du besoin, le directeur peut faire procéder à des modifications des tableaux de services médicaux et non médicaux, voire procéder si nécessaire à des réorganisations de services.

S'il y a lieu, le plan blanc peut conduire à des mesures de sécurité supplémentaires auxquelles le personnel, les intervenants externes, et les usagers seront soumis. Il est ainsi nécessaire que chaque professionnel puisse s'identifier avec sa carte professionnelle ou son badge.

L'objectif du dispositif de crise est, de manière adaptée à l'ampleur de la crise, à la fois de maintenir les activités, prioritairement celles qui sont essentielles, et d'absorber les besoins résultants de la prise en charge des victimes de la crise.

Article 17 – Gestion des risques

Article 17.1 – Généralités

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et des personnels hospitaliers.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital, la direction définit une politique de gestion des risques afin de prévenir et traiter les événements indésirables liés à ses activités, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

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

Dans ce cadre, le CH de Villeneuve-sur-Lot :

- Organise la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie et tous les événements indésirables au sein de l'établissement
- Définit une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles

- Met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux
- Met en place un système permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins ainsi que la prévention des risques numériques.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot organise la mise en œuvre de la politique de gestion des risques et s'assure que les activités exercées au sein de l'établissement sont accompagnées des autorisations nécessaires et soumises aux vérifications et contrôles obligatoires.

L'établissement élabore et met en œuvre un programme de formation des personnels aux mesures de prévention et participe à l'éducation préventive des usagers et des tiers. Ce programme est suivi dans le programme qualité de l'établissement (PAQSS).

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

Chaque agent doit respecter les prescriptions et protocoles édictés en matière de qualité et de gestion des risques.

Les personnels sont incités à signaler les incidents liés à l'utilisation des produits de santé. Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu d'un médicament ou dispositif médical est tenu d'en informer sans délai le professionnel chargé au sein du Centre Hospitalier de la vigilance sanitaire relative au produit ou dispositif concerné.

Article 17.2 – Astreintes technique, informatique et administrative

Le directeur de l'hôpital valide l'organisation des astreintes techniques et informatique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique et/ou informatique est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

Une astreinte administrative est organisée avec le personnel de direction et les attachés d'administration hospitalière.

Article 17.3 – Sécurité incendie

L'hôpital est assujéti aux règles de sécurité incendie applicables à tous les établissements ouverts au public. Certaines de ses installations (chaufferie, dépôt de liquides inflammables) doivent, en outre, être conformes aux dispositions relatives aux installations classées pour la protection de l'environnement.

L'hôpital doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies. Parmi ces renseignements, doivent figurer :

- L'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, en particulier l'agent chargé de la sécurité désigné par le directeur ainsi que les personnels de l'astreinte technique ;
- Les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- Les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes coupe-feu, clapets coupe-feu, etc.) ;
- Les dates et contenus des opérations de travaux réalisées dans l'établissement ;
- Tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres, etc.

Ces renseignements sont communiqués à la Commission départementale de sécurité à l'occasion de ses passages au sein de l'hôpital.

Article 17.4 - Interdiction de fumer et de vapoter

Par mesure d'hygiène et de sécurité, il est interdit de fumer et de vapoter dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'hôpital.

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les malades, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer / de vapoter.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

Article 17.5 - Interdiction de circulation et de stockage des cycles, trottinettes et engins assimilés

Pour des raisons de sécurité des patients, des usagers, des professionnels et des visiteurs, ainsi que de prévention des risques d'incendie et d'obstruction des voies de circulation et des dégagements, la circulation et le stationnement, à l'intérieur des locaux et bâtiments de l'établissement, de tout cycle, trottinette ou engin de déplacement assimilé sont interdits.

Sont notamment concernés, qu'ils soient à propulsion musculaire ou électrique, les vélos, vélos à assistance électrique, trottinettes, trottinettes électriques, gyropodes, monoroues, hoverboards et, plus généralement, tout engin individuel de déplacement présentant des caractéristiques similaires.

Il est également interdit d'entreposer ou de stocker ces engins à l'intérieur des bâtiments et locaux de l'établissement, notamment dans les halls, couloirs, circulations, escaliers, paliers, locaux de soins, bureaux, vestiaires, espaces d'accueil, locaux techniques ou tout autre espace intérieur.

Cette interdiction s'applique également aux batteries, accumulateurs et dispositifs de recharge amovibles associés à ces engins. Il est notamment interdit d'introduire, de déposer, de stocker ou de recharger à l'intérieur des bâtiments de l'établissement les batteries amovibles de vélos, trottinettes ou engins assimilés, ainsi que leurs chargeurs.

Par conséquent, la recharge de ces batteries à partir des installations électriques de l'établissement est interdite, sauf pour les équipements appartenant à l'établissement et expressément autorisés dans le cadre de son organisation et de ses procédures de sécurité.

Les personnels, patients, accompagnants, visiteurs, prestataires et intervenants extérieurs doivent déposer ces engins et, le cas échéant, leurs batteries dans les espaces de stationnement ou de stockage spécifiquement prévus à cet effet par l'établissement, lorsqu'ils existent.

Des exceptions peuvent être accordées, à titre strictement nécessaire, pour les dispositifs de mobilité utilisés par les personnes en situation de handicap ou présentant une difficulté particulière de déplacement, sous réserve du respect des consignes de sécurité de l'établissement et des dispositions prises par la direction.

Tout manquement aux dispositions du présent article peut donner lieu aux mesures prévues par le présent règlement intérieur, sans préjudice des mesures de sécurité pouvant être prises immédiatement par l'établissement lorsqu'une situation présente un risque pour les personnes ou les biens.

Article 17.6 – Déchets hospitaliers

Le personnel du Centre Hospitalier est tenu de respecter scrupuleusement la traçabilité et les procédures de tri, d'évacuation et d'élimination des déchets solides, liquides, contaminés ou radioactifs.

Pour cela, il convient de se référer aux documents existants, consultables dans la gestion documentaire.

Article 18 - Dispositions particulières sur la circulation et le stationnement automobiles

Article 18.1 – Voirie hospitalière

Les voies de dessertes et les parcs automobiles situés dans l'ensemble des sites constituent des dépendances du domaine public du CH de Villeneuve-sur-Lot, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public.

L'établissement est desservi par les transports en commun.

Le stationnement dans l'enceinte du centre hospitalier est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Certains parkings identifiés sont réservés exclusivement aux usagers et leurs accompagnants. Des emplacements « dépose minute » sont mis à disposition pour tout véhicule transportant un patient sous réserve d'un stationnement de maximum 10 minutes dans le parking situé à proximité immédiate de l'entrée principale et du parking des urgences (parking réservé taxis – VSL – PMR).

Des places de stationnement sont réservées aux transporteurs sanitaires et à certaines personnes externes à l'établissement qui sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement (Centre pénitentiaire), ainsi qu'aux usagers et accompagnants disposant d'une carte Personne à Mobilité Réduite (PMR).

La direction du centre hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police en cas d'atteinte à la sécurité ou à l'ordre public ou de faire enlever le véhicule gênant par une société de service aux frais du propriétaire.

Des incidents ne sauraient en rien engager la responsabilité du centre hospitalier, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de déprédations.

Des restrictions de circulations sont matérialisées sur les voiries permettant à tout usager, professionnels de santé et tout flux routier (logistique, etc...) de comprendre les risques singuliers propres à l'établissement tel que dans le cas présent : interruption de présences (véhicules et piétons) dans l'espace de sécurité lié aux risques aéronautiques.

La vitesse de circulation est limitée à 30 km/h dans l'enceinte du Centre Hospitalier.

Article 18.2 – Signalisation et sanctions

Sous réserve de l'application du Code de la route, le directeur régleme nte l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

Le directeur ne peut pas infliger des sanctions pécuniaires en cas de non-respect des règles de circulation et de stationnement internes. Par conséquent, il n'est pas possible de réprimer la violation de ces règles par des amendes. En revanche, la méconnaissance par un membre du personnel des dispositions du présent règlement, relatives à la circulation au sein du Centre Hospitalier, dès lors qu'elles ont été portées à sa connaissance (par voie d'affichage par exemple), peut être constitutive d'une faute et conduire à une sanction disciplinaire.

En cas d'urgence, le PC Sécurité, sous la responsabilité du directeur, se réserve le droit de faire appel aux forces de police, sans mise en demeure préalable, pour l'évacuation des véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait la circulation au sein de l'établissement.

Article 19 – Dispositions particulières sur l'utilisation du système d'information

Article 19.1 - Politique de sécurité des systèmes d'information

L'accès au système d'information du CH de Villeneuve-sur-Lot est strictement réservé aux professionnels de l'établissement et aux personnels extérieurs dûment autorisés, dans le respect des principes de

minimisation et de sécurité des données (RGPD Art. 5.1.c, 32), en accord avec la politique de sécurité des systèmes d'information du GHT de Lot-et-Garonne, validée par le Comité Stratégique en sa séance du 17 octobre 2025. Toute utilisation des infrastructures techniques (réseau, ordinateurs, objets connectés) nécessite l'autorisation de la Direction en charge du système d'information.

Les systèmes d'information recouvrent l'ensemble des ressources matérielles, logicielles, applications, bases de données et réseaux de télécommunications qui produisent, transportent, exploitent ou restituent des données numériques relatives aux activités du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Une charte d'utilisation est disponible dans la gestion documentaire de l'établissement, elle décrit les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques, téléphoniques et des services Internet de l'établissement et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du Système d'Information. Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information (SI), de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par l'établissement.

Cette charte est annexée au présent règlement intérieur. (Cf. document en annexe)

Article 19.2 – Règles applicables en matière d'accès et d'utilisation des dossiers patients informatisés

Les principes retenus au sein de la politique d'autorisation des accès au système d'information du CH de Villeneuve-sur-Lot procèdent de la loi n° 2002-303 du mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du Règlement Général de la Protection des Données (RGPD, Art. 6 et 9) et du Code de la Santé Publique (Art. L.1111-8), qui consacrent le partage de l'information par l'équipe de soins. Dès lors, le dossier médical d'un patient hospitalisé dans l'établissement est accessible aux équipes soignantes au sens de l'article L.1110-12 du code de la santé publique, qui concourent à la prise en charge de ce patient à condition que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social et que cet échange ait lieu dans le périmètre de leurs missions respectives. Seuls les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge directe du patient sont autorisés à consulter ou à accéder aux données de santé de ce patient. Toute consultation ou utilisation de données non justifiée par la prise en charge du patient est formellement prohibée et sanctionnable.

Les données contenues dans les dossiers médicaux informatisés sont strictement couvertes par le respect de la vie privée du patient (article L.1110-4, R.4127-4, R.4314-3 du code de la santé publique).

Les informations concernant les patients sont susceptibles d'être hébergées informatiquement chez un hébergeur de données agréé à cet effet par le ministre chargé de la santé dans le cadre du décret du 4 janvier 2006. Le dossier médical est conservé, conformément au code de la santé publique, pendant une période de vingt ans à compter de la date de la dernière venue, ou au moins jusqu'au vingt-huitième anniversaire du patient, ou pendant dix ans à compter de la date de décès. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, et d'un droit à définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au délégué à la protection des données ou au service d'accès au dossier patient du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Article 19.3 – Le Délégué à la protection des données (DPO)

Dans le cadre de l'application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le centre hospitalier a mis en place un délégué à la protection des données, désigné par le Directeur et consulté pour tout nouveau traitement de données à caractère personnel (RGPD Art. 35).

Le délégué agit d'une manière indépendante et bénéficie d'une protection suffisante dans l'exercice de ses missions par l'établissement. Le délégué à la protection des données est principalement chargé :

- D'informer et de conseiller le responsable de traitement des données informatiques / papiers (et les sous-traitants), ainsi que leurs employés ;
- De contrôler le respect du règlement et du droit national et européen en matière de protection des données ;
- De conseiller le CH de Villeneuve-sur-Lot sur la réalisation d'une analyse d'impact relative à la protection des données et d'en vérifier l'exécution, pour chaque traitement de données mis en œuvre ;
- De coopérer avec l'autorité de contrôle, la CNIL, et d'être le point de contact de celle-ci.

En cas de difficulté dans l'exercice des droits concernant la collecte, conservation et transmission de leurs données personnelles, les patients peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données du CH de Villeneuve-sur-Lot à l'adresse suivante : dpo@ght47.fr

Le patient dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Article 20 – Dispositions particulières aux EHPAD et USLD

Le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot compte :

- Une Unité de Soins Longue Durée (USLD), située au sein même du Pôle de Santé du Villeneuvois (PSV) ;
- Un EHPAD et un SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) situés sur le site de Gajac en centre-ville.

Les EHPAD accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie, à partir de 60 ans (sauf dérogation), qui ne veulent ou ne peuvent plus rester à domicile, y compris celles atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou troubles apparentés.

L'USLD accueille des personnes âgées, à partir de 60 ans (sauf dérogation), ayant perdu leur autonomie et/ou porteuses de pathologies chroniques, dont l'état de santé nécessite une vigilance sanitaire plus importante.

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET AUX USAGERS

Section 1 : Droits des patients

Article 21 – Droit à l'information

Article 21.1 – Information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des professionnels médicaux et de la qualité des personnels paramédicaux et administratifs appelés à leur donner des soins (badges).

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

Les patients sont informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux peuvent entraîner.

L'hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille, conformément aux principes énoncés dans le présent règlement.

Article 21.2 – Personne à prévenir

Dès son admission au CH de Villeneuve-sur-Lot, le patient est invité à désigner une personne à prévenir en tant que de besoin.

Article 21.3 – Personne de confiance

Pendant le séjour, la personne hospitalisée majeure peut désigner une personne de son entourage en qui elle a toute confiance, pour l'accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre. Cette personne, que l'établissement considérera comme la « personne de confiance », pourra assister aux entretiens médicaux et l'aider à formuler ses souhaits. Elle peut être distincte de la personne à prévenir.

Si son état de santé ne lui permettait pas pendant une période de son hospitalisation de faire connaître aux personnes qui la soignent son avis ou les décisions qu'elle souhaite prendre pour ses soins, la personne de confiance sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur sa façon de voir les choses. Le CH de Villeneuve-sur-Lot met à disposition des patients et des professionnels des documents d'information détaillant ce sujet dans le livret d'accueil.

S'agissant d'une personne de confiance désignée lors d'une entrée dans un EHPAD, cette dernière a un rôle d'accompagnement en aidant le résident à la prise de décisions et à la compréhension de ses droits. Contrairement à la personne de confiance du domaine sanitaire, elle ne joue pas le rôle de référent lorsque le résident n'est plus en état d'exprimer sa volonté ou se trouve en fin de vie.

Par ailleurs, le médecin tiendra systématiquement compte des directives anticipées que le patient / résident aura, le cas échéant, rédigées au cas où serait envisagé une limitation ou un arrêt de son traitement.

Article 21.4 – Dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions de l'article R.1112-2 du Code de la Santé publique. Le cas échéant, un dossier peut être constitué pour un malade reçu en consultation externe au sein de l'hôpital.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières et font l'objet d'une protection renforcée. (CSP Art. R.1112-7; RGPD Art. 32). Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du malade conformément aux règles du présent règlement.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les chefs de service ou responsables de service communiquent, ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin conseil de la sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Article 21.5 – Communication du dossier médical du patient

A sa sortie d'hospitalisation, toute personne peut accéder à son dossier médical, « *directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne, et en obtenir communication au plus tard dans les huit jours [ou deux mois si la demande est complexe et après accord de la CNIL (RGPD Art. 12.3)] suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé* ». Le médecin qui fournit le dossier médical peut, par précaution, recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations. Le refus par le patient de la présence de cette tierce personne « *ne fait pas obstacle à la communication de ces informations* ».

La demande de dossier médical doit être faite par courrier à l'attention du directeur du CH de Villeneuve-sur-Lot ou par e-mail à l'adresse suivante : secretariat.dg@poledesanteduvilleneuvois.fr.

Le jour de la sortie du patient, les pièces du dossier médical, ainsi que toutes les autres pièces jugées nécessaires sont remises au patient et adressées au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Ces documents sont transmis dans le dossier informatisé du patient dans Mon Espace Santé si le patient a créé son dossier auprès de la CPAM. Des doubles de ces mêmes documents sont établis et demeurent dans le dossier du patient du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Ces transmissions sont effectuées dans des conditions permettant d'assurer la continuité des soins.

Article 21.6 – Relations avec les familles

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles. En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – sont communiquées uniquement à la personne de confiance.

Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille.

Article 21.7 – Les directives anticipées

Toute personne majeure est incitée à rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées informent sur les souhaits des personnes relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment et sont retranscrites dans le dossier informatisé du patient.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un modèle de rédaction est proposé par l'établissement mais le patient peut utiliser d'autres formulaires ou rédiger ses directives anticipées sur papier libre. Les directives anticipées sont intégrées informatiquement au dossier médical du patient. Le patient peut également rédiger ses directives anticipées dans son Espace Santé.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle avec représentation relative à la personne, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Article 21.8 – Secret de l'hospitalisation

À l'exception des mineurs, soumis à l'autorité parentale, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée à des tiers sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé.

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

Article 21.9 – Traitements informatiques

À l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein de l'hôpital, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements informatisés sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers : bureau des admissions et des frais de séjour, services médicaux et médico-techniques, etc.

L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations; les personnels en assurent la stricte confidentialité conformément aux dispositions du présent règlement.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le malade, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. Les dispositions principales de cette loi sont affichées dans les services accessibles aux patients.

Les informations à caractère médical peuvent être communiquées au patient ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il aura désigné à cet effet. Toutefois, les héritiers d'un patient décédé peuvent consulter le dossier, sauf volonté contraire exprimé de son vivant par le patient. Les héritiers doivent motiver leur demande étant entendu que le droit d'accès est limité aux informations nécessaires à l'établissement des causes du décès, à la défense de sa mémoire ou pour faire valoir les droits des héritiers.

Le patient dispose d'un droit d'accès aux informations le concernant, afin d'en vérifier l'exactitude et, le cas échéant, afin de les rectifier, de les compléter ou de les mettre à jour. Le patient bénéficie également d'un droit d'opposition et d'un droit d'effacement de ces données pour des motifs légitimes et demander leur portabilité.

Le patient peut avoir accès aux informations contenues dans son dossier administratif sur simple demande. Il est également possible d'accéder aux informations médicales le concernant en rédigeant une demande écrite adressée à Monsieur le Directeur avec la photocopie d'une pièce d'identité.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives est placé sous la responsabilité du délégué à la protection des données joignable par courriel : dpo@ght47.fr.

Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser à la direction de l'hôpital.

Le patient dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr) à l'adresse suivante :

Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)
3 place de Fontenoy
75007 PARIS

Article 21.10 Réclamations et voies de recours

Le patient ou ses ayants droit peuvent faire part directement au directeur de l'hôpital de leurs observations, celui-ci, en sa qualité de représentant légal de l'établissement, est le seul habilité à recevoir les plaintes et les réclamations.

Tout usager de l'établissement peut exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au directeur, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai. Le directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Tout usager peut demander à rencontrer un représentant de la Direction des relations avec les usagers ou s'adresser au secrétariat de la Direction générale, pour recueillir sa plainte ou sa réclamation. Chaque plainte enregistrée auprès du secrétariat de direction sera automatiquement transmise aux représentants de la CDU pour étude.

Si l'usager ou ses ayants droit estime avoir subi un préjudice dans le cadre de sa prise en charge par l'hôpital, il peut saisir le directeur de l'hôpital d'une réclamation en vue d'obtenir réparation. Le directeur est tenu de lui faire connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes ainsi que la possibilité d'une médiation.

Article 21.11 Médiateurs

Un médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le directeur de l'hôpital parmi les médecins exerçant ou ayant exercé au sein du centre hospitalier ou, à défaut, parmi les médecins visés à l'article R.1112-82 du code de la santé publique.

Les plaintes ou réclamations reçues au sein de l'hôpital qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical sont communiquées au médiateur médecin. Les plaintes ou réclamations étrangères à ces questions sont communiquées au médiateur non médecin. Les plaintes ou réclamations qui portent sur des questions médicales et des questions non médicales sont communiquées conjointement au médiateur médecin et au médiateur non médecin.

Le médiateur rencontre le patient, lorsque ce dernier en fait la demande. Il peut également rencontrer ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à leur demande. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, le médiateur médecin demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

Le médiateur rend compte de son action au président de la commission des usagers.

Article 21.12 Commission des usagers

Une commission des usagers est instituée au sein de l'hôpital. Cette commission est chargée :

- De veiller au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches ;

- De contribuer, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Cette commission est composée comme suit :

- Le directeur ou son représentant ;
- Le médiateur médecin et son suppléant ;
- Le médiateur non médecin et son suppléant ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants ;
- Un représentant de la CSIRMT et son suppléant ;
- Un représentant du personnel et son suppléant ;
- Un représentant du Conseil de surveillance et son suppléant.

Elle participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement.

Elle recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre.

Elle formule des recommandations destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers et également en matière de formation des personnels.

La commission veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. Elle facilite également les démarches des usagers et veille à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes.

La commission des usagers rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel. L'ensemble des données doivent être anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, ce rapport est transmis au conseil de surveillance pour avis. Il est également transmis à l'agence régionale de santé et à la conférence Régionale de la santé et de l'autonomie.

Une information sur le rôle et le fonctionnement de la Commission est contenue dans le livret d'accueil du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot

Article 21.13 Recueil et suivi de l'expression des usagers

La satisfaction des usagers est une priorité pour le centre hospitalier de Villeneuve-sur-Lot. A ce titre, l'établissement encourage les patients à donner leur adresse électronique lors de leur admission afin de répondre au questionnaire national e-SATIS, qu'ils recevront par mail après leur hospitalisation en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) pour des séjours de plus de 48h, pour les patients venus en chirurgie ambulatoire et pour les patients hospitalisés en services de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

Le dispositif national e-SATIS permet la production d'indicateurs de résultats, communs à tous les établissements de santé français, issus d'une évaluation du service rendu du point de vue des patients. Les résultats annuels sont publiés et affichés dans l'établissement, ils alimentent l'évolution du plan d'actions qualité du CH de Villeneuve-sur-Lot. Le Directeur communique périodiquement le bilan de la démarche qualité, qui prend en compte la satisfaction des patients, au conseil de surveillance, à la commission médicale d'établissement et au comité social d'établissement.

Par ailleurs, des questionnaires d'expression des usagers sont proposés dans certains services hospitaliers afin de recueillir leur satisfaction.

Article 22 – Consentement aux soins

Article 22.1 – Consentement éclairé

Sauf disposition légale spécifique pour certains actes, tels que le dépistage des maladies contagieuses, les prélèvements, les recherches biomédicales, aucun acte ou traitement médical ne peut être entrepris sans que le malade en ait été préalablement et précisément informé et ait donné son consentement libre et éclairé, spécifique et révocable (RGPD Art. 6, 7, 9).

Concernant les patients hors d'état de s'exprimer

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation invasive ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

La limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision pluriprofessionnelle motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Concernant les mineurs

Le consentement est en principe délivré par les titulaires de l'autorité parentale, sous réserve des dispositions contraires du code de la santé publique. Toutefois, le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans ce cadre, le médecin lui délivre une information portant sur son état de santé en fonction de son âge et de son degré de maturité, et il est tenu de prendre en compte son avis dans la mesure du possible.

Dans le cas où le mineur s'oppose aux soins alors que ses parents y sont favorables, le consentement des titulaires de l'autorité parentale est prépondérant.

Par ailleurs, le mineur émancipé par une décision de justice ou en situation de rupture familiale bénéficiant à titre personnel de la couverture maladie universelle a le droit de consentir seul aux soins.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables. Il n'est pas alors nécessaire de saisir un juge avant de mettre en œuvre les soins, s'il estime que le refus de soins exprimé par les titulaires de l'autorité parentale est injustifié.

En revanche, si les parents décident de quitter le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot avec leur enfant et que des soins sont absolument nécessaires, le médecin responsable du service peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Concernant le majeur sous tutelle

Le consentement de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection.

Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Article 22.2 – Refus de soins

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

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

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

Cas particulier des patients en fin de vie qui ne peuvent exprimer leur consentement

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Cependant, lorsque le patient est en fin de vie et qu'il ne peut exprimer son consentement, la procédure prévue par le code de la santé publique sera mise en œuvre, à l'issue de laquelle le médecin référent pourra décider de la limitation ou de l'arrêt des traitements.

En cas de directives anticipées, leur contenu s'impose au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

A défaut de directives anticipées, le médecin doit recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, la famille ou, à défaut, des proches, le témoignage de la volonté exprimée par le patient. Une fois cet avis recueilli, le médecin met en place la procédure de collégialité définie par l'article R.4127-37-2 du code de la santé publique.

A la suite de la consultation de la personne de confiance (ou à défaut de la famille ou des proches) et à l'issue de la procédure collégiale, le médecin prend ou non une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives et en informe la personne de confiance (ou à défaut de la famille ou des proches).

La décision motivée est inscrite dans le dossier médical.

Article 22.3 – Consentement aux interventions médicales pour les mineurs et les majeurs protégés

Si, lors de l'admission d'un mineur ou d'un majeur protégé, 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 représentant légal en raison de leur éloignement ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent dès l'admission du mineur ou du majeur protégé, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou représentant légal sont 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 ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence prévus au présent règlement.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du malade risquent d'être compromises par le refus de son représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin référent du

malade peut saisir le procureur de la République, afin de provoquer les mesures d'assistance lui permettant de dispenser les soins qui s'imposent.

Article 22.4 Interventions médicales d'urgence sur les mineurs et les majeurs protégés

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre la personne investie du droit de garde ou de refus de la part de cette dernière de signer l'autorisation d'anesthésier, d'opérer ou de pratiquer un examen fonctionnel ou une transfusion sanguine, il peut cependant être procédé à ces interventions dans les conditions suivantes :

- Le chef de service ou responsable de service ou, à défaut, le praticien ayant la responsabilité temporaire du service qui a constaté l'urgence et a décidé l'intervention doit l'assurer personnellement;
- La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance du représentant légal. Elle est conservée dans le dossier médical du mineur ou du majeur protégé.

Le médecin porte la mention « nécessité d'intervenir en urgence » dans le dossier du patient, en précisant la date et l'heure. Le directeur certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le représentant légal, en précisant la date et l'heure, ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

Section 2 : Accueil et prise en charge des patients

Article 23 – Dispositions générales

Le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot accueille toutes les personnes ayant besoin de soins, sans distinction d'origine, de sexe, de condition sociale et familiale, d'opinions politiques, de religion, sans préjuger de leur handicap.

Le centre hospitalier s'engage à prendre en charge les patients en situation de handicap, quel que soit le type de handicap, en permettant un accueil facilité par le référent handicap institutionnel : organisation du parcours en amont, aménagement de l'hôpital, reconnaissance de la place de l'aidant. L'établissement a signé la charte Romain Jacob, relative à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en France.

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge, et le praticien qui la prend en charge. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève le patient, dans les limites imposées par les situations d'urgence, par l'organisation du service, et par les disponibilités en lits de l'établissement.

Le personnel de l'hôpital donne aux usagers, patients et accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein de l'hôpital un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot.

Article 24 – Admission des patients

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

L'hôpital est ouvert 24h/24, 7j/7 pour l'accueil des patients malades, blessés et des parturientes soit par l'intermédiaire d'un service d'urgence, soit par admission directe.

Des consultations externes dans les différentes spécialités sont également organisées.

Article 24.1 – Documents à fournir au moment de l'admission

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

À cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des admissions :

- Sa carte d'assuré social, permettant de présumer l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie,
- Le cas échéant, sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (pour les ressortissants des pays membres de la Communauté Européenne et de la Suisse), ou sa carte de séjour et sa prise en charge de l'organisme d'assurance (pour les autres ressortissants étrangers),
- Une pièce d'identité (carte nationale d'identité, carte de séjour, passeport, livret de famille pour les mineurs)
- Le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier.

Le Centre Hospitalier a mis en place en conséquence une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Si le malade ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance maladie dont il relève. Une assistante sociale peut aider le patient dans ses démarches pour acquérir ou rétablir une couverture sociale.

Si le malade n'est pas assuré social, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Article 24.2 – Différents types d'admission

Admission en urgences

Le CH de Villeneuve-sur-Lot dispose d'un service d'accueil et de traitement des urgences pouvant accueillir 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence. Une régulation préalable de l'accès au service par le Centre 15 est mise en place de 18h à 8h 365 jours par an afin d'éviter l'engorgement du service. Un patient qui se présente après 18h dans le sas d'entrée du service est mis en relation avec le Centre 15 par un portier.

Le directeur prend toutes mesures, si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, pour que ces soins urgents soient assurés au sein du Centre Hospitalier, sous la responsabilité directe d'un médecin.

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

Que le malade ait été conduit au sein de l'établissement par le SAMU, les pompiers, la police ou par tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du Directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

Le Centre Hospitalier est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc peut être déclenché par le directeur, qui en informe sans délai le préfet de département, ou à la demande de ce dernier.

Dans le cadre d'un dispositif de niveau départemental, dénommé plan blanc élargi, si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, le préfet de département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et de tout établissement ou établissement de santé ou établissement médico-social.

Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation :

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence, sur présentation d'un certificat médical ou d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressé au médecin du service hospitalier après concertation avec ce dernier. Il y est mentionné la nécessité du traitement hospitalier et les divers renseignements d'ordre médical utiles au diagnostic et au traitement, il peut y être indiqué la discipline dans laquelle l'intéressé doit être admis. Cette admission peut être immédiate ou programmée.

Admission programmée :

L'admission est programmée avec avis d'un médecin du service. Cette modalité d'admission a l'avantage de fluidifier le parcours du malade et de faciliter l'organisation de l'hospitalisation.

Afin d'organiser sa préadmission, le malade est invité à se rendre au bureau des admissions de l'hôpital.

Admission directe :

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

Article 25 - Les biens et valeurs des patients

Dans les cas où le malade est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets de valeur dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, puis signé sans délai par un agent de l'hôpital habilité à le faire et par le malade ou son accompagnant ou, à défaut, par un témoin.

L'inventaire est ensuite consigné dans le dossier informatisé du patient.

Hors les cas d'hospitalisation en urgence, lors de son admission, le patient est invité à ne pas apporter d'objet de valeur et par défaut d'effectuer le dépôt des biens de valeur en sa possession. Ces biens sont détaillés sur une fiche nominative d'inventaire des valeurs des patients.

Les dépôts volontaires de sommes d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur peuvent être effectués auprès de la Régie de recettes du bureau des entrées. L'argent liquide, les chèques, cartes bancaires et objets précieux sont transmis à la Trésorerie Hospitalière, sous 24 heures. Le centre hospitalier est responsable de plein droit de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par le code de la santé publique. Cependant, le Centre Hospitalier ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus. La responsabilité du Centre Hospitalier n'est pas non plus engagée lorsque le bien a disparu ou s'est détérioré à raison de sa nature ou d'un vice interne, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les objets courants (biens de faible valeur, carte d'identité, carte de sécurité sociale, clé...) restent sous la responsabilité du patient si celui-ci est capable. Dans le cas contraire, il est invité les faire retourner à son domicile. A défaut, les biens sont conservés dans le service de soins et restitués à la sortie du patient.

Restitution des biens et valeurs du patient :

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par le régisseur de recettes (si non déposés à la trésorerie car sortie dans les 24h) soit par la Trésorerie Hospitalière, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité lorsque la restitution est faite au déposant. Le patient peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Cas particulier du dépôt de biens d'un patient décédé :

Les biens du patient décédé font l'objet d'un inventaire contradictoire. Il est réalisé par un agent du service et un proche du défunt, ou en l'absence de celui-ci, par deux agents du service. Aucune valeur ne peut être remise à un membre de la famille ou à un proche du défunt. Elle est transmise à la Trésorerie Hospitalière. Les objets courants de faible valeur peuvent quant à eux être restitués aux ayants droits sur présentation d'une pièce d'identité, du livret de famille et de l'acte de décès.

Article 26 – Cas particuliers des groupements de coopération sanitaire

Afin d'augmenter son attractivité médicale et/ou optimiser l'organisation et le fonctionnement d'une activité, le centre hospitalier a recours à la formule de groupement de coopération sanitaire (GCS) pour certains secteurs d'activités cliniques et/ou médico-techniques.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot est membre fondateur du GCS « Pôle de Santé du Villeneuvois » (GCS PSV), groupement de coopération sanitaire de moyens de droit privé. Ce GCS permet de réaliser des prestations médicales croisées entre les deux structures et de gérer des fonctions support communes. Le GCS PSV exploite ses propres autorisations d'activité de soins sur le champ de la chirurgie et des soins intensifs polyvalents.

Pour la biologie médicale, le GCS HOSPILAB 47 exploite le laboratoire de biologie médicale commun au CHAN, au CH de Villeneuve-sur-Lot et au Pôle de Santé de la Vallée du Lot, qui en sont les membres fondateurs. Le GCS permet la mise en commun des compétences et des moyens matériels. Les usagers du laboratoire de biologie sont des usagers du service public.

Pour ce qui concerne l'imagerie médicale, un GCS a été créé avec des praticiens libéraux pour prendre en charge les patients et usagers du service public hospitalier dans les disciplines pour lesquelles ils sont compétents, sans conséquence financière pour les usagers.

Les GCS susnommés sont régis par des règlements intérieurs propres, qui respectent les dispositions du présent règlement intérieur du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot pourra recourir à cette formule de GCS pour d'autres activités si nécessaire.

Article 27 – Dispositions spécifiques aux admissions en hospitalisation

Article 27.1 – Cas particuliers des personnes détenues

Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier.

Les prévenus et détenus admis au Centre Hospitalier sont considérés comme continuant à subir leur peine, ou s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire.

Des droits fondamentaux leur sont garantis (notamment l'obligation du consentement préalable aux soins, le droit à la communication du dossier médical) mais des restrictions sont apportées à leur liberté individuelle (absence de libre choix du praticien, droit très limité aux visites...).

Admission des personnes gardées à vue et détenus

Les détenus et prévenus malades ou blessés qui ne peuvent, en raison de leur état de santé, être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé, sont admis au sein du CHAN, dans des locaux spécialement aménagés à cet effet.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle.

En cas d'hospitalisation supérieure à 72h, le patient relève de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

Les détenus et prévenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans le Centre Hospitalier.

Surveillance des malades gardés à vue et détenus

Dans tous les cas, la personne concernée doit faire l'objet d'une surveillance par les personnels de l'administration pénitentiaire, de la police ou de la gendarmerie, dans le respect de la confidentialité des soins et sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients.

En aucun cas, le personnel de sécurité du Centre Hospitalier n'est amené à y participer.

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes.

Article 27.2 – Cas particuliers des mineurs

Lorsqu'un mineur se présente seul en secteur de consultation au CH de Villeneuve-sur-Lot il est pris en charge à la condition exclusive qu'il s'agisse d'une urgence médicale ou d'un patient régulièrement suivi par le service dans lequel il se trouve ou que le rendez-vous ait été préalablement pris par un représentant légal ou qu'il s'agisse de soins dans le secret tels que prévus par la réglementation (articles L1111-5 et suivants du code de la santé publique notamment).

Si le mineur n'entre pas dans les cas cités précédemment, les titulaires de l'autorité parentale doivent être prévenus de sa présence au sein de l'établissement. Si le mineur refuse de donner son identité, les services de police doivent être contactés.

S'agissant d'un mineur non accompagné de nationalité étrangère, qui se trouve sur le territoire français sans être accompagné d'un adulte responsable et qui est privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, sa situation relève du service de l'aide sociale à l'enfance. Il faut donc s'assurer que le mineur a intégré le dispositif départemental d'accompagnement et de protection des mineurs non accompagnés, auprès du service de l'aide sociale à l'enfance. Lors de son admission au sein de l'établissement de santé, le mineur doit en principe être accompagné par un professionnel de cette structure.

Les mineurs de moins de 16 ans ne peuvent en principe être admis dans les services de soins adultes dès lors qu'il existe au Centre Hospitalier Agen Nérac un service de pédiatrie susceptible de l'accueillir. Des dérogations peuvent toutefois être exceptionnellement accordées par le Directeur après avis des médecins responsables des services concernés.

Les personnes ayant l'autorité parentale ou la représentation légale doivent être informées de l'admission dans les meilleurs délais, sauf opposition expresse du mineur exprimée conformément aux dispositions des articles L1111-5, L1111-5-1 et L6211-3-1 du code de la santé publique.

Article 27.3 – Cas particuliers des admissions sous identité protégée

Si le patient le souhaite, il peut demander au bureau des entrées et aux professionnels de santé du service où il est admis, que son identité et / ou sa présence ne soit pas révélée pendant son séjour dans l'établissement vis à vis des tiers. Il est alors admis sous identité protégée. Ceci implique de ne pas indiquer les coordonnées relatives à la localisation du patient dans une chambre de l'hôpital. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement sur réquisition des services judiciaires.

Cette disposition ne s'applique pas aux mineurs soumis à l'autorité parentale, aux militaires et aux détenus.

Les mineurs peuvent cependant être admis ou placés sous identité protégée par décision judiciaire.

Dans cette hypothèse, le dossier d'admission du patient est normalement constitué mais une mention relative à cette demande est inscrite dans celui-ci.

Section 3 : Les conditions de séjour

Article 28 – Règles générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité. Le malade doit ainsi s'astreindre à respecter une certaine discipline, qui s'exerce dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres malades.

Les malades doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service. Ils doivent observer une stricte hygiène corporelle. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte de l'hôpital. Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade. En cas de faits graves et caractérisés, le CH de Villeneuve-sur-Lot se réserve le droit d'engager, en lien avec le Parquet des poursuites judiciaires au plan pénal.

Les malades peuvent se déplacer librement au sein de l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier, à l'exception des possibles restrictions de déplacements (patients détenus, patients mineurs, malades en isolement).

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients. Ils doivent s'abstenir dans toute la mesure du possible de tout déplacement dans la nuit hors du service. Cet horaire peut être adapté aux impératifs de chaque service.

Selon la législation en vigueur, il est formellement interdit de fumer ou devapoter dans l'établissement. Une signalétique apparente rappelle cette interdiction dans l'ensemble des locaux et couverts de l'établissement. Des espaces fumeurs sont signalés aux abords immédiats des bâtiments.

Les cadres de santé sont à la disposition des patients et de leurs proches pour coordonner la prise en charge, donner des renseignements et de manière plus générale s'assurer du bon déroulement du séjour hospitalier.

Les principes de neutralité et de laïcité s'appliquent au sein du centre hospitalier. Toute forme de prosélytisme ou de manifestation à caractère politique est interdite.

Article 29 – Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés.

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

L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients. Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Article 30 – Exercice des cultes

La liberté de conscience et le respect des pratiques religieuses sont des règles fondamentales. Elles s'exercent dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que leur exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.

Les patients hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée aux cadres soignants, la visite du ministre du culte de leur choix, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité et d'hygiène.

Le personnel du centre hospitalier est mixte. Il est possible que pour raison de service, le CH de Villeneuve-sur-Lot ne puisse répondre à la sollicitation d'un patient d'une prise en charge réalisée par une personne du même sexe que lui.

La loi du 11 octobre 2010 interdit la dissimulation du visage dans l'espace public. Cette dissimulation est punie d'une amende accompagnée ou non d'un stage de citoyenneté.

La loi prévoit plusieurs exceptions à l'interdiction : si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires, si elle est justifiée pour des raisons de santé ou des motifs professionnels.

Article 31 – Exercice des droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein de l'établissement leur droit de vote par procuration. Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du centre hospitalier, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

Article 32 – Exercice du droit de visite

Article 32.1 – Modalités du droit de visite

Les visites aux hospitalisés ont lieu en règle générale tous les jours l'après-midi, selon des horaires définis dans les services et portés à la connaissance des familles par voie d'affichage à l'entrée des unités de soins concernées. Des dérogations aux horaires de visite peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service. Les visiteurs doivent respecter les règles d'hygiène spécifiques, dans les services hospitaliers qui l'exigent, tel le port de vêtement de protection. Les visiteurs sont incités à utiliser les solutés hydro alcooliques mis à leur disposition dans les parties communes et dans les chambres des malades.

Les patients peuvent demander aux membres de l'équipe soignante de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

La visite des malades dans les services d'hospitalisation est par ailleurs vivement déconseillée aux enfants de moins de douze ans.

Article 32.2 – Comportement des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services. Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres des patients des boissons alcoolisées ou des produits toxiques de quelque nature qu'ils soient.

Il est interdit de fumer ou devapoter dans les locaux hospitaliers. Cette interdiction s'étend à l'usage de la cigarette électronique / vapoteuse / e-cigarette ou tout dispositif similaire, conformément à l'article L. 3511-7 du Code de Santé Publique.

Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin chef du service.

Dans le but de préserver la sécurité des usagers et de ne pas gêner le fonctionnement des services, aucune personne ou institution étrangère au service, autres que les patients ou proches des malades, ne peut effectuer la visite d'un service ou d'un établissement du CH de Villeneuve-sur-Lot sans l'autorisation préalable du Directeur qui sollicite, si besoin, l'avis du ou des Chefs de Service concernés. Les visites à des fins politiques seront refusées.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients, sauf accord de ceux-ci et des Chefs de Service et après autorisation du Directeur. 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.

Les associations et organismes qui envoient auprès des patients des visiteurs bénévoles doivent préalablement obtenir l'autorisation du Directeur et lui fournir une liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'hôpital. L'accès aux patients est subordonné à la signature d'une convention. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les bénévoles, formés à l'accompagnement des malades et appartenant à une association ayant passé une convention avec l'établissement, doivent recevoir l'accord de la personne malade, ou à défaut de ses proches, avant d'apporter leur concours à l'équipe de soins. Ils ne doivent pas interférer dans la pratique des soins médicaux et paramédicaux.

De manière générale, les patients peuvent demander au Cadre soignant du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur ou son représentant, après avis du responsable médical de l'unité de soins correspondante.

Article 32.3 – Les animaux au Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot

Sans préjudice des activités de médiation animale organisées par l'établissement, les animaux ne sont pas autorisés dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites de l'hôpital.

Seuls les chiens guides d'aveugles peuvent accompagner leur maître jusqu'aux halls d'accueil, lorsque celui-ci vient pour des soins. Des dérogations peuvent être accordées en fonction du service (unité de soins palliatifs par exemple) ou du malade.

Article 33 – Le service des repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage. Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé aux patients.

Un repas peut être servi aux visiteurs, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire

« visiteur » fixé chaque année par le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot, en fonction du coût réel des prestations fournies.

D'autres possibilités de restauration des visiteurs peuvent exister au sein des différents sites du centre hospitalier (cafétéria, distributeurs automatiques ...).

Article 34 – Services divers

Article 34.1 – Les moyens de communication : courrier, téléphone, mobiles et objets connectés

Le vaguemestre du CH de Villeneuve-sur-Lot est à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales. La collecte et la distribution du courrier ordinaire sont organisées chaque jour au sein du service.

Les hospitalisés ont la possibilité de souscrire un abonnement pour l'usage d'un appareil téléphonique dans leur chambre. Ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Afin de ne pas perturber la tranquillité des usagers, de leurs familles et des professionnels, et le bon déroulement des soins, les téléphones portables ou objets connectés sont interdits d'usage dans les zones et unités de soins sensibles. Dans les autres lieux, les usagers et les visiteurs peuvent utiliser leurs téléphones portables ou objets connectés, sous réserve de discrétion.

Les professionnels du CH de Villeneuve-sur-Lot ou des sociétés extérieures amenées à travailler dans l'enceinte de l'établissement ont la possibilité d'utiliser leurs téléphones portables ou objets connectés sous réserve de discrétion et de confidentialité, et dans le respect du bon fonctionnement du service. En cas de non-respect de cette prescription, l'usage du téléphone mobile ou objet connecté pourra être restreint.

La responsabilité du CH ne peut pas être engagée en cas de perte ou vol lorsque les patients conservent personnellement leur téléphone ou ordinateur portable et tout autre matériel électronique ou informatique, sauf en cas de faute de l'établissement ou de ses préposés.

Article 34.2 – Les appareils de télévision, de radio, les ordinateurs, les tablettes et objets connectés

Les appareils de télévision personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement. La location des postes de télévision installés dans les chambres est gérée par un prestataire choisi par l'établissement et soumise à facturation.

En aucun cas, les récepteurs de télévision, de radio, ou tout autre appareil sonore, ne doivent gêner le repos des patients.

Un accès wifi est proposé par l'établissement sur ses différents sites. Le propriétaire de l'appareil en assure dès lors l'entière responsabilité.

Dans tous les cas, l'utilisateur doit se conformer aux principes énoncés dans le règlement d'utilisation des moyens informatiques du CH de Villeneuve-sur-Lot et de la charte d'utilisation des moyens loués par le patient auprès du titulaire de la convention.

Accès Internet

La conservation des « données de trafic » (informations techniques générées par l'utilisation des réseaux de communications) liée à l'usage de l'accès Internet du CH de Villeneuve-sur-Lot est réalisée dans les conditions suivantes :

- Pour les patients : les « données de trafic » sont conservées par la Direction des Systèmes d'Information dans le respect de la réglementation en vigueur.

Article 35 - Prise de vue et utilisation de l'image

Le respect de l'image et de l'intimité s'applique à tous : aux patients, aux proches, aux usagers, aux visiteurs et aux équipes de soins. Il est formellement interdit de filmer, de photographier ou d'enregistrer au sein du CH de Villeneuve-sur-Lot, à l'exception d'images strictement personnelles où aucun élément (visuel ou légende) ne permet de reconnaître le CH, d'autres patients, des visiteurs ou des personnels de l'établissement. Toute diffusion d'images identifiables nécessite un consentement écrit, spécifique et révocable, et le droit à l'oubli s'applique. (RGPD Art. 9, 17).

De ce fait, la diffusion d'informations et de photos relevant de l'activité du CH de Villeneuve-sur-Lot, de ses équipes et de ses patients sur les réseaux sociaux et autres médias est soumise à l'autorisation de la Direction. En cas de non-respect de cette disposition, des poursuites pour atteinte à la vie privée ou à l'image du CH de Villeneuve-sur-Lot peuvent être envisagées.

Dans le cadre de son activité, le centre hospitalier peut conduire des actions de communication interne et externe. Toute personne est en droit de refuser d'être photographiée ou filmée.

En cas d'accord, toute personne ou son représentant légal doit préalablement, à la captation ou à la diffusion de son image, donner son consentement par écrit. Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion. Par ailleurs, les personnes devant obtenir ce consentement sont invitées à contacter la Direction des Relations avec les Usagers pour retirer un document-type d'autorisation de droit à l'image.

Le stockage d'images et notamment la prise d'image de la personne à finalité médicale, doit respecter la législation. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la CNIL.

Article 36 – Les stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et les professionnels au sein du CH de Villeneuve-sur-Lot doivent obligatoirement faire l'objet d'une convention signée, entre ce dernier et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire, avant l'entrée en stage.

Les stagiaires de moins de 18 ans ne sont pas autorisés à intervenir auprès des patients.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage. Les obligations de secret et de discrétion professionnels leur sont, entre autres, opposables.

Article 37 – Les bénévoles - Les associations de bénévoles

L'hôpital facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement de l'hôpital et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du CH de Villeneuve-sur-Lot doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec lui une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent également lui fournir la liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'établissement. Les visiteurs doivent porter un badge indiquant leur identité et leur qualité.

Les bénévoles intervenant au sein de l'hôpital et de ses EHPAD, au titre des diverses associations de visite et d'aide aux patients, sont tenus au respect du présent règlement intérieur, à l'obligation de secret et de discrétion professionnels et au respect de la dignité et de l'intégrité de la personne soignée notamment. En cas de non-observance de ces obligations, le Directeur ou son représentant peut prononcer l'exclusion de l'intervenant extérieur.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du patient et en confortant l'environnement psychologique et social du patient et de son entourage.

Article 38 – Le service social

Article 38.1 – Les missions du service social

Dans le cadre de la mission du service social, les assistants sociaux ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales et médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux. Certains d'entre eux exercent les mêmes fonctions au bénéfice des personnels de l'établissement.

La population prise en charge, suivie, accompagnée par le service social hospitalier est représentative des usagers de l'hôpital dans un grand nombre de services de soins ou de consultations. Le service social accompagne donc des patients de tous âges dans l'accès à leurs droits et l'aménagement des conditions de vie au regard de l'évolution de leur état de santé.

Les compétences distinctives du service social hospitalier sont liées à la connaissance qu'ont les assistants sociaux de l'institution hospitalière et de ses modalités de prise en charge. Personnels hospitaliers, les assistants sociaux développent des liens privilégiés avec les services de soins leur permettant de mieux approcher les pathologies et leurs répercussions sur la vie sociale des personnes soignées. Leur implication dans le processus de soins les amène à partager, avec l'accord du patient, des informations qui ne sauraient être partagées en dehors de ce cadre.

Leur action concerne :

- Les personnes hospitalisées sur l'ensemble des unités de soins ;
- Les personnes reçues lors de certaines consultations.

Article 38.2 – Modalités de recours au service social

Les assistants sociaux interviennent pour les usagers dans tous les services à activité clinique et sur un dispositif transversal, le dispositif PASS.

Le service social est à la disposition des personnes hospitalisées et de leurs familles sur l'ensemble des sites, durant les jours ouvrables du lundi au vendredi.

Article 39 – Dispositions relatives aux naissances

Les naissances ayant lieu au sein du Centre Hospitalier s de Villeneuve-sur-Lot ont déclarées par le père, la mère ou à défaut par un agent du CH de Villeneuve-sur-Lot chargé de l'état civil. Cette déclaration est effectuée, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le Directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est adressé par messagerie par un agent du CH de Villeneuve-sur-Lot à la mairie de Villeneuve-sur-Lot. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par l'établissement.

Section 3 : La sortie du patient

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin-chef ou responsable de service ou du médecin responsable des soins au patient.

Article 40 – Autorisations et formalités de sortie

Article 40.1 – Permissions de sortie

Les patients 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, soit d'une durée maximale de quarante-huit heures. Le transport de l'intéressé est à sa charge ou à celle de sa famille, sauf cas particulier prévu par la réglementation en vigueur.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin Chef de Service, par le Directeur ou son représentant.

La poursuite de la prise en charge en dehors de l'hôpital est organisée par le service où la personne est hospitalisée.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, il est considéré comme sortant (il s'agit alors d'une fugue) et ne peut être admis à nouveau dans l'établissement qu'après accomplissement des formalités d'entrée et dans la limite des places disponibles. La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Article 40.2 – Formalités de sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatif à la maladie qui a motivé l'hospitalisation. Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le CH de Villeneuve-sur-Lot tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département. Le praticien qui a adressé le patient au centre hospitalier en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée le médecin hospitalier en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Toutes dispositions sont prises le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert d'un patient vers un établissement de soins de suite et de réadaptation ou vers un établissement de soins de longue durée.

Au cas où l'usager se trouve en situation de précarité, toutes dispositions sont mises en œuvre notamment par le service social du CH de Villeneuve-sur-Lot, pour assurer ou favoriser son placement dans une structure adaptée à sa situation, pour lui apporter toute aide en vue de la résolution de ses difficultés, notamment s'il y a lieu, par la constitution d'un dossier de demande d'attribution du revenu de solidarité active ou d'un dossier de demande d'admission au bénéfice de la couverture maladie universelle de base. Les modalités de la sortie des patients sont consignées dans leur dossier.

Article 40.3 – La sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes placées sous mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle...), les patients gardés à vue ou des détenus, les patients peuvent sur leur demande quitter à tout moment le CH de Villeneuve-sur-Lot.

Si le médecin du service estime que la sortie du malade est prématurée, compte tenu de son état de santé, et présente un danger pour lui, ce dernier n'est autorisé à quitter le CH de Villeneuve-sur-Lot qu'après avoir rempli et signé une attestation établissant qu'il a eu connaissance des dangers que la sortie présentait. Lorsque le malade refuse de remplir et de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par deux agents hospitaliers.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Article 40.4 – La sortie après refus de soins

Lorsque le malade n'accepte pas les traitements prescrits, les interventions ou soins proposés, et sauf cas d'urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés, la sortie d'un patient après refus de soins ne peut être empêchée. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé par deux agents hospitaliers.

Article 40.5 – La sortie à l'insu du service (fugue)

La fugue s'entend pour les patients qui soit ne reviennent pas à l'issue d'une permission de sortie, soit qui ont quitté l'établissement à l'insu du service.

Au cas où un patient quitte le CH de Villeneuve-sur-Lot sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, de l'établissement et de ses abords immédiats.

Si le médecin estime que la sortie à l'insu du service met en danger l'intégrité physique du patient ou compromet son état de santé, des recherches sont effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par l'autorité de police contactée. Le Directeur ou son représentant est informé de la situation sans délai.

Dans tous les cas, un courrier est adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient.

Pour un mineur, la famille est immédiatement prévenue de la sortie clandestine. Si la ou les personnes exerçant l'autorité parentale signent l'attestation de sortie contre avis médical, la sortie du mineur est prononcée. A défaut, l'autorité de police est contactée en vue d'effectuer d'éventuelles recherches.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté le centre hospitalier, à minuit.

Article 40.6 - Sortie du patient par transfert dans un autre établissement

Lorsqu'un médecin constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'hôpital ou nécessitant des moyens dont l'hôpital ne dispose pas, le directeur doit 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.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ayant en charge le malade et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert

est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité du transfert du malade dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le malade doit être informé préalablement à son transfert (provisoire ou définitif) dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement, hormis les cas prévus par la loi.

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désigné lors de son admission au CH de Villeneuve-sur-Lot.

Article 40.7 – La sortie des nouveau-nés

Sous réserve des cas particuliers (prématurés, nécessité médicale, force majeure constatée par le médecin responsable), le nouveau-né quitte le CH de Villeneuve-sur-Lot en même temps que sa mère.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot est également partenaire du Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine (RPNA), réseau comprenant des professionnels médicaux et paramédicaux sur trois sites (Bordeaux, Poitiers, Limoges), et qui vise à suivre les enfants vulnérables, grands prématurés ou enfants nés à terme et ayant présenté des troubles à la naissance. Ce réseau permet d'accompagner au mieux le suivi des femmes enceintes et la prise en charge et la sortie des nouveau-nés, en cas de besoin.

Article 40.8 – La sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le Directeur ou son représentant, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

Article 40.9 – Transport en véhicule sanitaire

Si, lors de la sortie, l'état de santé du patient nécessite un transport en véhicule sanitaire ou non sanitaire, et uniquement sur prescription médicale préalable, le médecin détermine le mode de transport adapté à l'autonomie du patient (ambulance, VSL, taxi conventionné, voiture particulière...). La prise en charge des frais de transports est règlementée par l'Assurance Maladie : elle est soumise à une prescription médicale qui indique le moyen le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient. Le remboursement n'est pas systématique ; tous les transports ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, même en cas d'affection de longue durée (ALD - décret n°2011-258 du 10 mars 2011).

Dans le cas d'une permission de sortie (tolérance médicale de moins de 48h), les frais de transport ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. Le CH de Villeneuve-sur-Lot tient à disposition des patients la liste des entreprises de transport sanitaire agréées dans le département. Les frais occasionnés par le transport sont à la charge du patient ou de son organisme de prévoyance sociale.

Lorsque, pendant l'hospitalisation, le transport est effectué à la demande du CH et dans le cadre de la prise en charge médicale du malade, l'entreprise de transport est choisie par l'établissement et le transport est à sa charge.

Section 4 : Dispositions relatives aux décès

Article 41 – Attitude à suivre à l'approche du décès

Dans tous les cas de fin de vie ou d'aggravation de l'état de santé d'un patient, les médecins du CH veillent au respect des principes déontologiques relatifs à cette situation. Lorsque l'état d'un patient hospitalisé s'est aggravé et qu'il est en fin de vie, sa famille ou ses proches doivent être prévenus sans délai par un agent du CH de Villeneuve-sur-Lot dûment habilité et par tous les moyens appropriés.

Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent prendre leurs repas au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par l'établissement d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le centre hospitalier sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Article 42 – Constat du décès

Le décès est constaté par un médecin qui établit le certificat de décès défini par la réglementation. Ce document est communiqué au service mortuaire. Les décès sont inscrits sur le registre des décès. La déclaration en est transmise dans les 24 heures au bureau de l'Etat civil de la commune du lieu de décès, sauf en cas de dispositions convenues avec cette administration.

Un procès-verbal de constat de la mort attestant du décès, et plus précisément à la suite d'un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, est réalisé. Dans le cas d'un prélèvement à des fins thérapeutiques, un procès-verbal attestant du décès d'une personne assistée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique, est établi.

Le constat ou certificat de décès est établi via la déclaration informatique dédiée sur le site de l'INSERM (CertDc).

Article 43 – Annonce du décès

Les familles ou les proches doivent être prévenus, dès que possible et par tous moyens appropriés, du décès du patient (en tenant compte notamment de la personne à prévenir inscrit dans le dossier du patient, par défaut de la personne de confiance). Pour les décès pendant la nuit, l'annonce peut être décalée au matin selon les instructions de la personne à prévenir.

Cas particuliers :

La notification du décès est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- Pour les militaires, à l'autorité compétente ;
- Pour un mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance, le chef de service de l'aide sociale à l'enfance ou à défaut le cadre de garde de cette institution ;
- 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 ayant la garde du mineur ;
- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, au mandataire spécial ;
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- Pour les personnes non identifiées, au Commissariat de police.

Article 44 - Déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions de l'Instruction relative à l'Etat civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du CH de Villeneuve-sur-Lot. Il en est ainsi lorsque l'enfant, sans vie au moment de la déclaration à l'état civil, est né vivant mais non viable, avec une gestation de moins de 22 semaines d'aménorrhée et un poids de moins de 500 grammes, ou lorsque l'enfant est mort-né après une gestation de moins de 22 semaines d'aménorrhée et un poids supérieur à 500 grammes ou une gestation de plus de 22 semaines d'aménorrhée. Si l'enfant est né vivant et viable,

mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès.

L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

En revanche, si l'enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant les dates et heures de la naissance et du décès ; l'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques heures et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

Article 45 - Indices de mort suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort suspecte d'un patient, un obstacle médico-légal (OML) peut être apposé. La mort suspecte s'entend comme une situation où les circonstances de survenue de l'évènement ayant causé le décès ne sont pas élucidées. Cette situation est à différencier de la mort violente dont les circonstances de survenue sont clairement établies.

Lorsque le médecin déclare un OML, il doit en renseigner les raisons dans le dossier médical. De même, le certificat de décès doit mentionner qu'il existe un OML qui suspend les opérations funéraires jusqu'à la décision de levée de cette suspension par les autorités judiciaires.

Dans les cas de signes ou d'indices de mort suspecte d'un patient, le médecin, en lien avec le Directeur ou son représentant, avise l'autorité judiciaire (Service de police / gendarmerie ayant les compétences territoriales pour agir), conformément à l'article 81 du code civil, et suivant la procédure interne en vigueur. La déclaration d'un OML entraîne une enquête de police et l'intervention d'un médecin légiste sur réquisition du procureur. Le médecin légiste procède selon les circonstances à un examen de corps et/ou à une autopsie médico-légale. Le corps n'est restitué à la famille qu'après autorisation du procureur.

Article 46 - Toilette mortuaire et inventaire après décès

Après le décès médicalement constaté, le personnel paramédical du service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables.

Il est dressé en présence d'au moins un témoin un inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc. qu'il possédait. Cet inventaire est inséré dans le registre d'inventaire des biens des patients de chaque site. Ces effets personnels sont remis aux ayants droits sur signature.

Dans le cas où le patient avait confié ses effets personnels ou biens à la Trésorerie hospitalière, aucun de ces biens ne peut être remis aux ayants droit du malade ou à ses proches. La restitution des biens de valeur est de la compétence exclusive de la Trésorerie hospitalière. Le bureau des entrées adresse un courrier à la famille, l'invitant à procéder au retrait des biens figurant sur l'inventaire et mentionnant les conditions juridiques devant accompagner ce retrait.

Article 47 - Le dépôt des corps à la chambre mortuaire

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès au défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Le corps du défunt est ensuite déposé dans la chambre mortuaire de l'établissement. Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents de l'hôpital et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment quant aux pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du CH de Villeneuve-sur-Lot du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits durant les trois premiers jours suivant le décès ; un tarif journalier défini annuellement par l'établissement est applicable à compter du quatrième jour après le décès.

Le transport du corps du défunt, sans mise en bière ou après mise en bière, doit se faire dans les conditions prévues par la réglementation.

Article 48 - Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps. Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

En outre, le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé, et après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

Article 49 - Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un proche de la famille

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, du CH de Villeneuve-sur-Lot à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, doit être autorisé par le Maire de la commune du lieu de décès.

Cette autorisation est subordonnée :

- À la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, exprimée sur un volet d'un imprimé interne approprié ;
- À l'accord écrit du médecin hospitalier, exprimé sur l'imprimé interne visé ci-dessus ;
- À l'accord écrit du Directeur ou de son représentant, exprimé sur l'imprimé interne visé ci-dessus, dans les cas où la famille ou les proches du défunt ne sont pas joignables dans les 10 heures suivant le décès ;
- À l'accomplissement des formalités de décès.

Le médecin peut s'opposer au transport sans mise en bière si le décès soulève un problème médico-légal, si l'état du corps ne permet pas le transport, ou encore si le défunt était atteint d'une maladie contagieuse dont la liste est fixée par arrêté ministériel. Si le médecin s'oppose au transport de corps sans mise en bière, il note cette information sur l'imprimé interne visé ci-dessus, et en avise sans délai la famille.

Si le lieu de destination du corps n'est pas Villeneuve-sur-Lot, le Maire de la commune de destination est avisé de l'autorisation de transport par les organismes de pompes funèbres.

Le transport de corps sans mise en bière doit être achevé dans un délai maximum de 48 heures après le décès.

Les transports à résidence sont effectués par des véhicules agréés à cet effet. Le demandeur a le libre choix de l'entreprise de transport sans mise en bière. La liste des entreprises habilitées dans le département de Lot-et-Garonne est tenue à disposition des familles dans les chambres mortuaires.

Article 50 - Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse contenant des radioéléments ou un stimulateur cardiaque, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière et établit un certificat de retrait.

Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée. La liste des services et entreprises agréés est tenue à disposition des familles.

Article 51 – Prélèvement d'organes et de tissus

Le CH de Villeneuve-sur-Lot est autorisé à pratiquer des prélèvements d'organes et de tissus après décès, à des fins thérapeutiques. Toute personne résidant sur le territoire français est donneuse d'organes/tissus après son décès sauf à s'être opposée de son vivant, principalement par inscription sur le registre national des refus (RNR) géré par l'agence de la biomédecine.

Après signature du certificat de décès et avant tout prélèvement à visée thérapeutique, le RNR doit être interrogé par le directeur ou, par délégation, par la coordination hospitalière des prélèvements d'organes et tissus. En l'absence de refus consigné au RNR et/ou de directives anticipées disponibles, la personne de confiance et à défaut les proches sont abordés par la coordination des prélèvements d'organes/tissus qui consigne par écrit leur témoignage d'un éventuel refus exprimé de son vivant de la personne décédée et les informe de la finalité et des modalités des prélèvements envisagés.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques établissent un compte rendu détaillé de leur intervention. Les prélèvements d'organes et de tissus sont soumis aux règles de biovigilance. Les événements indésirables graves doivent être déclarés à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'Agence de Biomédecine (ABM) par le correspondant local de biovigilance.

Si les circonstances ayant entraîné la mort sont telles que dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le corps est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, la coordination des prélèvements d'organes prend contact avec le Procureur de la République pour obtenir une levée d'opposition et organise les prélèvements en collaboration avec le médecin légiste requis par le Procureur.

Article 52 – Admission en chambre mortuaire de personnes décédées hors de l'établissement

La chambre mortuaire du centre hospitalier peut être appelée à recevoir le corps de personnes décédées hors de l'établissement, la chambre mortuaire étant utilisée en ce cas sur réquisition administrative.

Article 53 – Opérations funéraires

Article 53.1 – Dispositions générales

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le CH de Villeneuve-sur-Lot fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Article 53.2 – Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté. Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père. En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

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 deux jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement. En cas d'absence d'acte dressé par l'officier d'état civil et sauf si, sur la demande de la famille, une commune accepte d'accueillir le corps dans son cimetière, le corps fait l'objet d'une crémation à la charge du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, le centre hospitalier est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

Article 54 – Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre infirmier ou un infirmier. Il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque unité de soins. Les objets sont remis au comptable qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque les personnes décédées au sein du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot y ont été traitées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit au CH de Villeneuve-sur-Lot. Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente. Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'hôpital.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par le CH de Villeneuve-sur-Lot, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. À l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou

de ses créanciers. Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins avant la remise des objets détenus par le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot au service des Domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Section 1 : Principes généraux régissant le service public hospitalier

Le bon fonctionnement du service public hospitalier et le respect des usagers imposent à l'ensemble du personnel, quel que soit son statut, le respect d'un certain nombre de principes. Leur non-respect est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Les dispositions relatives au personnel s'appliquent à l'ensemble des agents du CH de Villeneuve-sur-Lot : fonctionnaires, agents contractuels de droit public et de droit privé, professionnels médicaux (praticien hospitalier ...), internes et externes en médecine, stagiaires.

Article 55 - Le principe de continuité

Le principe de continuité repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.

Ainsi, le CH de Villeneuve-sur-Lot assure la permanence des soins ainsi que la permanence de l'accueil des patients et de leur prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé.

Le bon fonctionnement du CH de Villeneuve-sur-Lot repose notamment sur l'assiduité et la ponctualité de l'ensemble du personnel, qui conditionne l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants.

La gestion prévisionnelle des congés revêt également une importance particulière.

Toutefois, ce principe de continuité doit s'accommoder avec celui du principe, à valeur constitutionnelle également, du droit de grève, exposé ci-après.

Article 56 - Le principe de laïcité et référent laïcité

Le principe de laïcité du service public fait obstacle à ce que ses agents manifestent dans l'exercice de leurs fonctions leurs croyances religieuses, notamment par un signe ou un port vestimentaire ostensible, destiné à marquer leur appartenance à une religion. Il interdit également toute forme de prosélytisme. Ce principe, qui vise à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, s'impose à tous les agents de l'établissement.

Conformément à ce principe, le port du voile n'est pas autorisé pour les professionnels du CH de Villeneuve-sur-Lot. Le port de dispositifs couvrant la tête (tels que charlottes et calots) n'est pas autorisé hors zone nécessitant des mesures d'hygiène spécifiques, comme c'est le cas pour les blocs opératoires (le port de charlotte ou de calot n'est ainsi pas autorisé au sein des salles de pause, dans les circulations et au restaurant du personnel). Le Conseil d'État a admis qu'un objet neutre en soi puisse, dans certaines circonstances, être qualifié de signe religieux « par destination », et justifier une restriction au nom du principe de neutralité.

Il appartient au Directeur Général de faire respecter les principes d'égalité, de neutralité et de laïcité par le personnel et, en cas de manquement à ces obligations, de prendre les mesures disciplinaires nécessaires.

Article 57 – Désignation d'un référent laïcité

Conformément à l'article L.124-3 du code général de la fonction publique et au décret n° 2021-1802 du 23 décembre 2021, un référent laïcité est désigné au sein de l'établissement. Il apporte à tout agent ou à tout chef de service qui le consulte tout conseil utile au respect du principe de laïcité et de l'obligation de neutralité. Il est chargé d'organiser, le 9 décembre de chaque année, la journée de la laïcité. Son identité

et ses coordonnées sont portées à la connaissance des agents par voie d'affichage et sur l'intranet de l'établissement.

Section 2 : Les obligations inhérentes au respect du patient

Article 58 - L'obligation d'accueil et d'information des patients, des usagers et de leurs familles

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public, des usagers et de leurs familles, dans le respect des règles de réserve, de secret et de discrétion professionnelle qui s'imposent.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé participant à la prise en charge du patient dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge.

Les familles sont accueillies et informées de l'évolution de l'état de santé de leurs proches, avec tact et bienveillance, en toutes circonstances. Les familles doivent être avisées en temps utile des décisions importantes concernant les patients. Hormis les cas d'urgence médicale, un changement de service d'accueil ou une décision d'intervention chirurgicale devra être portée à leur connaissance avant que la décision ne soit exécutée. Dans le cas de l'aggravation de l'état de santé du patient, la personne de confiance doit être informée rapidement, notamment par téléphone.

Article 59 - Le respect du secret professionnel

Article 59.1 - Les dispositions générales

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect du secret des informations la concernant.

Institué dans l'intérêt des patients, le secret professionnel est un principe fondamental, applicable à tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du CH de Villeneuve-sur-Lot. Le secret couvre tout ce qui est porté à leur connaissance dans le cadre de leur mission, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il peut y être dérogé uniquement dans les cas de révélation strictement prévus par la loi. La violation du secret professionnel est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinales.

En cas de non-révélation d'actes dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toutes mesures utiles pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Toute violation, même accidentelle, doit être signalée au DPO sous 72h. (RGPD Art. 33).

Article 59.2 - Le partage d'informations

Un professionnel peut, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens du Code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement

nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe et par extension à tout professionnel de santé dont l'avis serait utile à la prise en charge.

Le questionnement du patient pratiqué, tant par le personnel médical que paramédical ou administratif, doit se dérouler dans des conditions de confidentialité.

L'examen clinique peut, avec l'accord du patient, se dérouler en présence de plusieurs personnes (élèves et étudiants médecins ou non-médecins en cours de formation) qui sont tenues de respecter le secret de ce qu'elles ont vu, entendu et compris.

Article 59.3 - L'accès étendu au dossier patient

Les professionnels de santé peuvent avoir accès au dossier d'un patient dès lors qu'ils participent à ses soins. Cet accès étendu vise à prendre en charge dans les meilleures conditions possibles un patient, dans l'intérêt de la sauvegarde de son état de santé.

A contrario, toute consultation du dossier médical sans participation directe à la prise en charge du patient constitue une infraction.

Article 60 - L'obligation de discrétion professionnelle

Les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et les informations dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions. Ceci recouvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Cette obligation s'applique à l'égard des usagers, mais aussi entre agents publics, à l'égard d'autres agents, qui n'ont pas, du fait de leurs fonctions, à connaître les informations en cause.

Il est ainsi notamment interdit de communiquer des informations ou documents relatifs à l'état de santé d'un patient, ou des informations ou documents relatifs à la situation d'un autre agent (fiche de situation, bulletin de paye ...). Cela signifie que les agents ne peuvent communiquer dans leur vie personnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux, blogs ou forums toute information dont ils auraient connaissance à l'occasion de leur fonction.

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

Le non-respect de cette obligation de discrétion professionnelle est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires. Cette obligation s'étend à toute publication sur les réseaux sociaux. (RGPD Art. 5.1.c ; Art. 226-22 du Code pénal).

Article 61 - Le respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience, de croyance et d'opinion des patients, usagers et famille, doit être rigoureusement respectée par le personnel de l'établissement, qui s'abstiendra d'exercer toute propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, sur les patients et leurs proches. Tout agent public a un devoir strict de neutralité. Enfin, il doit traiter de manière identique, sans privilèges, ni discrimination toutes les personnes se trouvant dans la même situation et respecter leur liberté de conscience.

Section 3 : Les principes de bonne conduite professionnelle

Article 62 - Le devoir de réserve

Tout membre du personnel doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Dans l'exécution de leur service, les professionnels du CH de Villeneuve-sur-Lot doivent s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers et les autres agents.

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers.

Le devoir de réserve ne concerne pas le contenu des opinions (la liberté de conscience et d'opinion est reconnue aux agents publics) mais leur mode d'expression. Le devoir de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public par les usagers.

Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de service.

Article 63 - L'assiduité et la ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du CH de Villeneuve-sur-Lot, lesquelles conditionnent l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires.

Il est tenu de respecter ses horaires de travail établis en application des dispositions réglementaires et fixés par tableaux de services communiqués par sa hiérarchie.

Il doit veiller à prévenir dans les meilleurs délais son supérieur hiérarchique de tout retard ou absence à son poste de travail.

Article 64 - L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique

Tout agent de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Le refus d'obéissance constitue une faute professionnelle.

Ainsi, l'agent doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

De même, sous réserve des règles applicables aux professions réglementées, en cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent, ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail, ne peut s'y soustraire en invoquant le motif que cette tâche n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Enfin, lorsque l'agent a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation.

Article 65 : Le devoir d'alerte et d'information du supérieur hiérarchique

Tout agent, quel que soit son grade ou sa fonction, doit informer son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de son service. Cette obligation doit se traduire notamment par l'élaboration de rapports circonstanciés qui peuvent être sollicités par l'encadrement. Il existe en outre un devoir d'alerte auprès de

l'encadrement lorsque des éléments précis peuvent faire craindre la survenance d'un incident ou d'un dysfonctionnement.

Article 66 : Le signalement des événements indésirables

Tout agent qui constate un événement indésirable qui a causé ou aurait pu induire des conséquences pour un patient, un personnel ou un bien de l'établissement doit en informer la direction qualité gestion des risques et son supérieur hiérarchique direct.

La transmission s'effectue au moyen d'une fiche de signalement des événements indésirables, disponible via la plateforme BLUE KANGO sur le portail intranet du CH de Villeneuve-sur-Lot. L'agent peut remplir seul cette fiche ou se faire aider par le personnel d'encadrement.

Article 67 : Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité applicables au sein du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Les agents ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du CH de Villeneuve-sur-Lot et de ses usagers. Ils doivent participer régulièrement aux formations sécurité incendie et aux exercices d'évacuation. Ils sont tenus d'appliquer sans délai les consignes données par les personnels de sécurité, sous peine de sanction et / ou poursuite. Les agents ont notamment l'obligation de respecter les mesures barrières imposées afin de lutter contre la propagation des virus, sous peine de sanctions disciplinaires.

En tout état de cause, ils doivent se conformer à toute directive imposée par le Directeur Général, ou son représentant, en matière d'hygiène.

Les agents sont tenus à l'embauche d'être à jour des vaccinations obligatoires puis d'effectuer au cours de leur carrière les rappels nécessaires en fonction des indications du calendrier vaccinal.

Les agents sont fortement incités à se vacciner chaque année contre la grippe saisonnière à l'occasion de la campagne d'information pluriannuelle menée en lien avec le service de Santé au Travail et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière.

Article 68 : L'exigence d'une tenue appropriée et d'un langage correct

Article 68.1 - L'exigence d'une tenue appropriée

Une tenue appropriée, tant dans l'habillement et les accessoires, est exigée de l'ensemble du personnel du CH de Villeneuve-sur-Lot. Elle doit également être compatible avec les principes de neutralité et de laïcité du service public ainsi qu'avec les règles d'hygiène. Les tenues manifestement décontractées (short, bermuda, tongs...) sont proscrites au sein des services hospitaliers.

Les tenues et accessoires portées par les agents ne doivent pas porter atteinte au principe de neutralité et de laïcité du service public hospitalier. Les tenues portées doivent être compatibles avec les règles d'hygiène en vigueur, ainsi le port d'accessoire (bijoux portés aux doigts et aux poignets, faux ongles/vernis...) sont proscrits dans les secteurs qui impliquent une interaction directe avec le patient.

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services de l'établissement doivent adopter les tenues vestimentaires quand elles leur sont fournies par le CH de Villeneuve-sur-Lot. La tenue vestimentaire réglementaire doit être portée pendant toute la durée du service.

Le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur du CH de Villeneuve-sur-Lot en dehors des horaires de service, hormis les agents de la Sécurité. Le port des tenues de bloc opératoire est strictement réservé à cet usage, et interdit en dehors de ces unités.

Les agents sont tenus de faire nettoyer leur tenue de travail par le service de blanchisserie en utilisant le circuit interne de ramassage du linge sale.

Article 68.2 - L'exigence d'un langage correct

La familiarité à l'égard des patients, usagers et famille est formellement proscrite. De même les propos véhéments ou les éclats de voix entre agents de l'établissement sont à éviter, particulièrement en présence du public, car ils portent atteinte à l'image de l'établissement et à une ambiance sereine de travail.

Les propos insultants, discriminatoires à l'encontre des usagers, patients, familles et autres agents sont strictement interdits et de tels propos peuvent exposer l'agent à une sanction disciplinaire et/ou pénale.

Article 68.3 - Lutte contre le bruit

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grades ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers. Chaque membre du personnel doit notamment, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

Article 69 : L'obligation de désintéressement

Il est interdit à tout agent du CH de Villeneuve-sur-Lot d'avoir, dans une société publique ou privée, ou dans une association, des intérêts de toute nature qui seraient susceptibles de compromettre son indépendance.

Article 70 : L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative

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

Article 71 : L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du CH de Villeneuve-sur-Lot de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

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

La seule exception à cette interdiction concerne les professionnels du CH de Villeneuve-sur-Lot dont les statuts, précisés par les dispositions juridiques en vigueur, prévoient expressément la possibilité de bénéficier d'avantages en nature.

Article 72 : Le cumul d'activité

A titre dérogatoire, les fonctionnaires et agents non titulaires peuvent être autorisés à effectuer un cumul d'activité sous réserve d'un accord express de l'administration. Pour ce faire, l'agent doit obligatoirement présenter une demande d'autorisation de cumul d'activité, en mettant en copie son supérieur hiérarchique direct, à l'attention de :

- La Direction des Ressources Humaines pour les professionnels non médicaux;
- La Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux;

L'absence de réponse de l'administration vaut rejet de la demande.

Si l'agent exerce une activité privée lucrative sans autorisation, il peut faire l'objet de sanctions disciplinaires, et être conduit à reverser les sommes perçues au titre de l'activité interdite.

Article 73 : L'interdiction de tout avantage ou contreparties directes

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les patients ou leurs proches, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Il est interdit au personnel du CH de Villeneuve-sur-Lot de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Article 74 : L'identification des professionnels

Les agents en contact avec les personnes hospitalisées ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur badge précisant leur prénom et leur qualité sur les tenues de travail. Le personnel doit également se présenter oralement au patient qu'il est appelé à rencontrer dans le cadre de ses missions. Dans les locaux administratifs, les noms des agents et leurs fonctions sont affichés à l'entrée des bureaux.

Article 75 : L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux

L'utilisation des moyens informatiques du CH de Villeneuve-sur-Lot mis à disposition d'un agent public dans le cadre de la relation de travail est limitée au strict cadre et aux seuls besoins de l'activité professionnelle, en respectant les principes de sécurité (RGPD Art. 32), et ne peut comporter que subsidiairement des informations relevant de l'intimité de la vie privée dans les conditions précisées ci-après.

Article 75.1 - L'utilisation des réseaux sociaux

L'utilisation des réseaux doit être faite avec prudence, dans le strict respect du secret professionnel, de la discrétion professionnelle et du devoir de réserve. Les réseaux sociaux ne peuvent être utilisés pour discriminer ou tenir des propos diffamatoires à l'encontre du CH de Villeneuve-sur-Lot, d'un autre agent, d'un patient, usager ou famille.

L'usage des réseaux sociaux ne peut porter atteinte au droit à l'image d'une personne.

L'usage des réseaux sociaux est autorisé mais limitée et encadrée afin de ne pas perturber les patients et éviter les interruptions de tâches.

Toute diffusion d'informations identifiables est interdite (RGPD Art. 9 ; Art. 226-22 du Code pénal).

Article 75.2 - L'utilisation d'Internet

L'utilisateur doit naviguer prudemment sur Internet (l'accès à des sites susceptibles d'être infectés par des virus, la tentative de téléchargement de logiciels autrement que par le biais d'un contrôle et d'une demande d'installation de ceux-ci par la Direction du Système d'Information (DSI) et respecter les règles de minimisation des données (RGPD Art. 5.1.c). L'utilisateur doit alerter immédiatement la DSI en cas de suspicion de virus informatique.

L'accès ou la tentative d'accès à des sites à contenus illicites (site à caractère pornographiques, contraire aux bonnes mœurs, raciste, négationniste, révisionniste, incitant à la commission de crimes, de délits ou d'infractions à la législation) sont strictement interdits et susceptibles de poursuites pénales.

L'accès ou la tentative d'accès à des sites par le biais de liens publicitaires sont rigoureusement proscrits.

Accès Internet :

La conservation des « données de trafic » (informations techniques générées par l'utilisation des réseaux de communications) liée à l'usage de l'accès Internet du CH de Villeneuve-sur-Lot est réalisée dans les conditions suivantes :

- Pour les agents : les « données de trafic » ne sont conservées qu'à des fins techniques (diagnostic, maintenance, ...) sur une courte durée ;
- Pour les personnels extérieurs dûment autorisés : les « données de trafic » sont conservées dans le respect de la réglementation en vigueur.

Article 75.3 - L'utilisation de la messagerie professionnelle

La messagerie doit être considérée comme un outil de dialogue strictement professionnel.

Les agents du CH de Villeneuve-sur-Lot doivent utiliser les moyens mis à leur disposition dans un cadre professionnel. L'usage des réseaux sociaux, d'Internet ou de la messagerie à des fins personnelles durant les horaires de travail doit rester exceptionnel.

Les agents du CH de Villeneuve-sur-Lot doivent également respecter la Charte de l'Utilisateur pour l'usage du système d'information qui détaille l'ensemble des règles à respecter en matière d'utilisation des systèmes d'informations et d'usage des réseaux sociaux.

Article 76 : Usage du téléphone portable et équipements personnels

L'usage des téléphones personnels est interdit en présence d'usagers et de leurs familles, sauf circonstances exceptionnelles ou justifié par l'exercice professionnel. L'usage non professionnel d'écouteurs, de casques audio ou tout élément de même nature est strictement prohibé dans l'ensemble du CH de Villeneuve-sur-Lot pendant les heures de service. Un usage est toléré lors des moments de pause du personnel.

Les professionnels sont tenus de ne pas stocker de données patients sur leurs appareils personnels et d'utiliser une authentification forte. (RGPD Art. 32).

L'usage de lunettes connectées non professionnel est interdit dans l'établissement.

Article 77 : Respect de la charte graphique

Le personnel doit respecter la charte graphique de l'établissement pour tout document administratif ou tout support d'information institutionnel afin de garantir la qualité de l'image du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Article 78 : Affichage

L'affichage est interdit au CH de Villeneuve-sur-Lot en dehors des supports prévus à cet effet. L'exercice du droit d'affichage syndical est garanti par le Directeur Général sur les supports d'information obligatoires, de libre accès syndical installés sur les sites.

L'affichage institutionnel est strictement limité à la signalétique, aux plans de repérage et de localisation, à la sécurité incendie et à la vidéo protection.

Il est interdit d'accrocher affiches et documents sur les murs, dans les circulations, les ascenseurs, les services. La dépose de tracts sur les véhicules et les parkings n'est pas autorisée.

Le non-respect de ces obligations est sanctionné par le retrait immédiat de ces affiches.

Section 4 - Les droits et garanties du personnel

Article 79 : Liberté de conscience et d'opinion

Les agents de l'établissement sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Cette liberté est garantie dans le cadre des lois, règlements et règles statutaires qui la réglementent.

La liberté d'opinion est garantie dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion professionnelle qui incombe à tout agent du CH de Villeneuve-sur-Lot.

Article 80 : Droit à l'expression directe et collective

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des personnels du CH de Villeneuve-sur-Lot. Les membres des organisations syndicales représentatives du personnel peuvent tenir des réunions et disposer d'autorisations spéciales d'absence.

Article 81 : Droit de grève

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble du personnel, fonctionnaires et agents non titulaires. La mission de service public à laquelle le CH de Villeneuve-sur-Lot doit en toute circonstance répondre, justifie, en cas de grève, le recours au service minimum.

Conformément à la réglementation en vigueur, le Directeur de l'établissement organise le service minimum et peut assigner des agents indispensables à son bon fonctionnement.

Aussi, la procédure de déclaration des intentions de grève au sein du CH est appliquée avec notamment la mise à disposition du tableau de recensement du personnel gréviste sa transmission et l'organisation du service minimum. A partir du tableau de recensement des grévistes, le cadre supérieur organise le service minimum en collaboration avec le cadre de proximité. Pour ce faire, les besoins sont appréciés en fonction du nombre d'agents non-grévistes et présents le jour de la grève et de l'activité programmée. Le tableau de recensement du personnel assigné est transmis à la DRH pour délivrer les assignations éventuellement nécessaires. Celles-ci sont remises, en main propre et contre signature, par le cadre de proximité ou toute autre personne dûment habilitée par la direction.

L'assignation doit être remise à l'agent avant sa prise de poste. En cas d'impossibilité pour l'encadrement de remettre en main propre l'assignation à l'agent, le cadre supérieur sollicite la DRH ou le Directeur de garde afin d'organiser la délivrance de l'assignation par voie d'huissier aux fins de permettre la continuité du service public. Un huissier dûment mandaté peut remettre l'acte d'assignation à l'agent ou déposer un avis de passage dans sa boîte aux lettres (art. 656 du Code de procédure civile). Dans ce cas, l'avis de passage vaut notification de l'acte à l'agent, qui est alors réputé être signifié à la date mentionnée sur cet avis.

Pour rappel, l'avis de passage contient également les éléments suivants :

- L'objet de l'acte (assignation pour fait de grève), date et heure de prise de poste ;
- L'information de la remise de l'acte à l'étude d'huissiers ;

- L'injonction de retirer l'assignation dans les plus brefs délais ;

L'agent doit alors se rendre à son poste de travail à la date et l'heure mentionnées sur l'assignation. Le fait pour un agent d'ignorer les obligations découlant de l'assignation au seul motif que l'acte n'a pu lui être remis en main propre l'expose à des poursuites disciplinaires.

En application de la règle du service fait, la participation à un mouvement de grève peut donner lieu à retenue sur traitement.

Article 82 : Droit syndical

Le droit syndical est garanti à l'ensemble du personnel de l'établissement qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Les représentants syndicaux du personnel du CH de Villeneuve-sur-Lot bénéficient d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable.

Le Directeur général garantit le libre exercice du droit syndical, sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis de l'usager.

Article 83 : Egalité de traitement et principe de non-discrimination

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leur sexe, de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur apparence vraie ou supposées à une ethnie.

Toutefois des distinctions, validées par le médecin du travail, peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot garantit quel que soit le sexe une égalité totale au niveau du recrutement, de l'avancement de carrière et de la rémunération.

Article 84 : La protection contre le harcèlement moral ou sexuel

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer des propos ou comportements ayant pour objet ou pour effet de dégrader ses conditions de travail, de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre son avenir professionnel.

Aucun membre du personnel ne doit se voir imposer des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Aucun membre du personnel ne doit subir de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot assure la protection fonctionnelle de ses agents qui seraient victimes de harcèlement moral et sexuel.

Article 85 : La protection fonctionnelle

Le CH de Villeneuve-sur-Lot protège l'ensemble de son personnel contre les menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime lors de l'exercice de leurs fonctions.

Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables, la protection fonctionnelle peut être accordée au fonctionnaire (stagiaire ou titulaire) ou ancien fonctionnaire, et à l'agent contractuel ou ancien agent contractuel employé par le CH de Villeneuve-sur-Lot.

En outre, l'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est poursuivi en justice par un tiers pour une faute de service commise dans l'exercice de ses fonctions (à condition qu'il n'ait commis aucune faute personnelle).

Le CH de Villeneuve-sur-Lot doit lui apporter une assistance juridique et, le cas échéant, couvrir les condamnations civiles prononcées contre lui. La protection fonctionnelle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat mis à sa disposition pour le représenter et faire valoir ses droits en justice.

Un dispositif de prise en charge des agents victimes de violence est en parallèle organisé au sein du CH de Villeneuve-sur-Lot : les agents peuvent bénéficier, en formulant la demande auprès de la Direction des ressources humaines, d'un accompagnement psychologique pris en charge par le Service Santé au Travail.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par l'agent par écrit et transmise auprès de la direction compétente (Direction des ressources humaines/Direction des affaires médicales/Direction des affaires juridiques), un rapport circonstancié relatant les faits est joint à la demande.

Article 86 : Le droit particulier du lanceur d'alerte

Le CH de Villeneuve-sur-Lot garantit la mise en œuvre du dispositif de protection des lanceurs d'alerte conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Tout agent, professionnel de santé, personnel administratif, technique ou médico-technique, stagiaire, étudiant, intervenant extérieur ou collaborateur occasionnel peut signaler, de bonne foi et sans contrepartie financière directe, des faits dont il a eu personnellement connaissance et qui seraient susceptibles de constituer un crime, un délit, une violation grave et manifeste d'une disposition législative ou réglementaire, une menace ou un préjudice grave pour l'intérêt général, notamment en matière de sécurité des soins, de santé publique, de bientraitance, de probité, de prévention des conflits d'intérêts ou de protection des personnes.

Le signalement est effectué selon les modalités définies par la procédure interne de recueil et de traitement des alertes mise en place au sein de l'établissement.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot garantit la stricte confidentialité de l'identité de l'auteur du signalement, des personnes visées ainsi que des informations recueillies dans le cadre du traitement de l'alerte.

Aucune personne ayant effectué un signalement dans les conditions prévues par la réglementation ne peut faire l'objet de mesures de représailles, de discrimination, de sanction disciplinaire ou d'un traitement défavorable lié à ce signalement.

Article 87 : Le droit de retrait

L'agent dispose du droit de se retirer d'une situation de travail, dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger. L'agent alerte alors immédiatement sa hiérarchie oralement ou par écrit, il dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou du lieu de travail, ce qui ne signifie pas nécessairement l'arrêt de tout travail effectif.

Il reste néanmoins à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour constater la réalité de cette situation de danger et prend les dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger. L'agent ne peut quitter l'établissement sans autorisation préalable.

Article 88 : Le droit à la formation professionnelle

Les personnels peuvent accéder à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion.

Le CH de Villeneuve-sur-Lot élabore chaque année un plan de formation pour ses agents, en vue notamment de maintenir, de parfaire ou d'adapter leurs compétences au cours de leur carrière. En s'appuyant sur le projet d'établissement, ce plan de formation vise à répondre aux besoins de perfectionnement et d'évolution des services et aux nécessités de formation et de promotion interne.

Article 89 : Le droit d'accès au dossier administratif

Un dossier administratif individuel est constitué dès la prise de fonction de tout agent hospitalier (titulaire, stagiaire ou contractuel). Ce dossier comprend l'ensemble des éléments en lien avec la situation administrative de l'agent. Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées dans son dossier détenu par le pôle des ressources humaines pour le personnel non médical et la direction des affaires médicales pour le personnel médical.

En cas de mutation ou de changement d'établissement, le dossier administratif est transmis au nouvel établissement.

Chaque agent peut demander la communication de tout ou partie son dossier administratif selon les modalités de son choix, dans la limite des possibilités techniques de l'administration, par consultation sur place en présence d'un gestionnaire de la DRH.

Le dossier individuel de carrière est un outil de gestion des ressources humaines mais il constitue également un garant des droits des agents.

Article 90 : Le droit à la déconnexion

Le droit à la déconnexion doit être concilié avec la continuité du service public (assurée 24h/24, 365 jours/an). Il s'agit du droit pour tout agent de ne pas être connecté à ses outils numériques et ne pas répondre à une sollicitation professionnelle exprimée par voie numérique, en dehors de ses horaires normaux de travail ou sur ses temps de repos, et hors situation de nécessité d'urgence ou de nécessité absolue, sans que cela lui soit reproché ou que cela puisse avoir un impact sur son évolution professionnelle.

Concernant l'usage de la messagerie électronique professionnelle, aucun agent n'est tenu de prendre connaissance des courriels ou d'y répondre en dehors de son temps de travail effectif et de sa position d'activité. Concernant l'usage des applications et logiciels qui permettent une connexion personnelle à domicile, il ne peut pas, en dehors du cadre institutionnel des astreintes et d'une éventuelle situation de télétravail, être imposé aux agents en dehors de leurs horaires de travail.

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS FINALES

Article 91 : Procédure d'approbation du règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le Directeur Général après avis de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), du Comité Social d'Etablissement (CSE), après concertation avec le Directoire et avis du Conseil de Surveillance.

Le règlement intérieur prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date arrêtée par le Directeur Général.

Article 92 : Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès de la direction générale. Elle peut également le consulter sur le site internet du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot.

Par ailleurs, il est tenu à la disposition de chaque membre du personnel de l'établissement dans la base documentaire du site intranet de l'établissement. Il fait l'objet d'une information au cours de la procédure de recrutement.

Article 93 : Opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose sur l'ensemble de ses sites, et notamment de formation.

Il s'impose à l'ensemble des membres du personnel du CH de Villeneuve-sur-Lot, étudiants ou stagiaires intervenant au sein des sites de l'établissement, ainsi qu'aux usagers du service public (patients, résidents), aux accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs.) et à tous les intervenants extérieurs au CH de Villeneuve-sur-Lot dans le cadre d'une mission ponctuelle.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

Article 94 : Modification du règlement intérieur

Les dispositions du présent règlement intérieur sont susceptibles d'être actualisées et révisées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les modifications à apporter au règlement intérieur du CH de Villeneuve-sur-Lot sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus pour son approbation.

REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE VILLENEUVE-SUR-LOT

Adopté après avis et concertation des instances consultatives et délibératives de l'établissement :

- Commission Médicale d'Etablissement
- Comité Social d'Etablissement
- Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- Directoire
- Conseil de Surveillance

Fait à Villeneuve-sur-Lot, le



Le Directeur Général

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a final downward stroke.

Jean-François VINET

ANNEXES AU REGLEMENT INTERIEUR

- Composition du conseil de surveillance
- Composition du directoire
- Organigramme fonctionnel de la Direction
- Charte managériale
- Règlement intérieur de la CME
- Charte d'accès et d'utilisation du système d'information
- Charte de la personne hospitalisée
- Charte de la bientraitance
- Charte Romain Jacob pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap
- Charte de la laïcité des services publics

**Arrêté fixant la composition nominative du conseil de surveillance
du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot**
47-2026-06-01-00009

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.6143-5, L.6143-6 et R.6143-1 à 16 ;

Vu le décret du 7 octobre 2020 nommant M. Benoît ELLEBOODE, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine ;

Vu la délégation de signature du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine en date du 30 avril 2026 et publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 4 mai 2026 (n°R75-2026-04-30-00002) ;

Vu l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine en date du 23 décembre 2025 fixant la composition du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot ;

Vu l'information transmise par le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot le 30 mars 2026 relative à la désignation de Monsieur Thierry DABZAC comme représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en remplacement de Madame Elisabeth FAUBEL ;

Vu l'information transmise par le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot le 30 mars 2026 relative à la désignation de Monsieur le Docteur Guillaume DEPREUX comme représentant de la commission médicale d'établissement en remplacement du Dr Muntaser JAMAL ;

Vu les résultats des élections municipales des 15 et 22 mars 2026 et les élections communautaires qui ont suivi ;

Vu la délibération du conseil municipal de Villeneuve-sur-Lot en date du 9 avril 2026 désignant le second représentant de la commune au conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot ;

Vu la délibération du conseil communautaire de la Communauté d'Agglomération du Grand Villenuevois en date du 20 mai 2026 désignant les représentants de l'agglomération au conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot ;

Sur proposition de la Directrice de la Délégation départementale de Lot-et-Garonne,

ARRETE

ARTICLE 1^{er} : Cet arrêté annule et remplace l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine du 23 décembre 2025.

ARTICLE 2 : Sont nommés membres du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot les personnes dont les noms suivent :

I/ Sont membres du conseil de surveillance avec voix délibérative :

1° Au titre des représentants des collectivités territoriales :

- Monsieur Guillaume LEPEPS, maire de Villeneuve-sur-Lot et Madame Béatrice VAQUIER, représentant la ville de Villeneuve-sur-Lot, commune siège de l'établissement ;

- Madame Yamina KICHI et Madame Djamila KERAVAL, représentant l'établissement public de coopération intercommunale de la Communauté d'Agglomération du Grand Villeneuvois ;
- Monsieur Thomas BOUYSSONNIE représentant la Présidente du Conseil départemental de Lot-et-Garonne.

2° Au titre des représentants du personnel :

- Monsieur Thierry DABZAC, représentant la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Monsieur le Docteur Guillaume DEPREUX et Madame le Docteur Frédérique VEAUVY, représentant la commission médicale d'établissement ;
- Madame Angélique MARMIE et Madame Guenaëlle DIEU, désignées par les organisations syndicales représentatives au comité technique d'établissement.

3° Au titre des personnalités qualifiées :

- Deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, en attente de désignation ;
- Monsieur Claude LAURENS et Madame Ghislaine FOULON, représentants des usagers désignés par le Préfet de Lot-et-Garonne ;
- Une personnalité qualifiée désignée par le Préfet de Lot-et-Garonne, en attente de désignation.

II/ Sont membres du conseil de surveillance avec voix consultative :

- Le Président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire ;
- Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant ;
- Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie désigné en application du premier alinéa de l'article L.172-4 du code de la Sécurité sociale ;
- Monsieur Christophe CALES, représentant des familles des personnes accueillies désignée par le Conseil de la Vie Sociale ;
- Madame Emeline REY, députée de la 3^{ème} circonscription de Lot-et-Garonne ;
- Monsieur ou Madame le sénateur « en cours de désignation par la commission permanente des affaires sociales ».
- Monsieur Arnaud DEVILLIERS, maire de Penne d'Agenais et Monsieur Jean-Louis COSTES, maire de Fumel, communes dont l'établissement a été mis en direction commune avec le Centre Hospitalier de Villeneuve-sur-Lot.

ARTICLE 3 : La durée du mandat des membres du conseil de surveillance est fixée à cinq ans, à compter du 23 décembre 2025, sous réserve des dispositions particulières prévues à l'article R.6143-12 du code de la santé publique.

ARTICLE 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet, dans un délai de deux mois, à compter de sa date de notification ou pour les tiers à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs de l'Etat dans le Lot-et-Garonne :

- d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine,
- d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Bordeaux. Il peut être saisi via l'application sur le site internet www.telerecours.fr.

Fait à Agen, le 1^{er} juin 2026

Pour le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine
La Directrice de la Délégation départementale
de Lot-et-Garonne



Aurélie GUILLOUT

Décision n°08/2026

PORTANT MODIFICATION de la COMPOSITION et FONCTIONNEMENT du DIRECTOIRE (annule et remplace la décision 07/2026)

- VU la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires notamment ses articles 10 et 131,
VU le Code de la Santé Publique, notamment ses articles L6143.1 à L6143.8 relatifs à la composition et aux attributions respectives des Conseils de Surveillances, des Directoires et des Directeurs dans les Etablissements Publics de Santé .
VU le Code de la Santé Publique et notamment ses articles L6146.1 à R6146.9 relatifs à l'organisation des Établissements Publics de Santé en Pôles d'activité, ainsi que les conditions de nominations, missions et attributions des Chefs de Pôle,
VU la proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement,
VU la proposition du Président de la CSMIRT,
VU l'arrêté du Centre National de Gestion du 16 septembre 2025 nommant Monsieur Jean-François VINET, Directeur des Centres Hospitaliers d'Agen-Nérac, de Villeneuve-sur-Lot, de Penne d'Agenais, de Fumel et des EHPAD de Puymirol et de Tournon d'Agenais à compter du 1^{er} septembre 2025,

Il est décidé ce qui suit :

ARTICLE 1 – Composition

A compter du 1^{er} juin 2026, le Directoire du Pôle de Santé du Villeneuvois - CH de Villeneuve-sur-Lot est composé des 9 membres suivants :

Membres de droit (3)	
M. Jean-François VINET	Directeur Général, Président du Directoire
Dr Arnaud MONGO	Président de la CME Vice-Président du Directoire
Mme Hélène PINHEIRO	Coordonnateur Général des Soins Présidente de la CSIRMT
Membres proposés par le Président de la CME et désignés (5) :	
Dr Christine BARTOU	Chef du Pôle Accueil Urgences et Medico-Technique
Dr David CHAURY	Chef du Pôle de Médecine Gériatrie
Dr Elias CHEMALY	Chef de service de la Maternité
Dr Isabelle CHOSSAT	Chef du Pôle de Médecine
Dr Frédérique VEAUUVY	Vice-Présidente de la CME Chef de Service de la Pharmacie/stérilisation
Membre du personnel non médical proposé par le président de la CSMIRT et désigné (1) :	
M. Fabrice MARTY	Cadre Coodonnateur du Pôle Chirurgie et du Pôle Mère/Enfant

Membres invités permanents

- Mme Valérie ALTUZARRA, Directeur délégué du PSVL
- Dr Corinne FREIMANN, Médecin DIM
- Dr Patrick RISPAL, Président de la CME du CHAN
- Mme Nathalie BLANC, Directrice Adjointe Finances et Contrôle de gestion
- Mme Isabelle MARTIN, Directrice des Affaires Médicales et de la Recherche clinique

Membre invité dès qu'un point à l'ordre du jour concerne les activités du GCS PSV

- Dr Sébastien MURCIA, Président CME GCS

ARTICLE 2 – Fonctionnement

Le Directoire est réuni en tant que de besoin par son Président, sur convocation écrite comportant un ordre du jour de séance.

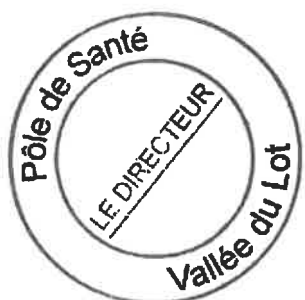
Ses débats donnent lieu à l'établissement d'un relevé de conclusion.

En fonction de l'ordre du jour, le personnel de direction et/ou membres du corps médical peuvent être invités à participer à la séance.

ARTICLE 3 – Quorum

Le Directoire peut être valablement réuni dès lors que la moitié au moins de ses membres titulaires est présente, soit 4 membres.

Fait à Villeneuve sur Lot, le 25 juin 2026



Le Directeur
Jean-François VINET

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DIRECTION COMMUNE CHAN-PUYMIROL ET POLE DE SANTE DE LA VALLEE DU LOT



	CHARTRE MANAGERIALE	SQV-GOU-STR-040-V1 Ce document concerne : ☒ PSV ☒ EHPAD GAJAC ☒ SSIAD ☒ CH FUMEL ☒ CH PENNE D'AGENAIS ☒ EHPAD TOURNON D'AGENAIS
---	--	--

Préambule

L'hôpital public évolue dans un environnement exigeant, marqué par des enjeux humains, médicaux, éthiques, organisationnels et financiers majeurs. Dans ce contexte, le management constitue un levier essentiel de la qualité des soins, de la performance collective et de la qualité de vie au travail.

La présente charte managériale formalise les principes, valeurs et engagements communs qui guident l'action de l'encadrement du PSVL, quels que soient le métier, le niveau hiérarchique ou le secteur d'activité.

Elle s'inscrit dans :

- Les valeurs du service public hospitalier
- Le projet d'établissement et le projet social
- Les orientations nationales de la fonction publique hospitalière
- Les exigences de qualité, de sécurité des soins et de bientraitance

Elle constitue un référentiel partagé, destiné à donner du sens, de la cohérence et de la lisibilité aux pratiques managériales.

1. Champ d'application

La charte s'adresse à :

- L'ensemble des managers médicaux (PM) et non médicaux (PNM)
- Les cadres de proximité, cadres supérieurs, chefs de service, faisant fonction, responsables d'unités, directeurs.
- Toute personne exerçant une responsabilité d'encadrement ou de coordination au sein des établissements du PSVL.

Elle a vocation à être diffusée, expliquée et intégrée dans les pratiques quotidiennes de management.

2. Les valeurs fondamentales du management hospitalier

Le management du Pôle de Santé Vallée du Lot repose sur des valeurs partagées :

2.1. Respect et dignité

- Respect des personnes, des rôles et des compétences
- Reconnaissance de la diversité des parcours, des métiers et des opinions
- Refus de toute forme de discrimination, de harcèlement ou de violence

2.2. Équité et exemplarité

- Application équitable des règles
- Décisions fondées sur des critères transparents et objectifs
- Comportement exemplaire attendu de tout manager

2.3. Engagement au service du patient

- Priorité donnée à la qualité, à la sécurité et à la continuité des soins
- Sens du service public et de l'intérêt général
- Contribution à une prise en charge humaine, éthique et coordonnée

2.4. Confiance et responsabilité

- Climat de confiance réciproque
- Responsabilisation des équipes et des individus
- Droit à l'erreur encadré, au service de l'apprentissage collectif

3. Principes managériaux

3.1. Un management participatif

Le manager :

- Associe les professionnels aux décisions qui les concernent
- Favorise l'expression, l'écoute et le dialogue social
- Encourage les initiatives et l'intelligence collective

3.2. Un management clair et structurant

Le manager :

- Fixe des objectifs clairs, réalistes et partagés
- Donne du sens aux actions et aux changements
- Clarifie les rôles, responsabilités et priorités

3.3. Un management bienveillant et exigeant

Le manager :

- Allie exigence professionnelle et bienveillance

- Reconnaît le travail accompli et valorise les compétences
- Accompagne les difficultés individuelles et collectives

3.4. Un management orienté amélioration continue

Le manager :

- S'appuie sur l'évaluation, les indicateurs et le retour d'expérience
- Encourage l'innovation et les démarches qualité
- Intègre la gestion des risques et la sécurité des soins dans ses pratiques

4. Engagements du manager

Tout manager du PSVL s'engage à :

4.1. Envers les équipes

- Garantir un environnement de travail respectueux et sécurisé
- Prévenir les risques psychosociaux (RPS) et les situations de souffrance au travail en s'appuyant sur les dispositifs institutionnels existants
- Favoriser le développement des compétences et l'accès à la formation
- Accompagner les parcours professionnels
- Porter et accompagner les projets de services en soutenant l'implication des équipes

4.2. Envers l'institution

- Contribuer activement au projet d'établissement
- Appliquer les règles, procédures et orientations institutionnelles
- Être acteur de la performance globale et de la soutenabilité du service public

4.3. Envers les patients et les usagers

- Promouvoir la bientraitance et la qualité de la relation soignant-soigné
- Intégrer l'expérience patient dans l'amélioration des pratiques
- Veiller au respect des droits des usagers
- Renforcer le lien avec le représentant des usagers

5. Droits et devoirs des managers

5.1. Droits

Les managers disposent :

- D'un soutien institutionnel dans l'exercice de leurs responsabilités
- D'une liberté et autonomie d'action dans le périmètre de leurs missions
- D'un accès à la formation managériale

- D'espaces de dialogue, d'échange de pratiques et de régulation

5.2. Devoirs

Les managers ont le devoir :

- D'appliquer et de faire vivre la présente charte
- De rendre compte de leur action et de l'atteinte de leurs objectifs annuels
- De signaler toute situation à risque ou dysfonctionnement majeur
- D'appliquer un traitement équitable dans le cadre de leurs missions

6. Mise en œuvre et suivi de la charte

La charte managériale :

- Est diffusée à l'ensemble des managers
- Est intégrée aux parcours d'accueil (livret d'accueil) et de formation managériale
- Sert de référence lors des évaluations et des temps d'échange managériaux

Un suivi périodique de son application est assuré dans le cadre :

- Du dialogue social
- Des instances internes
- Des démarches qualité et QVCT

7. Engagement institutionnel

La direction du PSVL s'engage à :

- Soutenir les managers dans leurs missions
- Donner les moyens nécessaires à un management de qualité
- Promouvoir une culture managériale partagée, responsable et durable

Conclusion

Cette charte constitue la boussole de la ligne managériale au sein du PSVL. Elle marque un engagement collectif au service des professionnels, des patients et du service public hospitalier. Elle traduit la volonté de construire un management humain, responsable et performant, au cœur des valeurs de l'hôpital public.

Elaboration et gestion des documents qualité

	REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
Noms - Fonctions	Loïc TOMISSI- Directeur des Ressources Humaines Hélène PINHEIRO- Directrice des soins	Valérie ALTUZARRA- Directrice PSVL	Michel MARSAND- Responsable Qualité et Gestion des Risques
	15/09/2026	15/09/2026	15/09/2026
Visa	 		

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Indice de révision	Date	Nature des modifications apportées
01	15/09/2026	Création

REFERENCES

Règlementaire :	Documents internes associés :
Autres :	

ENREGISTREMENTS GERES

Désignation	Stockage	Accessibilité	Préservation	Durée de conservation	Elimination (qui et comment éventuellement)
	Classeur papier bureau SQVL Dossier informatique GED SQVL	Responsable et assistant SQVL	Format papier Format informatique Blue Medi	Sans	Responsable et assistant SQVL

REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Le règlement intérieur de la CME est élaboré conjointement par la CME et son Président en concertation avec le Directeur. Il fait partie du règlement intérieur de l'établissement et est donc soumis à l'avis des instances avant d'être arrêté par le Directeur.

PREAMBULE

La Commission Médicale d'Etablissement est l'instance de cohésion, de débat et de propositions de la communauté médicale.

La CME participe à la coordination des pratiques et des politiques de l'établissement en termes de prises en charge, de projets et d'organisations.

La CME contribue au projet médical et au projet d'établissement, dans le respect des orientations du projet régional de santé. Elle veille à leur appropriation par les praticiens.

Elle coordonne la politique de qualité et de sécurité des soins et veille au respect permanent des valeurs déontologiques et éthiques de l'établissement.

VU le Code de la Santé Publique et en particulier :

- Les articles L. 6144-1 et L. 6144-2,
- Les articles R. 6144-1 à R. 6144-6,

Il est défini et arrêté le règlement intérieur qui suit

I - COMPOSITION DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Article 1 : Composition de la CME

(Articles L. 6144-2, R. 6144-3, R. 6144-3-2 du CSP)

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Villeneuve/Lot est composée des membres suivants :

- **Collège 1** : l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement, membres de droit,
- **Collège 2** : des représentants élus des responsables de structures internes, départements, services ou unités médicales
 - Nombre de sièges : 6 titulaires et pas de suppléants
- **Collège 3** : des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement
 - Nombre de sièges : 10 titulaires et 5 suppléants
- **Collège 4** : des représentants élus des praticiens temporaires ou non titulaires et des praticiens contractuels ou exerçant à titre libéral de l'Etablissement.
 - Electeurs de ce collège : les praticiens ayant à minima 40 % ETP d'activité sur l'établissement (Praticiens attachés, praticiens associés et Praticiens contractuels Motif 1 et Motif 2)
 - Nombre de sièges limité à 5 sièges de titulaires et 2 sièges de suppléants.
- **Collège 5** : des représentants élus des sages-femmes
 - Nombre de sièges : 2 titulaires et 1 suppléant.
- **Collège 6** : 1 représentants des internes, sur proposition du bureau des internes, comprenant :
 - 1 représentant des internes de médecine générale, et si possible 1 suppléant

Participent aux séances de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative :

- le Directeur et les collaborateurs de son choix,
- le coordonnateur général des soins infirmiers, médicotechniques et de rééducation,
- le ou les praticiens responsables du département d'information médicale (DIM),
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH),
- un représentant du comité social d'établissement, élu en son sein,

Article 2 : Modalités d'élection et de désignation des membres **(Article R.6144-4)**

Collège 1 : membres de droit

Collège 2, 3, 4 et 5 : les sièges sont pourvus par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Collège 6 : sur proposition du bureau des internes

Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

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, le plus âgé est déclaré élu.

La durée des mandats est fixée à 4 ans renouvelables.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au Directeur de l'établissement.

Il fixe la date du scrutin, arrête la liste des électeurs et des candidats, organise le scrutin sous forme de vote par correspondance et le dépouillement, proclame les résultats et arrête la liste des membres de la CME.

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

A défaut, le Directeur désigne, pour le semestre en cours, des représentants des internes après avis du bureau des internes.

A l'issue de cette procédure, le Directeur convoque les membres de la CME en vue de l'élection de son Président.

ELECTEURS/ELIGIBLES

Sont électeurs les personnels médicaux se trouvant en position d'activité ou de congés à la date de clôture définitive de la liste. La liste des électeurs est établie par collège, catégorie, discipline ou groupe de disciplines.

Sont éligibles, les personnels médicaux inscrits sur la liste électorale prévue ci-dessus et appartenant au collège, à la discipline ou au groupe de disciplines concernés, à l'exception :

- des praticiens en congé maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture de la liste ;
- des praticiens en période probatoire ;
- des praticiens associés.

II - PRESIDENT ET VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Article 3 : Modalités d'élection

(Article R.6144-5)

Le Président et le Vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement sont élus parmi les praticiens titulaires membres de la CME pour une durée de 4 ans.
Le mandat de Président est renouvelable une seule fois.

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 élu.

Article 4 : Incompatibilités, démission, fin de mandat

(Article R.6144-5-1)

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.
Si un chef de pôle est élu à la présidence de la CME, il devra donc démissionner de ses fonctions de chef de pôle.

Les fonctions de Président de la CME prennent fin au terme du mandat de la CME qui l'a élu ou sur présentation de sa démission au Directeur. Une élection d'un nouveau Président est alors organisée dans un délai de deux mois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la CME, ses fonctions sont assumées par le Vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Article 5 : Droits et obligations

(Article D.6143-37-3, D.6143-37-5)

Le temps consacré aux fonctions de Président de la Commission Médicale d'Etablissement est comptabilisé dans les obligations de service du praticien concerné.

Le Président de la CME bénéficie d'une formation à l'occasion de sa prise de fonction ou à l'issue de son mandat en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

La Direction fournit les moyens nécessaires au Président de la CME pour assumer ses missions.

Article 6 : Attributions du Président de la CME
(Articles L. 6143-7-3, D. 6143-37 à D. 6143-37-2)

Le Président de la CME exerce de droit les fonctions de Vice-président du Directoire.

Il préside les réunions de la CME dont il fixe, sauf exceptions réglementaires, l'ordre du jour en concertation avec le Directeur. Il organise et anime les débats et veille au bon fonctionnement de la commission,

Il décide, conjointement avec le Directeur, 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, sous réserve des attributions de la CME. Il est chargé du suivi de cette politique et organise des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME.

Il élabore, avec le Directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical qui définit la stratégie médicale de l'établissement pour une période de 5 ans. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

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

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales
- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique
- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux
- Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement
- Il peut inviter des membres selon l'ordre du jour de la CME (usagers ou autres).

III - CONDITIONS D'EXERCICE DES MEMBRES

Article 7 : Incompatibilités, incapacités, démission d'office, fin de mandat *(Article R. 6144-5-1)*

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

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

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie considérée, le Président de la CME peut décider de l'organisation d'une élection partielle destinée à pourvoir le siège vacant.

Article 8 : Droits et obligations *(Article R. 6144-6)*

Les membres de la CME, ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle, sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Les membres de la CME s'attachent à être présents aux réunions de la commission et de ses sous-commissions et à participer aux travaux.

Les membres de la CME représentant celle-ci aux instances de l'établissement (Conseil de surveillance, CSIRMT, CTE) siègent au nom de la CME et s'engagent donc à s'exprimer conformément aux avis et positions de la commission.

IV - ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

(Articles L.6144-1, R. 6144-1, R. 6144-1-1, R. 6144-2 à R.6144-2-2 du CSP)

La CME possède deux types d'attributions :

Article 9 : Attributions générales

A : La CME est consultée sur les matières soumises à la délibération du conseil de surveillance :

- **Projet d'établissement** (plan stratégique) ;
- **Compte financier** et affectation des résultats ;
- **Participation à la Commission Médicale de Groupement (CMG)**, préparation projet GHT et projets de fusion avec un autre établissement public de santé ;
- **Rapport annuel d'activité** ;
- **Toute convention intervenant** entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- **Statuts des fondations hospitalières.**

B : La CME est aussi consultée sur :

- Les orientations stratégiques et son plan global de financement pluriannuel (PGFP) ;
- Le projet médical ;
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) passé avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) ;
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- La politique en matière de coopération territoriale ;
- La politique en matière de recherche clinique et d'innovation ;
- Le plan de redressement que le directeur général de l'ARS peut présenter en cas de déséquilibre financier ;
- L'organisation interne de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants ;
- La politique de formation des étudiants et des internes ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- La politique de recrutement des emplois médicaux (révisions des effectifs) ;
- Le plan de Développement Profession Continu (DPC) relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

C : La CME est aussi informée sur :

- Les contrats de pôle ;
- Le bilan annuel des tableaux de service ;
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux.

Sur ces questions ne requérant pas l'avis de la CME, celle-ci peut décider de voter une motion qui sera transmise au Directeur et aux instances de l'établissement.

D : La CME propose des membres devant siéger à la CMG

Article 10 : Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

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

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

- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- La prise en charge de la douleur.

B : La CME contribue à l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en relation avec la CDU (Commission Des Usagers) notamment :

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

C : Enfin, la CME :

- Propose, en collaboration avec la Direction Qualité, au Directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. La CDU et la CSIRMT contribuent également à l'élaboration de ce programme.
- Elabore un rapport annuel, en collaboration avec la Direction Qualité, des indicateurs de suivi.

Ce programme d'actions ainsi que le rapport annuel sont tenus à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régional de Santé.

MODALITES DE FONCTIONNEMENT

(Article R. 6144-6 du CSP)

Article 11 : Bureau de la Commission Médicale d'Etablissement

Le bureau de la Commission Médicale d'Etablissement est composé :

- du Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- du Vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- des Présidents des Sous-commissions de la CME ;
- des deux membres de la CME élus pour représenter cette dernière au sein du Conseil de Surveillance ;

- de l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement ;
- un membre de la CME représentant le ou les praticiens responsables du Département d'Information Médicale (DIM).

Le bureau se réunit au moins 8 fois par an sur convocation de son Président, qui fixe l'ordre du jour des réunions en concertation avec le Directeur.

Il peut inviter ou entendre toute personne dont il souhaite solliciter l'avis.

Les missions du bureau de la CME sont :

- la préparation des réunions de la CME, dont l'ordre du jour est arrêté par le Président en concertation avec le Directeur ;
- le suivi régulier des dossiers impliquant la CME, en lien avec le Directeur et ses collaborateurs ;
- la représentation de la CME à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, sur délégation du Président ;
- la définition des modalités d'accueil des personnels médicaux nouvellement recrutés et des internes.

Article 12 : Sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement

La Commission Médicale d'Etablissement met en place des sous-commissions nécessaires à la discussion, à l'analyse et à l'élaboration de ses projets, ainsi qu'à l'organisation médicale. Le mandat de ces commissions expire en même temps que celui de la CME.

Le Président de chaque sous-commission est désigné par le Président de CME après avis de la CME.

Il gère les travaux de la sous-commission, en collaboration avec le Président de CME et le bureau. Il fixe les dates de réunion et les ordres du jour.

Il dresse annuellement un rapport de l'activité de la sous-commission, le communique au Président de la CME et au Directeur et le porte à la connaissance de la CME.

Il élabore pour chaque réunion de sous-commission un relevé de conclusions adressé aux membres de sous-commission et au Président de la CME.

Les représentants de la CME, membres de ces sous-commissions, sont désignés par le Président de la sous-commission. Le Directeur ou ses collaborateurs assistent aux réunions des sous-commissions.

Le règlement intérieur de chaque sous-commission est arrêté par la CME. Les sous-commissions peuvent créer des ateliers ou groupes de travail dont la composition peut comprendre des personnels non médicaux.

Article 13 : Réunions de la Commission Médicale d'Etablissement (Article R.6144-6 du C.S.P.)

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit au moins 4 fois par an.

La CME se réunit sur convocation de son Président qui en fixe l'ordre du jour en concertation avec le Directeur.

Elle peut également se réunir à la demande d'un tiers de ses membres, du Directeur ou encore du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, la convocation et l'ordre du jour sont envoyés au moins 7 jours à l'avance, par courrier électronique, aux membres de la commission, aux personnes qui y siègent avec voix consultative ainsi qu'aux personnes conviées en tant qu'experts.

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

La convocation et l'ordre du jour sont adressés, pour information, à l'ensemble des personnels médicaux de l'établissement, qui peuvent assister aux séances.

Des personnalités extérieures ou des professionnels compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile aux travaux de la CME peuvent être appelés à intervenir en séance sur invitation du Président.

Le Président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, la CME est réunie à nouveau dans un délai minimal de 3 jours.

Article 14 : Assemblée générale des praticiens

Le président de la CME peut décider, si les circonstances le justifient, de réunir l'ensemble des personnels médicaux de l'établissement en Assemblée Générale des praticiens, en dehors de la présence du Directeur de l'établissement.

Article 15 : Quorum et modalités de vote

La Commission Médicale d'Etablissement peut délibérer valablement quel que soit le nombre des membres assistant à la séance.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée ou bien au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du Président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Article 16 : Comptes-rendus

Les séances de la Commission Médicale d'Etablissement font l'objet d'un compte rendu des débats et des avis transmis à tous ses membres. A l'exception des autorités de tutelle, les procès verbaux de la CME ne peuvent être communiqués à des tiers.

Le Président de la CME informe également l'ensemble des personnels médicaux des contributions, avis ou motions émis par la Commission dans le cadre de ses attributions.

Article 17 : Moyens de fonctionnement
(Articles R.6144-6 et D.6143-37-4)

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la Commission Médicale d'Etablissement en mettant à sa disposition des moyens humains et matériels, en particulier un temps de secrétariat pour assurer notamment les tâches de rédaction et d'envoi des courriers et comptes-rendus concernant les réunions de la CME, de son bureau et de ses sous-commissions.

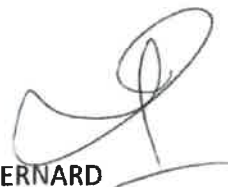
Le Président de la CME



Dr Arnaud MONGO

PÔLE DE SANTÉ VALLÉE DU LOT
Le président de la
Commission Médicale d'Etablissement
Dr Arnaud Elvis Mongo

Le Directeur par intérim,



Sandrine BERNARD

 SQVL	CHARTRE D'UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION (SI)	SQV-GSI-STR-038-V1 Ce document concerne : ☒ PSV ☒ EHPAD GAJAC ☒ SSIAD ☒ CH FUMEL ☒ CH PENNE D'AGENAIS ☒ EHPAD TOURNON D'AGENAIS ☒ IFPS
---	--	--

OBJET

La présente charte a pour objet de définir les règles de bon usage, de sécurité et de confidentialité applicables à l'utilisation du système d'information des établissements parties du GHT Lot et Garonne.

Elle a pour objectif de sensibiliser les utilisateurs aux bonnes pratiques numériques, de protéger les données et ressources des établissements, et de garantir le bon fonctionnement ainsi que la sécurité du système d'information.

Elle précise également les modalités de contrôle mises en œuvre pour assurer la sécurité et le bon usage du système d'information, ainsi que les conséquences pouvant résulter du non-respect des règles définies par la présente charte.

La prise de connaissance et le respect de la présente charte sont obligatoires pour tout utilisateur du système d'information.

La charte est annexée au règlement intérieur des établissements selon les modalités applicables au sein de chacun d'eux.

Les modalités de diffusion, de prise de connaissance et de signature de la présente charte sont définies par chaque établissement.

La signature de la présente charte vaut prise de connaissance et engagement de l'utilisateur à respecter les règles qui y sont définies.

En cas de question relative à la sécurité du système d'information, l'utilisateur peut contacter le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information à l'adresse suivante : rssi@ght47.fr

Pour toute question relative à la protection des données à caractère personnel ou à l'exercice des droits associés, l'utilisateur peut contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante : dpo@ght47.fr.

Table des matières

1. Préambule.....	3
2. Utilisateurs concernés	3
3. Propriété	3
4. Confidentialité	4
4.1. Identification et authentification.....	4
4.2. Données à caractère personnel, données de santé	4
4.3. Responsabilité du GHT Lot et Garonne.....	4
4.4. Responsabilité de l'utilisateur.....	5
5. Internet	5
6. Messagerie Électronique	6
6.1. Sécurisation des données de messagerie	6
6.2. Conseils généraux	6
6.3. Divers	7
6.4. Utilisation personnelle de la messagerie	7
6.5. Utilisation de la messagerie pour la communication destinée aux instances représentatives du personnel	7
7. Téléphonie	7
7.1. Utilisation de la téléphonie mobile.....	7
7.2. Utilisation personnelle de la téléphonie.....	8
8. Continuité de service/assistance	8
8.1. Continuité de service	8
8.2. 8.2 Assistance/prise de main à distance.....	8
9. Télétravail et travail à distance / en déplacement	8
9.1. Télétravail	8
9.2. Travail à distance / en déplacement.....	9
9.3. Accès prestataires.....	9
10. Bonnes pratiques d'utilisation des visioconférences.....	9
11. Bonnes pratiques de l'utilisation de l'IA	10
11.1. Engagements éthiques et protection des données	10
11.2. Droits de propriété intellectuelle.....	10
11.3. Utilisation responsable	10
12. Traitement des données personnelles	10
13. Contrôle des activités	10
13.1. Principe d'intervention des administrateurs	10
13.2. Contrôles automatisés	11
13.3. Contrôles exceptionnels	11
13.4. Assistance et interventions technique.....	11
14. Manquements et sanctions	12
15. Entrée en vigueur de la Charte d'utilisation du SI	12

1. Préambule

Le **GHT Lot et Garonne** met en œuvre un système d'information nécessaire à son activité, comprenant notamment un réseau informatique et téléphonique, des applications mutualisées ainsi que des outils mobiles.

Un système d'information (SI) peut être défini simplement comme un ensemble organisé de ressources (matérielles, logicielles, humaines, données et procédures) qui collectent, traitent, stockent et diffusent des informations afin de soutenir les activités et les processus décisionnels d'une organisation.

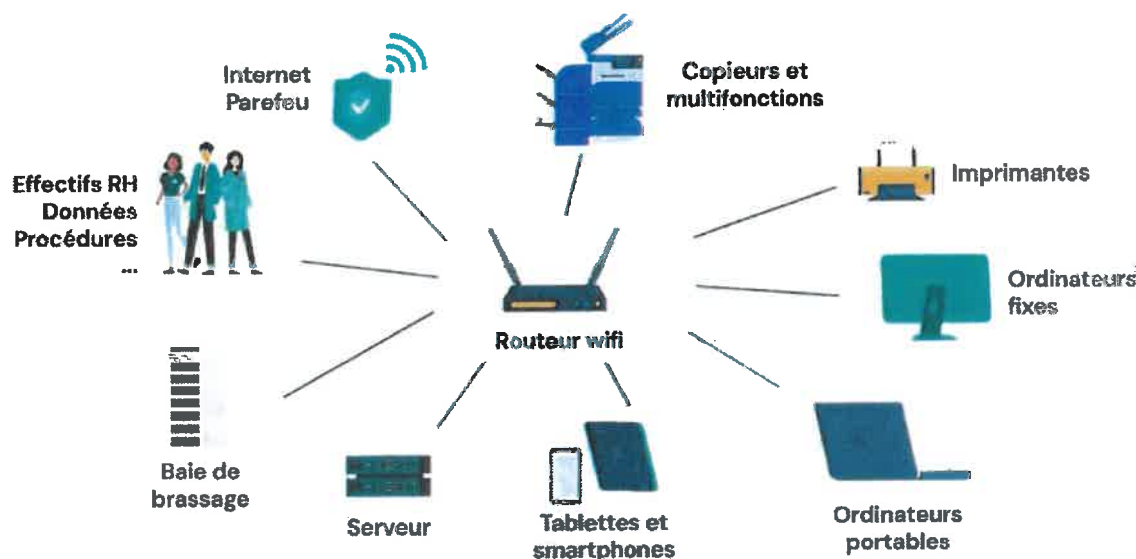


Figure 1: Exemples d'éléments d'un système d'information

Les salariés, dans l'exercice de leurs fonctions, sont conduits à utiliser les outils informatiques et téléphoniques mis à leur disposition et à accéder aux services de communication de **GHT Lot et Garonne**.

Dans un but de transparence à l'égard des utilisateurs, de promotion d'une utilisation dédiée à un usage professionnel, raisonnée dans la consommation des ressources*, responsable et sécurisée du système d'information, la présente charte pose les règles relatives à l'utilisation de ces ressources en lien avec la PSSI (Politique de Sécurité des S.I.) du GHT.

Les ressources numériques (espaces de stockage) et matérielles (impressions papier, ...) doivent être consommées de manière raisonnée.

2. Utilisateurs concernés

La présente charte s'applique à l'ensemble des utilisateurs du système d'information de **GHT Lot et Garonne** quel que soit leur statut, salariés titulaires et contractuels, intérimaires, étudiants, stagiaires, apprentis, employés de sociétés prestataires, professionnels (hors agents de la structure) qui utiliseraient le SI et les moyens mis à disposition.

Cette charte ne concerne pas les résidents de la structure et leurs éventuels visiteurs.

3. Propriété

Tout élément du système d'information tel que défini ci-dessus, mis à disposition des utilisateurs par **GHT Lot et Garonne** reste la propriété exclusive des établissements du GHT représentés par le CHAN en tant qu'établissement support du **GHT Lot et Garonne** sauf dans le cas d'accords particuliers

4. Confidentialité

4.1. Identification et authentification

L'accès au système d'information est protégé par des dispositifs d'authentification tels que des identifiants, mots de passe ou dispositifs d'authentification forte.

Ces moyens d'accès sont personnels, confidentiels et réservés à un usage strictement individuel. Ils permettent d'assurer la sécurité des accès ainsi que la traçabilité des actions réalisées sur le système d'information.

Les utilisateurs doivent veiller à préserver la confidentialité de leurs identifiants. Ceux-ci ne doivent pas être communiqués à un tiers, laissés visibles, conservés sur un support non sécurisé dématérialisé ou non ou enregistrés dans des outils non autorisés.

L'utilisateur doit verrouiller sa session de travail dès qu'il quitte son poste, même temporairement.

4.2. Données à caractère personnel, données de santé

Les données de santé et les données à caractère personnel sont soumises à des règles renforcées de confidentialité, de sécurité et de protection conformément à la réglementation en vigueur, notamment le Code de la santé publique et le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Tout utilisateur amené à consulter, traiter ou transmettre de telles données est tenu au respect du secret professionnel, de la confidentialité des informations et des règles de sécurité applicables au sein de l'établissement.

L'accès aux données de santé est strictement limité aux personnes habilitées dans le cadre de leurs missions et, pour les professionnels participant à la prise en charge, dans le cadre de l'équipe de soins définie par le Code de la santé publique.

Toute consultation, utilisation, transmission ou extraction de données non justifiée par les missions exercées ou la prise en charge du patient est interdite.

Les données sensibles ou confidentielles doivent être protégées par des mesures adaptées de sécurité et ne peuvent être transmises qu'à des destinataires autorisés et via des moyens sécurisés validés par l'établissement.

Tout incident, accès non autorisé, perte de données ou situation présentant un risque pour la confidentialité ou la protection des données personnelles doit être signalé dans les meilleurs délais au RSSI, au DPO et à la Direction selon les procédures en vigueur.

Tout nouveau traitement ou nouvel usage de données personnelles dans un cadre professionnel doit être porté à la connaissance du DPO préalablement à sa mise en œuvre.

4.3. Responsabilité du GHT Lot et Garonne

La Direction des Systèmes d'Information du GHT47 met en œuvre, en lien avec les directions des établissements, le RSSI et le DPO, les moyens techniques et organisationnels nécessaires au bon fonctionnement et à la sécurité du système d'information du GHT Lot et Garonne.

Les personnels intervenant dans le cadre de l'administration, de l'exploitation ou du support du système d'information sont soumis à une obligation de confidentialité concernant les informations auxquelles ils pourraient avoir accès dans le cadre de leurs missions.

Elle met également en œuvre les dispositifs de sauvegarde, de sécurisation et de restauration des systèmes et des données, conformément à la politique de sécurité du système d'information du GHT.

La Direction des Systèmes d'Information du GHT47 participe, en lien avec le RSSI, le DPO, les directions fonctionnelles et les établissements parties du GHT, à l'élaboration et à la mise à jour de la présente charte.

La diffusion, les modalités de prise de connaissance et l'application de la présente charte auprès des utilisateurs relèvent des directions et encadrements des établissements concernés, selon les organisations en vigueur.

4.4. Responsabilité de l'utilisateur

L'utilisateur est responsable des ressources numériques, équipements et accès qui lui sont confiés dans le cadre de son activité professionnelle.

À ce titre, il doit notamment :

- protéger les équipements contre tout dommage, perte ou vol ;
- conserver les matériels dans des conditions de sécurité adaptées ;
- ne pas laisser sans surveillance des équipements ou informations professionnelles dans des lieux non sécurisés ;
- signaler dans les meilleurs délais au support informatique tout dysfonctionnement ou comportement inhabituel ; signaler au RSSI toute suspicion ou tout incident de sécurité affectant le système d'information ;
- signaler au DPO toute situation présentant un risque pour la confidentialité ou la protection des données personnelles ;
- préserver la confidentialité de ses identifiants et ne pas les communiquer à un tiers ;
- veiller à la protection des données sensibles ou confidentielles conformément aux règles de sécurité applicables ;
- limiter autant que possible les usages mixtes entre équipements personnels et professionnels ;
- restituer les équipements et accès mis à disposition lors de son départ de l'établissement.

Sauf autorisation ou procédure validée par la Direction des Systèmes d'Information, il est interdit :

- d'installer, supprimer ou modifier des logiciels ou paramètres de sécurité ;
- d'utiliser des équipements ou dispositifs non autorisés susceptibles de compromettre la sécurité du système d'information ;
- de contourner les dispositifs de sécurité mis en œuvre ;
- d'extraire ou de déplacer des équipements ou données en dehors des conditions prévues par l'établissement.

Il est interdit d'utiliser le système d'information :

- à des fins commerciales ou lucratives personnelles ;
- pour accéder à des contenus illicites ou contraires aux obligations professionnelles ;
- pour réaliser des activités sans lien avec les missions confiées par l'établissement susceptibles de compromettre la sécurité, le fonctionnement ou l'image de celui-ci.

5. Internet

Dans le cadre de son activité professionnelle, l'utilisateur peut disposer d'un accès à Internet. Un usage personnel occasionnel et raisonnable est toléré, sous réserve qu'il ne perturbe pas le fonctionnement du service, la sécurité du système d'information ou l'activité professionnelle.

Pour des raisons de sécurité, de conformité réglementaire ou de bon fonctionnement du système d'information, certains sites, services ou catégories de contenus peuvent être limités, filtrés ou interdits par l'établissement.

L'utilisation à des fins non professionnelles de plateformes de diffusion de contenus multimédias en continu (streaming audio ou vidéo), ainsi que le téléchargement ou le partage de fichiers multimédias, est interdite.

Il est également interdit :

- d'accéder à des contenus illicites ou contraires aux obligations professionnelles ;
- de télécharger ou diffuser des contenus non autorisés susceptibles de compromettre la sécurité du système d'information ;
- d'utiliser des services ou outils non validés présentant un risque pour la sécurité des données ou du réseau de l'établissement.
- L'utilisateur doit rester vigilant lors de sa navigation Internet et éviter l'utilisation de sites ne présentant pas de garanties suffisantes de sécurité, notamment en cas d'absence de connexion sécurisée (HTTPS : présence d'un cadenas) ou d'alerte de certificat de sécurité.

En cas de doute sur un comportement suspect, un message d'alerte ou un site paraissant frauduleux, ou de nécessité professionnelle particulière, l'utilisateur doit solliciter le support informatique ou la Direction des Systèmes d'Information.

Pour des raisons de sécurité, les flux Internet peuvent faire l'objet de dispositifs de filtrage, d'analyse ou de contrôle dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables.

6. Messagerie Électronique

Les échanges réalisés via la messagerie professionnelle doivent respecter les règles de courtoisie, de respect d'autrui, de secret professionnel, de discrétion et, le cas échéant, les obligations déontologiques applicables aux utilisateurs.

L'utilisateur doit faire preuve de vigilance dans ses écrits et dans les informations transmises, les messages électroniques pouvant engager sa responsabilité ainsi que celle de son établissement.

Pour l'exercice de son activité professionnelle, l'utilisateur dispose d'une adresse de messagerie électronique attribuée par son établissement.

La messagerie professionnelle est accessible via un navigateur internet (Webmail) et/ou à partir d'un logiciel de messagerie et à ce titre doit être privilégiée pour tout échange professionnel.

Les messages électroniques reçus sur la messagerie professionnelle font l'objet de dispositifs de sécurité, notamment d'un contrôle antivirus et d'un filtrage anti-spam.

L'utilisateur est invité à signaler au support informatique tout dysfonctionnement ou message suspect constaté.

6.1. Sécurisation des données de messagerie

L'utilisateur doit être particulièrement vigilant lors de la transmission d'informations sensibles, confidentielles ou de données de santé par messagerie électronique.

Les échanges contenant des données de santé doivent être réalisés via une messagerie sécurisée de santé (MSSanté vers les professionnels de santé externes) ou tout autre dispositif sécurisé validé par l'établissement.

Les documents sensibles ou confidentiels transmis par messagerie doivent faire l'objet de mesures de protection adaptées (chiffrement, mot de passe, plateforme sécurisée de transfert de fichiers, anonymisation, etc.).

Pour le transfert de données sensibles ou de santé, des solutions sécurisées de messagerie ou de transfert de fichiers peuvent être mises à disposition des utilisateurs par les établissements parties du GHT.

6.2. Conseils généraux

Avant d'envoyer un email :

- Vérifier si le canal de communication mail est adéquat ou si un appel téléphonique, un échange en direct ou un message sur l'outil collaboratif validé par les établissements n'est pas plus pertinent.
- S'assurer que vous vous adressez bien aux bons destinataires,
- Ajouter les destinataires au mail :
 - Seulement ceux qui sont utiles au sujet, pour plus de sobriété numérique
 - Seulement ceux qui ont la capacité à recevoir ces informations, si données confidentielles ou sensibles
- Si envoi à plus de 20 destinataires :
 - Mettre les adresses emails en cci afin de préserver la confidentialité des adresses mails de chacun.
 - Obligation de passer par une liste de diffusion afin de ne pas bloquer l'envoi ou classer le mail en spam
- Il faut limiter le nombre et la taille des pièces jointes.

L'utilisateur peut envoyer un lien vers la GED pour limiter le poids de son mail.

Pour le transfert de fichiers volumineux vers l'extérieur et s'il n'y a pas de données sensibles, l'utilisateur peut se servir de l'outil sécurisé de transfert fichiers volumineux validé par le GHT. Pour toute demande d'utilisation, prière de solliciter le support informatique.

6.3. Divers

L'utilisateur doit respecter les règles de communication et les chartes graphiques applicables au sein de son établissement, notamment concernant l'utilisation de la messagerie professionnelle et des signatures électroniques.

En cas d'absence, l'utilisateur est invité à activer un message d'absence sur sa messagerie professionnelle et à orienter, lorsque cela est nécessaire, les correspondants vers un contact ou un service en mesure d'assurer la continuité de l'activité.

Afin de garantir le bon fonctionnement des outils de messagerie, l'utilisateur est invité à supprimer régulièrement les messages et pièces jointes devenus inutiles.

6.4. Utilisation personnelle de la messagerie

Les messages à caractère personnel sont tolérés, à condition de respecter la législation en vigueur, de ne pas perturber le bon fonctionnement du système d'information et de respecter les principes posés dans la présente charte.

Les messages envoyés doivent être signalés par la mention "Privé " dans leur objet et être classés dès l'envoi dans un dossier lui-même dénommé de la même façon.

Les messages reçus doivent être également classés, dès réception, dans un dossier lui-même dénommé "Privé".

En cas de manquement à ces règles, les messages sont présumés être à caractère professionnel et peuvent être consultés par toutes personnes habilitées dans le cadre de leurs fonctions.

Si l'utilisation modérée de la messagerie professionnelle est tolérée pour un usage personnel, cet usage doit être rester limité afin de bien séparer les usages et les équipements professionnels et personnels.

L'utilisateur ne doit pas communiquer son adresse email professionnelle sur des sites sans lien avec son activité ou auprès de contacts non professionnels.

6.5. Utilisation de la messagerie pour la communication destinée aux instances représentatives du personnel

Les échanges identifiés comme relevant de l'exercice du droit syndical ou de la représentation du personnel font l'objet des protections prévues par les dispositions légales et réglementaires applicables.

Les messages envoyés doivent être signalés par la mention "Représentants du personnel" dans leur objet et être classés dès l'envoi dans un dossier lui-même dénommé de la même façon.

Les messages reçus doivent être également classés, dès réception, dans un dossier lui-même dénommé "Représentants du personnel".

Par défaut, les messages échangés avec les représentants du personnel sur l'adresse email mise à leur disposition ne seront pas consultés.

7. Téléphonie

7.1. Utilisation de la téléphonie mobile

Dans le cadre de leur activité professionnelle, les utilisateurs peuvent disposer d'équipements de téléphonie fixe ou mobile mis à disposition par leur établissement.

L'utilisation des terminaux mobiles permettant un accès à Internet, à la messagerie électronique ou aux applications professionnelles est soumise aux mêmes règles de sécurité, de confidentialité et de bon usage que les autres outils du système d'information.

Les communications réalisées par SMS ou via des outils de messagerie instantanée professionnelle doivent respecter les mêmes obligations de confidentialité, de discrétion et de vigilance que les échanges réalisés par courrier électronique.

7.2. Utilisation personnelle de la téléphonie

L'utilisation occasionnelle et raisonnable des moyens de téléphonie à des fins personnelles est tolérée, sous réserve qu'elle ne perturbe pas le fonctionnement du service ni l'activité professionnelle.

Les éventuels surcoûts liés à des usages personnels non autorisés ou excessifs, notamment les appels surtaxés ou les communications internationales hors cadre professionnel, pourront être refacturés à l'utilisateur concerné selon les modalités applicables au sein de l'établissement.

8. Continuité de service/assistance

8.1. Continuité de service

Afin d'assurer la continuité de l'activité, chaque utilisateur doit veiller à organiser l'accès aux documents et informations nécessaires au fonctionnement de son service, sans communication de ses mots de passe personnels.

En cas d'absence prévisible ou départ définitif, l'utilisateur doit mettre en place les mesures permettant d'assurer la continuité d'activité, notamment :

- l'activation d'un message d'absence sur sa messagerie professionnelle ;
- l'identification d'un contact ou relais au sein du service ;
- le stockage des documents professionnels dans les espaces partagés ou outils prévus à cet effet.

En cas d'absence imprévue ou prolongée, lorsque les nécessités de service le justifient, la direction de l'établissement peut demander à la Direction des Systèmes d'Information un accès limité aux informations strictement professionnelles nécessaires à la continuité de l'activité du service, notamment à la messagerie professionnelle ou à l'espace de travail de l'utilisateur.

Les messages et fichiers identifiés comme personnels, notamment par la mention « Privé » ou relevant de l'exercice du droit syndical, ne peuvent être consultés sauf dans les cas prévus par la loi.

De surcroît, en cas de départ définitif d'un utilisateur, les accès au système d'information sont supprimés dans un délai conforme aux règles de gestion des comptes en vigueur. Les documents strictement professionnels nécessaires à la continuité d'activité peuvent être transmis, avant le départ, au responsable ou au successeur désigné.

8.2 Assistance/prise de main à distance

Dans le cadre de l'assistance technique aux outils informatiques et applications métiers, les agents habilités de la Direction des Systèmes d'Information peuvent être amenés à réaliser une prise en main à distance du poste ou de la session de l'utilisateur afin d'effectuer des opérations de support, de maintenance ou de résolution d'incident.

Cette intervention est réalisée à la demande de l'utilisateur ou avec son accord, sauf nécessité technique ou incident de sécurité nécessitant une intervention immédiate pour assurer la protection ou la continuité du système d'information.

9. Télétravail et travail à distance / en déplacement

9.1. Télétravail

Le télétravailleur est tenu de respecter les règles applicables au sein de son établissement concernant la sécurité du système d'information, la confidentialité des données et l'utilisation des outils numériques mis à sa disposition, notamment les dispositifs d'authentification forte.

Il doit assurer la confidentialité, l'intégrité et la protection des informations et documents auxquels il accède dans le cadre de son activité professionnelle, quel qu'en soit le support.

Le télétravailleur s'engage à ne pas conserver ou extraire de données professionnelles en dehors des outils et espaces sécurisés mis à disposition par l'établissement.

Les conditions administratives et assurantielles liées au télétravail relèvent des procédures et dispositions applicables au sein de chaque établissement.

9.2. Travail à distance / en déplacement

Lorsqu'il se connecte en dehors des sites des établissements parties du GHT, l'utilisateur doit privilégier des connexions sécurisées, notamment via son réseau domestique ou le partage de connexion de son équipement professionnel, et éviter l'utilisation de réseaux publics ou non maîtrisés.

L'utilisateur doit rester vigilant lors de ses déplacements afin de protéger les équipements, les accès et les informations consultées, notamment en veillant à masquer les informations sensibles affichées à l'écran et à ne pas laisser de matériel sans surveillance.

Pour des raisons de sécurité, les connexions depuis l'étranger sont interdites sauf autorisation exceptionnelle validée par la Direction des Systèmes d'Information.

Les matériels mobiles confiés aux utilisateurs peuvent être utilisés dans le cadre des besoins professionnels conformément aux règles en vigueur au sein de l'établissement. La sortie de matériels mutualisés ou sensibles peut être soumise à autorisation et à traçabilité.

9.3. Accès prestataires

Les accès distants accordés aux prestataires doivent respecter les dispositifs de sécurité définis par la Direction des Systèmes d'Information, notamment l'utilisation des outils d'accès sécurisés mis à disposition.

Tout accès prestataire doit être autorisé et tracé conformément aux procédures applicables. Les intervenants concernés doivent prendre connaissance de la présente charte.

10. Bonnes pratiques d'utilisation des visioconférences

L'utilisation des outils de visioconférence doit respecter des règles strictes pour garantir la sécurité des échanges et la protection des données personnelles. Pour les organisateurs, il est recommandé de configurer systématiquement les réunions avec un mot de passe ou une salle d'attente, de limiter l'accès aux seuls participants autorisés, et de désactiver les fonctionnalités non essentielles (comme le partage d'écran ou les annotations) si elles ne sont pas nécessaires.

Tout enregistrement vidéo, audio ou transcription des échanges doit faire l'objet d'un consentement préalable, explicite et individuel de la part de tous les participants. Ce consentement doit être recueilli en début de réunion, avec une mention claire de la finalité du traitement : l'amélioration de la rédaction des comptes-rendus, conformément à l'enregistrement RGPD du GHT. Il sera précisé que les transcriptions pourront être analysées par une solution d'IA afin de générer des comptes-rendus, que ce soit à partir des interventions individuelles ou des échanges en salle. En cas de refus d'un participant, l'organisateur devra exclure ses interventions de la transcription et de l'analyse par IA, ou renoncera à l'enregistrement si la plateforme ne permet pas cette exclusion sélective. Les enregistrements et transcriptions seront stockés dans un espace sécurisé, accessibles uniquement aux personnes autorisées, et supprimés dès qu'ils ne sont plus nécessaires, conformément au RGPD.

Pour les participants, y compris lorsqu'il est en télétravail, il est recommandé de vérifier la légitimité du lien de connexion et de ne le partager qu'avec les personnes concernées. Les participants peuvent également demander à participer sans activation de leur caméra ou micro si cela est compatible avec l'objectif de la réunion. Enfin, tous les utilisateurs doivent veiller à ne pas divulguer d'informations sensibles via leur environnement visuel ou sonore.

11. Bonnes pratiques de l'utilisation de l'IA

11.1. Engagements éthiques et protection des données

L'utilisation d'outils d'intelligence artificielle (IA), notamment générative, dans le cadre professionnel doit respecter les règles applicables en matière de confidentialité, de protection des données personnelles, de secret professionnel et de sécurité du système d'information.

Il est interdit de transmettre à un outil d'IA non explicitement approuvé par l'établissement ou le GHT des données personnelles, des données de santé ou toute information confidentielle, sensible ou stratégique.

L'utilisation des outils d'IA doit respecter le cadre réglementaire applicable, notamment le RGPD et l'IA Act.

11.2. Droits de propriété intellectuelle

Les utilisateurs doivent veiller au respect des droits de propriété intellectuelle lors de l'utilisation d'outils d'IA générative, notamment concernant les contenus produits, réutilisés ou diffusés dans un cadre professionnel.

En cas de réutilisation de contenus générés par une IA, l'utilisateur doit rester vigilant quant à l'origine des informations et, lorsque cela est pertinent, identifier les sources utilisées.

11.3. Utilisation responsable

Les utilisateurs doivent conserver un esprit critique face aux contenus générés par les outils d'IA, qui peuvent comporter des erreurs, approximations ou biais.

Les contenus produits par une IA demeurent sous la responsabilité de l'utilisateur et doivent, lorsque nécessaire, faire l'objet d'une vérification humaine préalable avant toute utilisation ou diffusion.

Les modalités d'usage et de gouvernance des outils d'intelligence artificielle pourront être précisées par une politique dédiée du GHT ou des établissements parties.

12. Traitement des données personnelles

La loi « Loi Informatique et Liberté » (LIL) n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée le 1 juin 2019 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, définit les conditions dans lesquelles des traitements de données personnelles peuvent être opérés.

Des traitements de données, automatisés et manuels, sont effectués dans le cadre des systèmes de contrôle, prévus dans la présente charte. Ils sont enregistrés dans le registre de traitement conformément au RGPD applicable depuis le 25/05/2018. Tout utilisateur pourra avoir accès aux données le concernant et ces données ne seront conservées que pour la durée nécessaire à leur utilisation.

Dans le respect du principe de transparence du RGPD, et promu par la CNIL, les utilisateurs du S.I. des établissements du GHT souhaitant réaliser, dans le cadre professionnel, des traitements relevant de la LIL, du RGPD ou de l'IA-Act sont invités à prendre contact avec le Délégué à la Protection des Données dpo@ght47.fr avant d'y procéder.

13. Contrôle des activités

13.1. Principe d'intervention des administrateurs

Afin d'assurer la sécurité, le bon fonctionnement et la continuité du système d'information, des dispositifs techniques de supervision, de journalisation et de contrôle peuvent être mis en œuvre par les établissements parties du GHT dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables.

Les administrateurs et personnels habilités intervenant sur le système d'information sont soumis à une obligation de confidentialité concernant les informations auxquelles ils pourraient avoir accès dans le cadre de leurs missions

Sont considérées comme habilitées les personnes disposant d'une autorisation d'accès dans le cadre de leurs fonctions ou missions, notamment pour des activités d'administration, de support, de maintenance, de sécurité, d'assistance,

de continuité de service, d'encadrement, de gestion administrative, d'audit ou afin de répondre à des obligations légales ou réglementaires.

Les informations ainsi consultées ne peuvent être communiquées qu'aux seules personnes habilitées et dans le strict cadre des nécessités de service, de sécurité du système d'information ou des obligations légales et réglementaires applicables

13.2. Contrôles automatisés

Des journaux techniques et dispositifs de supervision peuvent être mis en œuvre afin notamment :

- d'assurer la sécurité du système d'information ;
- de détecter les anomalies, incidents ou tentatives d'intrusion ;
- de garantir la traçabilité des accès et opérations réalisées sur les outils numériques ;
- d'assurer le bon fonctionnement des services et équipements.

Peuvent notamment être journalisés :

- les connexions aux applications, réseaux et services numériques ;
- les accès à la messagerie et à Internet ;
- certaines opérations techniques réalisées sur les systèmes et équipements ;
- les volumes d'utilisation de certains services, notamment d'impression ou de téléphonie, ou de messagerie
- ces traitements sont réalisés dans le respect des règles applicables en matière de protection des données personnelles et des durées de conservation prévues.

Ces journaux ne pourront être consultés que par les personnes habilitées selon le contexte.

13.3. Contrôles exceptionnels

En cas de nécessité liée à la sécurité du système d'information, à la continuité de service, à une obligation légale ou réglementaire, ou à un incident signalé, ou sur demande formalisée et motivée de la Direction de l'établissement concerné, des vérifications ciblées peuvent être réalisées par les personnes habilitées.

Ces vérifications peuvent porter sur les espaces de travail professionnels, les équipements mis à disposition, les espaces de stockage professionnels, les journaux techniques ou la messagerie professionnelle, dans la stricte limite des besoins liés à l'intervention ou au contrôle réalisé.

Sauf risque particulier, urgence ou obligation légale, les contrôles réalisés sur les espaces ou contenus professionnels d'un utilisateur sont effectués avec son information préalable ou en sa présence lorsque cela est possible.

Les fichiers, messages ou contenus explicitement identifiés comme personnels, notamment par la mention « Privé », ainsi que les contenus relevant de l'exercice du droit syndical, bénéficient des protections prévues par la réglementation applicable et ne peuvent être consultés que dans les conditions prévues par celle-ci.

13.4. Assistance et interventions technique

Dans le cadre de leurs missions de support, de maintenance ou de sécurité, les agents habilités de la Direction des Systèmes d'Information peuvent être amenés à intervenir à distance sur les équipements ou sessions des utilisateurs afin notamment :

- d'effectuer des opérations de maintenance ;
- de réaliser des mises à jour ;
- d'effectuer des analyses de sécurité ;
- d'assurer une assistance technique ou une résolution d'incident.

Ces interventions sont réalisées à la demande de l'utilisateur ou avec son information préalable, sauf nécessité technique ou incident de sécurité nécessitant une intervention immédiate.

14. Manquements et sanctions

Chaque utilisateur doit se conformer aux procédures et règles de sécurité édictées par la Direction de chaque établissement dans le cadre de la présente charte.

Le non-respect des règles définies dans la présente charte peut conduire, selon la nature et la gravité des faits constatés, à la mise en œuvre de mesures techniques de protection du système d'information, telles que :

- La suspension des accès aux ressources numériques
- Des poursuites disciplinaires
- Des poursuites civiles et pénales.

L'utilisateur est informé que la Direction de l'établissement concerné est tenue de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République ».

Les utilisateurs sont notamment soumis aux dispositions applicables du Code pénal, du Code de la santé publique, du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi informatique et liberté (LIL) et du Code général de la fonction publique. A ce titre, le Délégué à la Protection des Données est tenu de signaler à la CNIL tout mésusage ayant entraîné une violation d'accès à des données à caractère personnel.

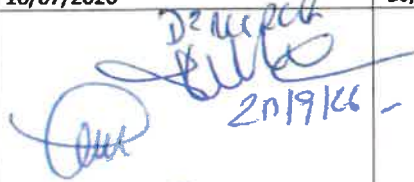
15. Entrée en vigueur de la Charte d'utilisation du SI

A compter de la date de signature de la procédure

16. Attestation de prise de connaissance de l'utilisateur de la Charte d'utilisation du SI

Nom	Prénom	Service	Date	Signature

Elaboration et gestion des documents qualité

	REDACTION	VALIDATION	APPROBATION
Noms - Fonctions	Bernard POULLELAOUEN DPO	Jean-François VINET Président du Comité Stratégique du GHT 47 Arnaud MONGO Président CME CH Sébastien MURCIA Président CME GCS Stéphanie SAHUC Président CME Myriam POUGET Président CME	Michel MARSAND – Responsable Qualité Gestion des Risques
Date	16/07/2026	16/07/2026	16/07/2026
Visa		   	

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Indice de révision	Date	Nature des modifications apportées
01	16/07/2026	Création

REFERENCES

Règlementaire :	Documents internes associés :
Autres :	

ENREGISTREMENTS QUALITE DE LA PROCEDURE

Désignation	Stockage	Accessibilité	Préservation	Durée de conservation	Elimination (qui et comment éventuellement)
	Classeur papier bureau SQVL Dossier informatique GED SQVL	Responsable et assistant SQVL	Format papier Format informatique Blue Medi	Sans	Responsable et assistant SQVL



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

CHARTRE ÉTHIQUE, BIENTRAITANCE ET ACCOMPAGNEMENT DU GRAND AGE EHPAD VALLÉE DU LOT

1. L'humanité et la dignité passent par une attitude de déférence et de souci de l'autre. Il s'inscrit au quotidien dans le respect à la liberté de penser, à la liberté d'action, en toutes circonstances, mais également au regard du respect de l'intégrité physique et psychique.
2. La vie en institution ne doit pas abolir la liberté de droit commune à chaque citoyen, dans une expression multidimensionnelle: liberté d'aller et venir, liberté de choix (alimentaires, ergonomiques, vestimentaires), liberté de rencontre (accès à la citoyenneté, temps de rencontre avec soi-même (solitude).
3. Le consentement de la personne accueillie est recherché et réévalué pour chaque acte de la vie quotidienne et dans le parcours de santé. En pratique, les personnes doivent avoir accès à l'information pour pouvoir délibérer en conscience et ce quel que soit l'efficacité cognitive afin de garantir l'effectivité de leur choix (positionnement à table, dans les salles d'activités, dans les salles de repos.
4. Quelque soit le niveau de dépendance, psychique ou physique, l'accès aux soins doit demeurer équitable. Il s'appuie sur l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire et l'interrogation réflexive des besoins fondamentaux présentés par les personnes (prothèses sensorielles, contacts entre pairs, habitudes de vie).
5. L'intimité de la personne accueillie est désignée par le respect de son espace privé (chambre) qui peut également abriter une vie sexuelle (choix d'une chambre double ou simple). Le besoin d'attachement et de vie affective (familles/proches) s'établit nécessairement par la mise à disposition d'un espace dédié au sein de la structure.
6. La reconnaissance de la singularité de la personne accueillie fait sens au travers de la personnalisation de :
 - son espace privé (chambre : meuble personnel, tableaux sur les murs, photos, fleurs sur les balcons)
 - du respect de ses affaires personnelles (vêtements, bijoux),
 - du choix du sujet désirant autour des activités quotidiennes au travers du projet d'animation (vie sociale, espace de rencontre, espace culturel),
 - dans une temporalité continue, du lundi au dimanche.
7. Avoir la meilleure qualité de vie possible en institution se traduit par la disponibilité des soignants dans leur écoute afin d'assurer la continuité de leur inclusion dans le monde social (sorties, courses, marchés, animation), extra-muros, L'accompagnement en fin de vie des résidents par les soignants et/ou les familles s'inscrit dans le respect du culte du résident.
8. Le lien de confiance et de coopération doit être recherché activement, entre la famille, les proches, le résident et les professionnels de santé, afin de respecter celui-ci dans son entité physique et psychique.
9. La lutte contre la maltraitance se traduit aussi par un espace de réflexion où la dimension éthique, l'analyse de pratique et les temps d'échange favorisent son repérage et garantissent la prévention de celle-ci.
10. Vivre en institution, c'est aussi participer à son fonctionnement, en garantissant le partage des informations (transparence) et la pérennité du vivre ensemble : pouvoir se rencontrer, se concerter, délibérer ensemble, s'opposer et agir.

CHARTE ROMAIN JACOB

Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap

Valoriser l'image
que la personne
en situation de
handicap perçoit
d'elle-même

Valoriser
l'accompagnement

Exprimer
les
besoins

Intégrer la santé au
parcours de vie des
personnes en situation
de handicap

Construire une
culture
professionnelle
commune

Coordonner
le parcours de
santé

Organiser l'accès
aux soins et à la
prévention

Faciliter et
développer
l'accès aux soins
ambulatoires

Prévenir et adapter
l'hospitalisation
avec ou sans
hébergement

Améliorer la
réponse aux
urgences
médicales

Faciliter le retour aux
technologies de
l'information et de la
communication

Mettre en
oeuvre et
évaluer
la charte



HANDIDACTIQUE

*Pour plus d'informations,
accédez directement au
site handifaction.fr*

CHARTRE de la laïcité

DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.

Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifestar ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

La **liberté de conscience est garantie aux agents publics**. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

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

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

