



REGLEMENT INTERIEUR

DU CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX

Le présent règlement intérieur, du Centre Hospitalier de Périgueux, s'inscrit dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire, qui confère aux établissements publics de santé, une certaine liberté en matière d'organisation interne.

Ce document, qui va au-delà des thématiques, rendues obligatoires par le code de santé publique, regroupe les principales règles, formalisées, d'organisation et de fonctionnement du Centre Hospitalier de Périgueux, en cinq chapitres consacrés à l'organisation générale de l'établissement, les mesures de police générale, les dispositions relatives aux patients et aux résidents, les dispositions financières et les dispositions relatives au personnel.

Pour faciliter sa consultation, les thèmes abordés sont présentés sous forme de synthèses, complétées, en annexes, des principales notes internes d'organisation et documents, correspondants.

Pour élargir son accès auprès des professionnels de l'établissement, ce règlement sera mis en ligne sur le logiciel de gestion documentaire et sur l'Intranet.

Ce règlement sera également mis en ligne sur le site Internet du Centre Hospitalier de Périgueux.

Les modalités d'adoption, de communication et de mise à jour du présent règlement intérieur sont indiquées au dernier chapitre (« CHAPITRE VI »).

SOMMAIRE

CHAPITRE I - ORGANISATION GENERALE

I.1 - Conseil de Surveillance	p 15
I.2 - Directeur	p 16
I.3 - Directoire	p 17
I.4 - Charte de gouvernance	p 18
I.5 - Régime de publicité des actes décisionnaires	p 19
I.6 - Commission Médicale d'Établissement (CME)	p 19
1. Commission relative à l'organisation de la permanence des soins	p 23
2. Commission des soins non programmés	p 23
3. Commission du développement professionnel continu et de l'évaluation des pratiques professionnelles (DPC et EPP)	p 25
4. Commission du risque infectieux (CRI)	p 26
5. Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH)	p 26
6. Commission des Produits de Santé (CPS)	p 27
7. Comité de lutte contre la douleur (CLUD)	p 27
8. Comité de Liaison en Alimentation Nutrition (CLAN)	p 28
9. Collège de l'information médicale	p 29
10. Comité d'éthique	p 29
11. Comité de Pilotage Qualité - Risques - Evaluation	p 30
12. Commission de gestion des risques et des vigilances (COVIRIS)	p 31
13. Sous commission de l'investissement médical	p 32
14. Commission des fluides médicaux	p 32
I.7 - Comité technique d'établissement (CTE)	p 33
I.8 - Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)	p 34
I.9 - Commissions administratives paritaires locales (CAPL)	p 36
I.10 - Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	p 37
I.11 - Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)	p 38
I.12 - Conseil de la Vie Sociale	p 39
I.13 - Commission de l'activité libérale	p 40
I.14 - Conseil de bloc opératoire	p 41
I.15 - Comité de la qualité de l'air	p 42
I.16 - Comité de l'eau	p 43
I.17 - Commission de radioprotection	p 43
I.18 - Commission des marchés	p 43
I.19 - Commission de groupements de commande	p 43
I.20 - Commission des menus	p 43

CHAPITRE II - MESURES DE POLICE GENERALE

II.1 - Sécurité Incendie	p 45
II.2 - Circulation des véhicules et stationnement	p 45
II.3 - Fermeture des accès voie publique	p 45
II.4 - Animaux	p 45
II.5 - Interdiction de fumer	p 45
II.6 - Téléphones portables	p 46
II.7 - Respect des règles d'hygiène	p 46
II.8 - Objets et produits interdits	p 46
II.9 - Conditions d'exercice du droit de visite	p 46
II.10 - Troubles causés par le patient	p 47
II.11 - Règles d'accès spécifiques relatives aux prestataires extérieurs, fournisseurs, transporteurs	p 47
II.12 - Sécurité des ordonnances et des tampons médicaux	p 47
II.13 - Protocole sécurité	p 47

CHAPITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

SECTION 1 - DROITS DES PATIENTS

III.1.1 - Chartes des droits des patients	p 49
III.1.2 - Maison des usagers	p 49
III.1.3 - Accueil	p 49
III.1.4 - Information du patient et de l'entourage	p 50
III.1.5 - Personne de confiance	p 50
III.1.6 - Consentement aux soins	p 50
III.1.7 - Accès au dossier médical	p 51
III.1.8 - Anonymat demandée par le patient	p 52
III.1.9 - Exercice du culte	p 52
III.1.10 - Prise de vue et utilisation de l'image de la personne	p 52

SECTION 2 - ADMISSION

III.2.1 - Modalités d'admission	p 52
III.2.2 - Admission en urgence	p 53
III.2.3 - Transfert après premiers secours du patient	p 53
III.2.4 - Dépôt des biens et valeurs	p 54
III.2.5 - Régime d'hospitalisation	p 54
III.2.6 - Activité libérale	p 54
III.2.7 - Identification des patients hospitalisés	p 55
III.2.8 - Dispositions particulières	p 55
1 - Femmes enceintes	p 55
2 - Militaires	p 55
3 - Détenus	p 55

4 - Mineurs	p 56
5 - Majeurs légalement protégés	p 57
6 - Patients toxicomanes	p 57
7 - Patients hospitalisés sans leur consentement	p 57

SECTION 3 - CONDITIONS DE SEJOUR

III.3.1 - Repas	p 58
III.3.2 - Gratifications	p 58
III.3.3 - Respect du libre choix des patients et des familles	p 58
III.3.4 - Services mis à la disposition des patients	p 58

SECTION 4 - SORTIES

III.4.1 - Formalités de sortie	p 59
III.4.2 - Permission de sortie	p 59
III.4.3 - Sortie contre avis médical	p 59
III.4.4 - Sortie des mineurs	p 60
III.4.5 - Sortie des nouveaux-nés	p 60
III.4.6 - Transport en ambulance	p 60
III.4.7 - Questionnaire de sortie	p 60

SECTION 5 - FIN DE VIE, DECES

III.5.1 - Fin de vie	p 61
III.5.2 - Constat du décès	p 61
III.5.3 - Annonce et notification du décès	p 61
III.5.4 - Sortie de corps à résidence avant mise en bière	p 62
III.5.5 - Déclaration d'enfant sans vie	p 62
III.5.6 - Indices de mort violente ou suspecte	p 62
III.5.7 - Inventaire après décès	p 62
III.5.8 - Dévolution des biens des hospitalisé décédés	p 62
III.5.9 - Mesures de police sanitaire	p 62
III.5.10 - Séjour en chambre mortuaire	p 62
III.5.11 - Réclamation du corps pour inhumation ou crémation	p 63
III.5.12 - Registre de suivi de corps	p 63
III.5.13 - Autopsie	p 63
III.5.14 - Prélèvement d'organes et de tissus	p 63

TITRE II - DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX RESIDENTS DES EHPAD PARROT-BEAUFORT MAGNE ET DE L'USLD

p 64

SECTION 1 - CONDITIONS GENERALES DE FONCTIONNEMENT DES EHPAD PARROT ET BEAUFORT MAGNE ET DE L'USLD

III.1.1 - Le Conseil de Surveillance	p 64
III.1.2 - Le Directeur	p 64
III.1.3 - Le Comptable	p 64
III.1.4 - Le Conseil de la vie sociale	p 65

III.1.5 - Le Médecin coordonnateur	p 65
III.1.6 - Le Personnel	p 65
III.1.7 - Les Intervenants extérieurs	p 65
III.1.8 - Les Bénévoles V.M.E.H. et Aumônerie	p 65
III.1.9 - Sécurité des biens et des personnes	p 66
III.1.10 - Biens et valeurs personnels	p 66
III.1.11 - Assurances	p 66
III.1.12 - Situations exceptionnelles	p 66
1 - Fortes chaleurs	p 66
2 - Continuité du service en cas de circonstances exceptionnelles	p 67
3 - Lutte contre les infections nosocomiales	p 67
4 - Autres vigilances sanitaires	p 67
5 - Sécurité Incendie	p 67

SECTION 2 - ADMISSION

III.2.1 - Conditions générales	p 68
III.2.2 - Conditions particulières	p 68
1 - Évaluation de l'autonomie du résident	p 68
2 - Critères d'attribution de la chambre	p 69

SECTION 3 - SUIVI MEDICAL ET MEDECIN TRAITANT

III.3.1 - E.H.P.A.D. BEAUFORT-MAGNE	p 69
III.3.2 - E.H.P.A.D. PARROT	p 69
III.3.3 - Continuité des soins et Urgences médicales	p 69
III.3.4 - Médecin coordonnateur	p 70
III.3.5 - Médecins spécialistes et pharmacie	p 70
III.3.6 - Soins dentaires, lunettes et prothèses	p 70
III.3.7 - Autres services	p 70

SECTION 4 - DELIVRANCE DES SOINS

III.4.1 - Agrément conventionné	p 71
III.4.2 - Dossier médical	p 71

SECTION 5 - COUT DU SEJOUR

III.5.1 - Hébergement	p 71
III.5.2 - Forfait Soins	p 71
III.5.3 - Dépendance	p 71
III.5.4 - Date d'effet du tarif journalier - Provision	p 72
III.5.5 - Tarif journalier à la date de conclusion du contrat	p 72
III.5.6 - Obligés alimentaires	p 72
III.5.7 - Refus de paiement	p 73

<u>SECTION 6 - SOMME MINIMALE A LAISSER A LA DISPOSITION DES RESIDENTS BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE</u>	p 73
<u>SECTION 7 - CONGES - HOSPITALISATIONS</u>	
III.7.1 - Congés	p 73
III.7.2 - Hospitalisation	p 73
<u>SECTION 8 - DUREE - RENOUVELLEMENT DU CONTRAT DE SEJOUR</u>	p 73
<u>SECTION 9 - RESILIATION DU CONTRAT DE SEJOUR</u>	p 74
<u>SECTION 10 - MEUBLES ET OBJETS PERSONNELS</u>	
III.10.1 - Meubles	p 74
III.10.2 - Téléviseur	p 74
III.10.3 - Téléphone	p 74
III.10.4 - Objets précieux	p 75
III.10.5 - Prothèses	p 75
III.10.6 - Assurance	p 75
<u>SECTION 11 - ENTRETIEN DU LINGE</u>	p 75
<u>SECTION 12 - HORAIRES DES VISITES - SECURITE</u>	
III.12.1 - Horaires des visites	p 76
III.12.2 - Fermeture des portails d'accès - Sécurité de nuit	p 76
III.12.3 - Sécurité incendie et électrique	p 76
III.12.4 - Tabac	p 76
<u>SECTION 13 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR</u>	
III.13.1 - Courrier	p 77
III.13.2 - Culte	p 77
III.13.3 - Coiffeurs	p 77
III.13.4 - Pédicure	p 78
<u>SECTION 14 - VIE COMMUNAUTAIRE - LOISIRS</u>	
III.14.1 - Repas	p 78
III.14.2 - Horaires des repas	p 78
III.14.3 - Activités - Loisirs - Animation	p 79
<u>SECTION 15 - RESPECT DES VOLONTES</u>	p 79
<u>SECTION 16 - GARANTIES DES DROITS DES RESIDENTS</u>	
III.16.1 - Politique générale de l'établissement : Projet de vie	p 79
III.16.2 - Droits et libertés	p 80

III.16.3 - Conseil de la vie sociale	p 81
III.16.4 - Le dossier du résident	p 82
III.16.5 - Recours et médiation	p 83

SECTION 17 - DEVOIRS DES RESIDENTS

p 83

SECTION 18 - DEVELOPPEMENT DE LA BIENTRAITANCE ET RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

p 84

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS FINANCIERES

IV.1 - Tarifs applicables à l'IFSI	p 86
IV.2 - Frais de séjour des personnes accompagnant les malades	p 86
IV.3 - Tarifs de la chambre mortuaire hospitalière	p 87
IV.4 - Tarifs dans le cadre de la communication des examens radiologiques	p 87
IV.5 - Tarifs des prestations annexes	p 87
IV.6 - Tarifs des repas au restaurant du personnel	p 87
IV.7 - Tarifs forfaitaires pour la réalisation de transports sanitaires de patients hospitalisés	p 88
IV.8 - Tarifs forfaits journaliers hébergement et dépendance	p 88

CHAPITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

SECTION 1 - OBLIGATIONS DES PERSONNELS

V.1.1 - Assiduité et ponctualité	p 91
V.1.2 - Obligation de servir	p 92
V.1.3 - Information du supérieur hiérarchique	p 92
V.1.4 - Bon usage des biens de l'hôpital	p 92
V.1.5 - Bonne utilisation du système d'information	p 93
V.1.6 - Obligation de signalement des incidents ou des risques	p 93
V.1.7 - Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés à l'hôpital	p 93
V.1.8 - Témoignage en justice ou auprès de la police	p 93
V.1.9 - Obligation de désintéressement	p 94
V.1.10 - Interdiction d'exercer une activité privée lucrative	p 94
V.1.11 - Comportement général du salarié	p 94
V.1.12 - Identification du personnel	p 95
V.1.13 - Tenue vestimentaire de travail	p 95
V.1.14 - Secret professionnel	p 95
V.1.15 - Obligation de réserve et de discrétion professionnelle	p 96
1- Obligation de réserve et principe de neutralité	p 96
2- Obligation de discrétion professionnelle	p 96
V.1.16 - Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme	p 96

V.1.17 - Obligation d'assurer le confort du patient	p 96
V.1.18 - Respect des règles d'hygiène et de sécurité	p 97
V.1.19 - Organisation du temps de travail (personnel non médical)	p 97
V.1.20 - Discipline	p 97

SECTION 2 - DROITS DES PERSONNELS

V.2.1 - Accueil et intégration des nouveaux agents	p 98
V.2.2 - Services à la disposition du personnel	p 98

CHAPITRE VI - APPROBATION, COMMUNICATION ET MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

VI.1 - Approbation du règlement intérieur	p 101
VI.2 - Communication du règlement intérieur	p 101
VI.3 - Mise à jour du règlement intérieur	p 101

DOCUMENTS ANNEXES (sommaire) p 102

CHAPITRE I - ORGANISATION GENERALE

ANNEXE I.1 : Arrêté ARS du 3 Juin 2010 relatif à la composition du conseil de surveillance du Centre Hospitalier

ANNEXE I.2.1 : Note de service N° 91/148 du 24 Octobre 1991, précisant les modalités d'organisation et d'appel de la garde de direction

ANNEXE I.2.2 : Note de service N° 2010/19 du 03 Mai 2010, relative à la mise en place du PC Sécurité et gestion des appels d'urgence des services techniques

ANNEXE I.2.3 : Note de service N° 2007/42 du 06 Avril 2007, indiquant les modalités d'organisation et d'appel des astreintes du service informatique

ANNEXE I.2.4 : Note de service N° 2011/141 du 21 Décembre 2011, définissant les modalités d'organisation et des appels des astreintes biomédicales

ANNEXE I.3.1 : Décision N° 99918 du 16 Avril 2012, portant composition du directoire

ANNEXE I.3.2 : Règlement intérieur du directoire, du 28 Juin 2010

ANNEXE I.4.1 : Charte de gouvernance du 11 Juin 2012

ANNEXE I.4.2 : Note de service N° 2012/123 du 28 Novembre 2012, portant liste des pôles et de leurs responsables

ANNEXE I.4.3 : Note de service N° 2013/58 du 30 Mai 2013, relative à la mise à jour des structures internes et de leurs responsables

ANNEXE I.6.1 : Règlement intérieur relatif à la composition et au fonctionnement de la CME, du 07 Février 2012

ANNEXE I.6.2 : Procès verbal concernant la composition de la Commission Médicale d'Etablissement, du 29 Novembre 2011

ANNEXE I.6.1.1 : Règlement intérieur pour l'organisation de la permanence des soins médicale et pharmaceutique du 05 Juillet 2010

ANNEXE I.6.1.2 : Note de service N° 2013/65 du 18 Juin 2013, déterminant l'organisation des lignes de garde des internes à compter de mai 2013

ANNEXE I.6.1.3 : Décision du directeur du 09 Octobre 2012, portant la composition de la Commission de la permanence médicale et pharmaceutique

ANNEXE I.6.2.1 : Commission des soins non programmés mise en place le 29 Septembre 2011

ANNEXE I.6.3.1 : Règlement intérieur de la sous commission de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles, d'Avril 2008

ANNEXE I.6.3.2 : Décision du directeur N° 98216 du 04 Avril 2013, portant composition de la sous-commission de la commission médicale d'établissement chargée de la formation médicale continue et des évaluations des pratiques professionnelles

ANNEXE I.6.4.1 : Création de la commission du risque infectieux en remplacement du CLIN (réunion du 17 Juin 2011)

ANNEXE I.6.4.2 : Décision du directeur N° 100620 du 13 Septembre 2012, portant composition de la commission du risque infectieux

ANNEXE I.6.5.1 : Décision du directeur N° 60587 du 10 Mai 1999, portant composition du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

ANNEXE I.6.5.2 : Règlement intérieur du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, du 11 Décembre 2007

ANNEXE I.6.5.3 : Décision du directeur N° 71843 du 12 Juin 2003, portant composition du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

ANNEXE I.6.6.1 : Décision du directeur N° 96927 du 23 Mars 2012, portant composition de la commission des produits de santé

ANNEXE I.6.6.2 : Règlement intérieur de la commission des produits de santé, du 07 Février 2012

ANNEXE I.6.7.1 : Règlement intérieur du comité de lutte contre la douleur, d'Octobre 2010

ANNEXE I.6.7.2 : Liste des membres du comité de lutte contre la douleur, en date du 24 Janvier 2011

ANNEXE I.6.8.1 : Règlement intérieur du comité de liaison en alimentation nutrition, de Décembre 2009

ANNEXE I.6.8.2 : Composition du comité de liaison en alimentation nutrition, de Juin 2012

ANNEXE I.6.9.1 : Décision du directeur N° 96212 du 05 Mai 2010, portant composition du collège de l'information médicale

ANNEXE I.6.9.2 : Règlement intérieur du Département d'Information Médicale, du 17 Septembre 2013

ANNEXE I.6.10 : Acte constitutif et règlement intérieur du comité d'éthique, du 02 Juin 2010

ANNEXE I.6.11.1 : Note de service N° 2010/139 du 07 Décembre 2010, portant organisation des structures qualité – risques – évaluation et de leurs missions

ANNEXE I.6.11.2 : Décision du directeur N° 95748 du 07 Décembre 2010, portant constitution et composition du comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques du Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE I.6.12.1 : Décision du directeur N° 98052 du 22 Août 2011, portant composition de la commission de gestion des risques et des vigilances

ANNEXE I.6.12.2 : Règlement intérieur de la commission de gestion des risques et des vigilances, mis à jour au 14 Septembre 2011

ANNEXE I.6.13 : Décision du directeur N° 94828 du 14 Janvier 2011, portant composition de la commission de l'investissement médical

ANNEXE I.6.14 : Décision du directeur N° 102982 du 19 septembre 2013, portant composition de la commission des fluides médicaux

ANNEXE I.7.1 : Décision du directeur N° 102625 du 10 Juillet 2013, portant composition du comité technique d'établissement

ANNEXE I.7.2 : Règlement intérieur du fonctionnement du comité technique d'établissement, en date du 09 Juin 2000

ANNEXE I.8.1 : Décision du directeur N° 95802 du 29 Décembre 2010, portant composition de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

ANNEXE I.8.2 : Règlement intérieur de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de Novembre 2010

ANNEXE I.9 : Décision du directeur N° 102711 du 24 Juillet 2013, portant liste des représentants de l'Administration et du Personnel au sein des diverses commissions administratives paritaires locales

ANNEXE I.10.1 : Décision du directeur N° 102400 du 29 Mai 2013, portant liste nominative des membres du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail

ANNEXE I.10.2 : Règlement intérieur de fonctionnement du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, du 11 Avril 2006

ANNEXE I.11.1 : Décision du directeur N° 99068 du 12 Juin 2012, portant composition de la commission chargée des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

ANNEXE I.11.2 : Règlement intérieur de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, du 07 Juillet 2010

ANNEXE I.12.1 : Décision du directeur N°2013/01 du 22 Mars 2013, actualisant la composition du conseil de la vie sociale des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE I.12.2 : Règlement intérieur du conseil de la vie sociale, du 01 Janvier 2013
ANNEXE I.13.1 : Règlement intérieur de la commission de l'activité libérale du Centre Hospitalier de Périgueux, du 02 Mai 2012
ANNEXE I.13.2 : Arrêté fixant la composition nominative de la commission d'activité libérale du Centre Hospitalier de Périgueux, du 20 Mars 2012
ANNEXE I.15 : Décision du directeur N° 101064 du 03 Décembre 2012, portant composition du comité de la qualité de l'air
ANNEXE I.16 : Décision du directeur N° 98863 du 11 Janvier 2012, portant sur la nouvelle composition du comité de l'eau
ANNEXE I.17 : Décision du directeur N° 101 387 du 14 Mars 2013, portant composition de la commission de radioprotection

CHAPITRE II - MESURES DE POLICE GENERALE

ANNEXE II.1.1 : Note de service N° 2009/62 du 23 Juin 2009, relative à la mise en place et à la diffusion du Plan d'Organisation Interne de Sécurité Incendie du Centre Hospitalier de Périgueux
ANNEXE II.1.2 : Note de service N° 2010/54 du 22 Mars 2010, précisant les missions des agents du service de sécurité incendie du Centre Hospitalier de Périgueux (Site principal, avenue Georges Pompidou)
ANNEXE II.3 : Note de service N° 2013/20 du 19 Février 2013, relative à la sécurisation du Centre Hospitalier de Périgueux (fermeture des portails et accès voie publique à divers sites de l'établissement)
ANNEXE II.8 : Note de service N° 96/25 du 06 Février 1996, Procédure à mettre en œuvre pour effectuer des saisies d'Armes sur des malades hospitalisés (en cours d'actualisation)
ANNEXE II.12.1 : Note de service N° 2013/94 du 05 Septembre 2013 rappelant les consignes de sécurité de la conservation des supports de prescription et des dispositifs d'identification des praticiens
ANNEXE II.12.2 : Note de service N° 2013/90 du 02 Septembre 2013 définissant la procédure d'alerte auprès de l'ARS et de dépôt de plainte au commissariat, en cas de vol d'ordonnance
ANNEXE II.13.1 : Convention N° 2011/8031 du 11 Janvier 2011, relative au protocole d'accord de la sécurité de l'établissement et plus particulièrement celle du service des urgences
ANNEXE II.13.2 : Convention N° 2013/5029 du 23 Avril 2013, relative à l'avenant N° 1 de la convention N° 2011/8031

CHAPITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

SECTION 1 - DROITS DES PATIENTS

ANNEXE III.1.2.1 : Note de service N° 2011/57 du 24 Mai 2011, sur l'organisation, le fonctionnement et les missions de la Maison des Usagers
ANNEXE III.1.2.2 : Plaquette des associations de la Maison des Usagers et de leurs permanences
ANNEXE III.1.3 : Note de service N° 2012/13 du 06 Février 2012, déterminant la liste des interprètes et des Personnes Ressources parlant une langue étrangère
ANNEXE III.1.5 : Protocole du 27 Janvier 2012, relatif à la désignation de la personne de confiance
ANNEXE III.1.6 : Formulaire de recueil du consentement libre et éclairé du patient, du 05 Octobre 2012
ANNEXE III.1.7 : Protocole du 14 Mai 2012, concernant l'accès au dossier médical
ANNEXE III.1.9 : Note de service N° 2012/67 du 28 Juin 2012, relative à l'organisation de l'Aumônerie du Centre Hospitalier de Périgueux

SECTION 2 - ADMISSION

ANNEXE III.2.1 : Note de service N° 2012/134 du 20 Décembre 2012, relative à l'organisation de l'accueil en « hébergement » des patients
ANNEXE III.2.2 : Formulaire de lettre de décharge dans le cadre d'une sortie contre avis médical (annexé à la note de service N° 2000/92 du 20 Juin 2000)
ANNEXE III.2.4 : Protocole du 30 Août 2011, relatif à la gestion des dépôts et des retraits des valeurs des patients hospitalisés
ANNEXE III.2.5 : Note de service N° 2010/06 du 29 Juin 2010, concernant les chambres particulières
ANNEXE III.2.7 : Note de service N° 2011/06 du 22 Août 2011, relative à la généralisation de la pose de bracelet d'identification des patients

SECTION 4 - SORTIES

ANNEXE III.4.2 : Décision N° 95877 du 20 Janvier 2011, relative aux autorisations de signature pour les permissions de sortie de patients

ANNEXE III.2.2 : Formulaire de lettre de décharge dans le cadre d'une sortie contre avis médical (annexé à la note de service N° 2000/92 du 20 Juin 2000)

ANNEXE III.4.6 : Note de service N° 2013/47 du 17 Avril 2013, portant listes actualisées des ambulanciers de la Dordogne

SECTION 5 - FIN DE VIE, DECES

ANNEXE III.5.2.1 : Note de service N° 2010/05 du 29 Mars 2010, indiquant des précisions sur la rédaction du certificat du décès, son contenu, son circuit de diffusion et son enregistrement au Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE III.5.2.2 : Note de service N° 2011/01 du 07 Janvier 2011, relative aux modalités de remplissage du certificat de décès

ANNEXE III.5.3 : Note de service N° 2011/14 du 07 Février 2011, portant liste des opérateurs funéraires, des chambres funéraires et des crématoriums habilités sur le département de la Dordogne

ANNEXE III.5.4.1 : Note de service N° 2011/56 du 12 Août 2011, précisant les règles concernant la sortie de corps à résidence avant mise en bière

ANNEXE III.5.4.2 : Décision N° 99072 du 08 Mars 2012, Autorisation de signature pour les transports de corps sans mise en bière

ANNEXE III.5.4.3 : Protocole du 16 Mai 2012, Organisation des sorties de corps au pavillon les Félibres (EHPAD), comportant en annexes la fiche de transport à résidence avant mise en bière d'une personne décédée dans un établissement d'hospitalisation, la fiche d'inventaire pour la chambre mortuaire et le bordereau de transport de corps

ANNEXE III.5.5 : Protocole du 10 août 2012, Organisation lors d'une IMG/MFIU et dans le cas d'un enfant né viable vivant puis décédé

ANNEXE III.5.7 : Fiche d'inventaire chambre mortuaire, du 28 Février 2011

ANNEXE III.5.10.1 : Protocole du 12 Mars 2010, Présentation des patients décédés par les brancardiers à la chambre mortuaire le dimanche et jours fériés de 08h15 à 17h00

ANNEXE III.5.10.2 : Protocole du 13 Juin 2012, relatif aux soins au défunt

ANNEXE III.5.13 : Convention de fœtopathologie N° 2010/0483 du 03 Mars 2010, avec le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

ANNEXE III.5.14 : Note de service N° 2010/94 du 04 août 2010, précisant l'organisation et le fonctionnement de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS FINANCIERES

ANNEXE IV.1 : Décision N° 101 013, fixant les tarifs applicables à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et à l'école d'aides-soignants pour l'exercice 2013

ANNEXE IV.2 : Décision N° 101 137, fixant les tarifs des frais de séjour des personnes accompagnant les malades, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.3 : Décision N° 101 011, fixant les tarifs applicables dans le cadre de la chambre mortuaire hospitalière, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.4 : Décision N° 101 012, fixant les tarifs applicables dans le cadre de la communication des examens radiologiques sous support Cédérom, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.5 : Décision N° 101 009, fixant les tarifs des prestations annexes, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.6 : Décision N° 101 010, fixant les tarifs des repas au restaurant du personnel, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.7 : Décision N° 102 608, fixant les tarifs pour la réalisation de transports sanitaires de patients hospitalisés, pour l'année 2013

CHAPITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

ANNEXE V.1.5 : Charte de bon usage des ressources informatiques et des technologies de communication du Centre Hospitalier de Périgueux, du 16 Novembre 2007

ANNEXE V.1.16.1 : Note de service N° 2007/12 du 01 Février 2007, relative à l'interdiction de fumer au Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE V.1.16.2 : Note de service N° 2010/23 du 11 Février 2010, déterminant la procédure de prise en charge d'agents en suspicion d'alcoolisme

ANNEXE V.1.19 : Note de service N°2013/86 du 05 Septembre 2013, relative à l'organisation du temps de travail et la réduction du temps de travail du personnel non médical au CHP

ANNEXE V.2.2.1 : Note de service N° 2011/22 du 11 Mars 2011, précisant les modalités d'application des droits syndicaux (en cours d'actualisation par rapport à l'évolution réglementaire récente)

ANNEXE V.2.2.2 : Note de service N° 2012/27 du 01 Mars 2012, relative à la prise de fonction du psychologue du travail (en cours d'actualisation tenant compte de l'augmentation de la quotité de travail du psychologue)

ANNEXE V.2.2.3 : Note de service N° 2012/92 du 21 Septembre 2012, relative à l'affichage des textes du Code pénal sur le harcèlement moral et le harcèlement sexuel

ANNEXE V.2.2.4 : Règlement intérieur de la crèche « Les Petits Lutins » du Centre Hospitalier de Périgueux, du 16 octobre 2013.

CHAPITRE I

ORGANISATION GENERALE

I.1 - Conseil de Surveillance

➤ Composition

Le Conseil de Surveillance se compose de quinze membres répartis en trois collèges dont le nombre de membres est identique :

- 5 représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements dont le maire de la commune siège ou son représentant et le président du Conseil Général ou son représentant
- 5 représentants du personnel médical et non médical, dont un désigné par la Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques et 4, désignés à parité par la CME et les organisations syndicales les plus représentatives lors des élections au CTE
- 5 personnalités qualifiées dont 2 désignées par le Directeur général de l'Agence régionale de santé et 3 désignées par le préfet dont 2 représentants des usagers

La composition initiale du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de Périgueux a été fixée par arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, figurant en annexe. La liste des membres de ce conseil est mise à jour régulièrement.

Le Conseil de Surveillance sera amené à définir son règlement intérieur.

➤ Compétences

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

Il communique au Directeur de l'Agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel du directeur et sur la gestion de l'établissement.

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

Il nomme, si certification des comptes, le commissaire aux comptes.

Il entend le directeur sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses ainsi que sur le programme d'investissement

D'autre part, le Conseil de Surveillance délibère sur :

- Le projet d'établissement
- Le compte financier et l'affectation des résultats
- Le rapport annuel d'activité
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une Communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi qu'à tout projet de fusion
- La désignation de l'établissement siège de la Communauté hospitalière de territoire dont l'établissement est membre
- Toute convention entre l'établissement et un des membres du directoire ou du conseil de surveillance
- Les statuts des fondations hospitalières.

➤ **Fonctionnement**

La durée de mandat des membres du Conseil de Surveillance est de 5 ans. Ce mandat prend fin en même temps que le mandat ou la fonction au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Le président est élu pour une durée de 5 ans.

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'Ordre du jour est arrêté par le président.

I.2 – Directeur

➤ **Le Directeur de l'établissement**

Le directeur est président du directoire.

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

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

Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement, peut déléguer sa signature, a le pouvoir de transiger.

Il participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Il dispose de compétences de gestion et décide, après concertation avec le directoire dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale.

Il dispose également d'un pouvoir de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat de professionnels libéraux.

➤ **L'équipe de direction**

Le Directeur du Centre Hospitalier de Périgueux est assisté d'une équipe de direction, composée d'un directeur adjoint au chef d'établissement, chargé de la coordination générale, de directeurs adjoints et d'un coordonnateur général des soins. Cette équipe est organisée, actuellement, en trois pôles administratifs :

• POLE FINANCES

- Direction des Affaires Financières et du Système d'Information et coordination générale
- Direction de la Clientèle, des Affaires Générales, de la Qualité et des Structures de Coopération Médicale
- Direction de la Stratégie et de la Contractualisation
- Direction déléguée du Centre Hospitalier de Lanmary et direction des EHPAD
- Direction déléguée du Centre Hospitalier de Sarlat et du contrôle de gestion
- Direction de la Communication et des Affaires Juridiques

- **POLE RESSOURCES HUMAINES**

- Direction des Ressources Humaines et de la Formation Continue
- Direction des Affaires Médicales
- Direction des Soins
- Direction de l'IFSI

- **POLE LOGISTIQUE**

- Direction des Achats
- Direction des Travaux et du Patrimoine

➤ **Garde de direction**

Pour assurer la continuité de la direction, une permanence 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, est organisée, de façon hebdomadaire, du vendredi à 08h00 au vendredi suivant à 08h00. Elle est assurée, à tour de rôle, par l'équipe de direction (y compris par le directeur chef d'établissement).

Les modalités d'organisation et d'appel de la garde de direction sont définies par la note de service N° 91/148, en date du 24 Octobre 1991.

Cette permanence s'appuie notamment, sur le tableau des gardes et astreintes, médicales, paramédicales, techniques (complétées par la gestion des appels d'urgence des services techniques définie par la note d'information N° 2010/19, en date du 03 Mai 2010), informatiques (les modalités d'organisation et d'appel des astreintes du service informatique sont précisées par la note de service N° 2007/42 du 06 Avril 2007) et biomédicales (note de service N° 2011/141, du 21 Décembre 2011).

Un tableau hebdomadaire de l'ensemble des gardes et astreintes de l'établissement est diffusé dans les services et mis en ligne sur l'Intranet.

I.3 – Directoire

➤ **Composition**

Le Directoire du Centre Hospitalier de Périgueux a été mis en place le 21 Mai 2010 par décision du directeur n° 94 715. Sa composition actuelle est fixée par décision du directeur et figure en annexe.

Le Directoire comprend 7 membres dont une majorité de membres du personnel médical.

Le directeur préside le directoire, le président de la CME en est le vice-président et le président de la CSIRMT y est membre de droit.

La durée du mandat des membres du Directoire est de 4 ans. Le mandat des membres nommés prend fin soit lors de la nomination d'un nouveau directeur soit lorsque le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

➤ **Compétences**

Le Directoire dispose de compétences propres :

- Il approuve le projet médical
- Il prépare le projet d'établissement
- Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement

Le Directoire est concerté sur différents sujets dans les domaines de la contractualisation, de la qualité, des finances, des ressources humaines, de la coopération, de l'organisation interne et de la gestion de crise.

➤ **Fonctionnement**

Le Directoire se réunit au minimum dix fois par an, sur convocation de son Président, avec un ordre du jour déterminé et la rédaction d'un compte-rendu.

Le Directoire associe à ses travaux l'ensemble des chefs de pôle et de l'équipe de direction, au moins cinq fois par an.

Le Directoire du Centre Hospitalier de Périgueux a adopté son règlement intérieur, au cours de sa séance du 28 Juin 2010.

I.4 – Charte de gouvernance

Le Centre Hospitalier de Périgueux a mis en place, dès 2007, une gestion par pôles d'activités. La première charte de nouvelle gouvernance a été approuvée par délibération du conseil d'administration n° 4886 du 20 Avril 2007. Cette charte a été actualisée, en date du 11 Juin 2012, suite à la parution, de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire et de ses décrets et arrêtés d'application.

La Charte de gouvernance du Centre Hospitalier de Périgueux définit les règles d'organisation et de fonctionnement des pôles, les modalités de délégation de gestion, de contractualisation et d'intéressement, et comporte les fiches de postes, du chef de pôle, du cadre de santé de pôle, du cadre de santé de l'unité, du cadre administratif de pôle, du directeur référent de pôle, et du responsable de structure interne.

L'activité clinique et médico-technique du Centre Hospitalier de Périgueux est organisée en sept pôles :

- Pôle Médecine – SSR – UCSA : UMO, Hépto-gastro-entérologie et médecine interne, Médecine interne et maladies infectieuses, Hospitalisation à domicile, Soins palliatifs, Service de soins de suite et de réadaptation, Court séjour gériatrique, Hôpital de jour d'oncologie, Unité de consultations et soins ambulatoires de la Maison d'Arrêt de PERIGUEUX et du Centre de Détention de NEUVIC
- Pôle Athérome : Cardiologie, Pneumologie, Dermatologie, Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, Neurologie, Unité neurovasculaire, Diabétologie-endocrinologie et médecine interne et l'hôpital de jour de médecine spécialités
- Pôle Bloc opératoire, Anesthésie, Chirurgie : Anesthésie, Chirurgie viscérale, Chirurgie vasculaire, Chirurgie thoracique, Orthopédie, traumatologie et chirurgie du rachis, Urologie et andrologie, Chirurgie spécialisée, Chirurgie de semaine, Chirurgie ambulatoire, ORL, Ophtalmologie et Prise en charge de la douleur
- Pôle Réanimation, SAMU-SMUR-Centre 15, Urgences, Département de médecine d'urgence, Pédiatrie, Néonatalogie, Obstétrique et Gynécologie
- Pole Psychiatrie : Psychiatrie A (24G04), Psychiatrie B (24G07), Psychiatrie infanto-juvénile (24I02) et unité intersectorielle d'hospitalisation sans consentement, Equipe mobile de psychiatrie précarité
- Pôle EHPAD : EHPAD Beaufort-Magne, EHPAD Parrot et Unité de Soins de Longue Durée
- Pôle Médico-technique : Laboratoire central, Pharmacie à usage intérieur, Stérilisation centrale, Hygiène hospitalière et Imagerie médicale

La liste de ces pôles et de leurs responsables est diffusée par notes de service, mises à jour régulièrement (note de service n° 2012/123 du 28 Novembre 2012), ainsi que la liste des responsables d'unités médicales (note de service N° 2013/58 du 30 Mai 2013).

I.5 - Régime de publicité des actes décisionnaires

Les décisions du directeur sont numérotées, enregistrées et centralisées à la direction des ressources humaines (bureau gestion des carrières).

Les notes de service sont affichées et diffusées auprès des personnels. Elles sont également mises en ligne et répertoriées dans le logiciel de gestion documentaire Kaliweb. Selon leur importance, certaines notes sont parallèlement annoncées et diffusées sur l'Intranet.

En ce qui concerne les marchés publics, ceux-ci sont publiés dans les différents journaux légaux, par la cellule des marchés, dans le respect des règles du code des marchés publics. Ils sont également en ligne sur le site Internet du Centre Hospitalier de Périgueux.

I.6 - Commission Médicale d'Établissement (CME)

➤ Composition

La Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de Périgueux, à l'issue des élections de novembre 2011, est composée des membres suivants :

→ Membres avec voix délibérative

- **Membres de droit :**

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement,
- Le Président de CME élu lors du dernier mandat
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement,

- **Membres élus :**

- Des représentants des responsables de structures internes dans la limite du nombre total de responsables de structures internes existant dans l'établissement
- Des représentants des praticiens titulaires, en nombre égal au nombre de sièges attribués aux représentants des responsables de structures internes, plus deux,
- Des représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral selon la répartition suivante : assistants et praticiens contractuels : 4 sièges, praticiens attachés : 1 siège,
- Un représentant des sages femmes
- Deux représentants des internes.

La composition par collège de la Commission Médicale d'Établissement, au 14 Septembre 2011, est détaillée ci-après :

Chefs de pôle	7
Responsables de structures internes	29
Praticiens titulaires	31
Praticiens temporaires	5
Sage femme	1
Représentant des internes	2

Cette répartition est mise à jour à chaque changement dans le découpage interne des pôles et des structures internes entraînant une modification dans la composition de la Commission Médicale d'Établissement.

→ Membres avec voix consultative

Participent aux séances de la Commission Médicale d'Établissement avec voix consultative :

- Le président du Directoire ou son représentant,
- Le président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Le praticien responsable de l'information médicale,
- Le représentant du Comité technique d'établissement, élu en son sein,
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

La durée des mandats est fixée à quatre ans, renouvelables.

Le président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

Tous les praticiens de l'établissement sont invités à participer aux séances.

➤ Attributions

La Commission Médicale d'Établissement présente 3 niveaux de compétences, consultative, informative et opérationnelle.

→ Compétence consultative

La Commission Médicale d'Établissement est consultée sur :

- Le projet médical de l'établissement,
- Le projet d'établissement,
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement,
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux,
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement,
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques,
- Les modalités de la politique d'intéressement,
- Le bilan social.

→ Compétence informative

La Commission Médicale d'Établissement est informée sur :

- L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats,
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement,
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement,
- Les contrats de pôles,
- Le bilan annuel des tableaux de service,
- La politique de recrutement des emplois médicaux,
- L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir,
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique,
- L'organisation interne de l'établissement,
- 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,
- Les recrutements médicaux : À ce titre, les praticiens nouvellement recrutés sont présentés à la Commission.

→ Compétence opérationnelle

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

- La gestion globale et coordonnée des risques visant :
 - À lutter contre les infections associées aux soins
 - À prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- La prise en charge de la douleur ;
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

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

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,
- L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées,
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs,
- Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité,
- L'organisation des parcours de soins.

La Commission Médicale d'Établissement propose au directeur **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 Commission Médicale d'Établissement élabore **un rapport annuel** présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Ce programme d'actions ainsi que le rapport annuel sont tenus à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé par le Directeur de l'Établissement.

➤ **Fonctionnement**

→ **Bureau de la Commission Médicale d'Établissement :**

Le bureau de la Commission Médicale d'Établissement est composé :

- Du Président de la Commission Médicale d'Établissement,
- Du Vice-président de la Commission Médicale d'Établissement,
- De l'ensemble des chefs de pôle,
- Des praticiens membres du Conseil de Surveillance,
- Du praticien responsable de l'information médicale,

Le bureau se réunit régulièrement à l'initiative de son Président et à minima, avant chaque Commission Médicale d'Établissement.

Au cours de ses réunions, il peut entendre ou inviter toute personne dont il souhaite solliciter l'avis.

Les missions du bureau de la Commission Médicale d'Établissement sont :

- La préparation des réunions de la Commission Médicale d'Établissement, dont l'ordre du jour est arrêté par le Président de la Commission, après avis du Directeur,
- Le suivi quotidien des dossiers impliquant la Commission Médicale d'Établissement, en lien avec le Directeur et ses collaborateurs,
- La représentation de la Commission Médicale d'Établissement à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, sur délégation du Président, à l'exception des cas où cette représentation est prévue par voie réglementaire,
- La définition des modalités d'accueil des internes et personnels médicaux nouvellement recrutés.
- La médiation, à la demande du chef de pôle, sur toute question relative au fonctionnement médical d'un service ou d'une unité.

Les compétences et la composition de la CME viennent d'être modifiées récemment par le décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 (JORF n°0221 du 22 septembre 2013 page 15814), elles seront prochainement intégrées dans le règlement intérieur de la CME

→ **Sous - commissions au sein de la Commission Médicale d'Établissement**

La Commission Médicale d'Établissement 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 et au fonctionnement médical. Le mandat de ces commissions expire en même temps que celui de la Commission Médicale d'Établissement.

Le règlement Intérieur de chaque sous-commission est proposé par le président de celle-ci et arrêté par la Commission Médicale d'Établissement.

La liste non limitative des commissions mises en place par la Commission Médicale d'Établissement est la suivante :

- Commission relative à l'organisation de la permanence des soins
- Commission des soins non programmés
- Commission du développement professionnel continu (FMC EPP)
- Commission du risque infectieux
- Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
- Commission des Produits de Santé
- CLUD
- CLAN
- Collège du DIM
- Comité d'éthique
- Comité de pilotage qualité, gestion des risques, évaluation
- COVIRIS

Le président de chaque sous-commission, est désigné par le président de la Commission Médicale d'Établissement, après avis du bureau.

- Il gère les travaux de sa commission, en collaboration avec le président de la Commission Médicale d'Établissement, en concertation avec le bureau de la Commission Médicale d'Établissement et le Directoire.
- Il fixe à son initiative les dates de réunion ainsi que l'ordre du jour de chaque séance.
- Il dresse annuellement un rapport écrit de l'activité de la commission qu'il anime et le porte à la connaissance de la Commission Médicale d'Établissement siégeant en formation plénière.

Chaque réunion de sous-commission donne lieu à un relevé de conclusions écrit, adressé aux membres de ladite sous-commission, au Président de la Commission Médicale d'Etablissement et au Directeur.

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou son représentant désigné, intervient en cas de carence.

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit au moins six fois par an, dont une réunion par semestre est consacrée à la politique d'amélioration continue de la qualité.

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Périgueux a adopté son règlement intérieur le 07 Février 2012, sa composition actuelle est indiquée dans le procès verbal des résultats des dernières élections, figurant en annexe.

1. Commission relative à l'organisation de la permanence des soins

La permanence des soins a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des internes et des auxiliaires médicaux en dehors du service quotidien, chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou férié.

Le règlement intérieur pour l'organisation de la permanence des soins, a été adopté le 05 Juillet 2010, par décision du Directeur du Centre Hospitalier de Périgueux, sur proposition de la COPS et de la CME. Ce document tient compte des règles de droit en vigueur et des principes d'organisation définis par l'établissement (document en cours d'actualisation).

L'organisation des gardes des internes est définie par le directeur et président de la Commission Médicale d'Etablissement par la note de service N° 2013/65, du 18 Juin 2013.

La composition de la Commission de la permanence médicale et pharmaceutique est fixée par décision du directeur et figure en annexe.

2. Commission des soins non programmés

Pour améliorer et faciliter, en aval, la prise en charge des patients en provenance des urgences, une commission des soins non programmés a été mise en place au Centre Hospitalier de Périgueux, le 29 Septembre 2011.

➤ Composition

Elle comprend 19 membres, désignés ci-après :

- Le Président de la CME ou le Vice Président,
- Le Directeur ou son représentant,
- La Directrice des soins ou sa représentante,
- Le Médecin responsable ou son représentant du SAMU,
- Le Médecin responsable ou son représentant du SAU,
- Le Médecin responsable ou son représentant de la Réanimation,
- Le Médecin responsable ou son représentant service du Pôle Neuro / Hépatogastro-entéro / Endocrino-Médecine interne,
- Le Médecin responsable ou son représentant service de Pôle Chirurgie Viscérale/traumato
- Le Médecin responsable ou son représentant du DIM,
- Le Médecin responsable ou son représentant Anesthésiologie,

- Le Médecin responsable ou son représentant Cardiologie,
- Le Médecin responsable ou son représentant Pédiatrie,
- Le Médecin responsable ou son représentant Gynécologie,
- Le Médecin responsable ou son représentant Psychiatrie,
- Le Médecin responsable ou son représentant Radiologie
- Le Médecin responsable ou son représentant du Laboratoire
- Le Médecin responsable ou son représentant de la Pharmacie
- Le Médecin responsable ou son représentant Gériatrie
- Le Médecin responsable ou son représentant Pneumologie

Le président de cette commission est désigné parmi ses membres.

La commission désigne en son sein un bureau.

➤ **Missions**

La commission doit s'attacher à définir les objectifs suivants :

- Dégager des solutions consensuelles garantissant la fluidité de prise en charge en aval du Service d'accueil des Urgences.
- Prévoir la contribution de chaque service et garantir la capacité d'accueil suffisante des patients depuis les urgences.
- Valider et évaluer les protocoles d'organisation des filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en UHCD.
- Valider la charte entre UHCD et les services.
- Proposer les liens à mettre en place en aval de la structure des urgences au sein de l'établissement et en complémentarité avec les autres établissements de soins et médico-sociaux (SFMU).
- Mise en place de conventions hôpital avec l'HAD, les professionnels libéraux, les établissements de soins, le SSR et les établissements médico-sociaux.
- Evaluer la probabilité des urgences par spécialités médicales.
- Prévoir leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences.
- Mise en place du recueil précis pluri-quotidien de la disponibilité des lits via un outil informatique.
- Mise en place d'une procédure pour consultations et hospitalisations non programmées/différées (RDV flottants par spécialités par outils informatisé).

La commission doit par ailleurs :

- Définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre pour faire face à la prise en charge des patients dans le cadre des soins non programmés (consultation, hospitalisation...).
- Donner son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins ;
- Donner son avis sur les conventions de coopération
- Etablir un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.
- Participer à l'évaluation des pratiques des différents secteurs d'activité de l'Etablissement

➤ **Fonctionnement**

La commission se réunit au moins une fois par trimestre.

Elle se réunit sur convocation de son président.

Elle peut être saisie par au moins un tiers de ses membres, le Directeur de l'Etablissement, ou le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

La commission siège en formation plénière.

Toutefois, elle peut siéger en formation restreinte lorsqu'elle examine les questions Individuelles.

L'ordre du jour est fixé par le président, sauf cas d'urgence, il est adressé (ainsi que tous les documents nécessaires) au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission.

Les avis émis par la commission le sont valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Les avis de la commission sont adoptés à la majorité relative des membres présents. La voix du Président est prépondérante en cas de partage égal des voix. Seuls peuvent prendre part aux votes, les membres de la commission présents en séance : le vote par correspondance et le vote par procuration ne sont pas admis.

La communication des avis et travaux, les programmes élaborés, les propositions, rapports émis par la commission sont soumis à l'examen de la Commission Médicale d'Etablissement.

3. Commission du développement professionnel continu et de l'évaluation des pratiques professionnelles (DPC EPP)

Cette sous-commission a pour missions :

- de définir annuellement avec le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement l'organisation et le fonctionnement de la formation médicale continue et de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles
- d'émettre un avis sur :
 - le budget de formation médicale continue
 - les axes prioritaires institutionnels
 - les inscriptions aux formations médicales
 - les remboursements de frais relatifs aux inscriptions, aux transports et à l'hébergement
 - les modalités d'Evaluation des Pratiques Professionnelles mises en œuvre au Centre Hospitalier de PERIGUEUX et l'attribution de crédits aux médecins
- d'accompagner les médecins du Centre Hospitalier de PERIGUEUX dans leur évaluation professionnelle

Elle établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la formation médicale continue et des Evaluation des Pratiques Professionnelles.

Cette sous-commission a adopté son règlement intérieur en avril 2008. Sa composition actuelle a été fixée par décision du directeur et figure en annexe.

4. Commission du risque infectieux (CRI)

Compte tenu de l'évolution réglementaire en matière d'infections associées aux soins et des nouvelles missions de la commission médicale d'établissement, en matière de gestion des risques, une commission du risque infectieux a été mise en place, en date du 17 Juin 2011, en remplacement du CLIN.

Cette commission, en lien avec la « commission hygiène et soins », a pour attributions :

- d'étudier l'épidémiologie du CHP en lien avec le service de bactériologie
- de valider les protocoles d'antibiologie
- de mettre en place des enquêtes ou audits
- de valider les protocoles médicaux de lutte contre les risques infectieux
- de valider le programme d'action de lutte contre les risques infectieux
- de répondre aux exigences des tutelles concernant la lutte contre les risques infectieux

La commission du risque infectieux comprend le Directeur ou son représentant, le Président de la CME ou son représentant, la Direction de la qualité et de la gestion des risques, la Direction des soins, un médecin bactériologiste, un pharmacien, un référent en antibiologie, le médecin responsable de la gestion des risques infectieux, un médecin hygiéniste, un chirurgien, un pédiatre, un gériatre, le médecin du travail, un médecin ou réanimateur. Sa composition a été fixée par décision du directeur et figure en annexe.

Cette commission, qui se réunit trois fois par an, prévoit d'élaborer son règlement intérieur.

5. Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH)

Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance du Centre Hospitalier de Périgueux a été mis en place par décision du directeur portant n°60587, du 10 Mai 1999.

➤ Missions et compétences

Dans le cadre des dispositions réglementaires, le CSTH a pour mission de contribuer par ses études et ses propositions à l'amélioration de la sécurité des patients qui y sont transfusés.

Il veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance prévues par les textes réglementaires. Il est notamment chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein du Centre Hospitalier de Périgueux.

A ce titre :

- il s'assure auprès des services de la présence dans le dossier médical des documents relatifs aux actes transfusionnels
- il est saisi de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance
- il est averti des incidents graves survenus dans au Centre Hospitalier de Périgueux, ainsi que des effets indésirables survenus chez les receveurs et conçoit toute mesure destinée à y remédier
- il présente à la commission médicale d'établissement un programme de formation en sécurité transfusionnelle destinée aux personnels concernés
- il remet à la commission médicale d'établissement un rapport annuel d'activité

Le CSTH, qui se réunit au moins trois fois par an, a adopté son règlement intérieur, en date du 11 Décembre 2007.

➤ **Composition**

Le comité comprend :

- des membres désignés es-qualité : le directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Médecin désigné par la Commission Médicale d'Etablissement, le Directeur de l'établissement de Transfusion Sanguine de la Dordogne
- des représentants des personnels médicaux, sur proposition de la Commission Médicale d'Etablissement
- des représentants des personnels soignants

Sa composition nominative est fixée par décision du directeur et figure en annexe.

Un correspondant hémovigilance est en place, nommé par décision du directeur (Décision 22 Juin 2007).

6. Commission des Produits de Santé (CPS)

La commission des Produits de Santé (C.P.S.) a été créée au sein de la Commission Médicale d'Etablissement. Sa composition, qui assure une représentation de l'ensemble des pôles et des spécialités présentes au sein de l'établissement, a été fixée par décision du directeur, figurant en annexe.

Cette commission assure une mission technique et d'expertise au nom de la C.M .E. dans le cadre de ses missions relatives à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, stipulées dans l'article R 6111-10 du code de santé publique, qui prévoit notamment l'élaboration d'un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

La commission des Produits de Santé, qui a élaboré son règlement intérieur annexé à celui de la CME du 07 Février 2012, se réunit au moins trois fois par an.

7. Comité de lutte contre la douleur (CLUD)

➤ **Missions**

- Dresser un état des lieux et proposer les orientations les mieux adaptées à l'établissement, pour améliorer la prise en charge de la douleur,
- Coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type, aigu ou chronique, l'origine, maligne ou non, et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, situation de grande précarité, phase terminale de la vie, urgences, douleurs provoquées par les gestes invasifs ...);
- Veiller à la rédaction des protocoles, à leur validation, à leur diffusion en relation avec le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à leur bonne application,
- Evaluer la qualité de la prise en charge de la douleur,
- Promouvoir et participer à l'évaluation des pratiques dans le domaine de la douleur,
- Participer aux actions de formation dans le domaine de la douleur,
- Valider les programmes de formation continue des personnels du Centre Hospitalier de Périgueux qui ont trait à la douleur,
- Participer à l'analyse des incidents relatifs à la prise en charge de la douleur, susceptibles de survenir au sein de l'établissement et s'associer, s'il y a lieu, aux

actions correctrices proposées par le Comité de coordination des vigilances et du risque sanitaire (COVIRIS),

- Assurer la communication professionnelle en direction des partenaires extérieurs (médecins, soignants, patients et réseaux de soins).

Le CLUD établit un bilan annuel des actions engagées et informe des résultats des actions entreprises.

➤ **Composition**

Le CLUD est composé d'un maximum de 20 membres avec voix délibérative dont :

- Le directeur du centre hospitalier de Périgueux ou son représentant,
- Le président de la CME ou son représentant,
- Quatre à six médecins, (ces médecins sont désignés par le président de la CME après avis consultatif d'un représentant de l'administration du centre hospitalier de Périgueux)
- Un pharmacien
- Un psychologue
- La directrice des soins infirmiers ou son représentant,
- Le directeur de la qualité ou son représentant,
- Huit à dix représentants du personnel paramédical proposés par la directrice des soins infirmiers.

Il comporte, dans la mesure du possible, un représentant médical ou paramédical de chacune des disciplines ou secteurs de soins, suivants : unité douleur, anesthésie, réanimation, médecine, soins palliatifs, gériatrie, pédiatrie, urgences, psychiatrie, chirurgie et maternité.

La liste des membres du CLUD est validée par la CME et arrêtée par le directeur du centre hospitalier. Sa composition actuelle figure en annexe.

La durée du mandat des membres du CLUD est de 4 ans ; renouvelable.

➤ **Fonctionnement**

Le CLUD, qui a adopté son règlement intérieur en octobre 2010, se réunit trois fois par an.

8. Comité de Liaison en Alimentation Nutrition (CLAN)

Le Centre Hospitalier de Périgueux s'est doté d'un comité de Liaison en Alimentation Nutrition, par décision du 01 Décembre 2005.

➤ **Composition**

Le CLAN est une instance pluridisciplinaire, composée de professionnels de la santé et de personnes choisies pour leurs compétences et leur intérêt pour les problèmes de nutrition. Il comprend le directeur ou son représentant ainsi que des membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement : le président de la CME ou son représentant, 9 médecins dont au moins 1 représentant du secteur SSR ou EHPAD et 1 pharmacien.

Ce comité a adopté son règlement intérieur en Décembre 2009.

La composition du CLAN a été renouvelée en Juin 2012 et figure en annexe.

➤ Missions

Le CLAN définit, en lien avec le projet d'établissement, la CME et les professionnels de santé, la mise en place d'une politique nutritionnelle d'amélioration continue de la prise en charge de l'alimentation des patients et de la qualité, de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition, y compris en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et d'équipements, dans le cas où ces projets peuvent avoir des incidences dans ce domaine. Il a en effet pour missions de :

- Réaliser l'évaluation de l'existant (besoins nutritionnels, organisation des prestations de la cuisine, du service diététique, du service de soins) ;
- Définir la politique de prise en charge nutritionnelle et hôtelière de l'établissement ;
- Proposer les actions de mise en œuvre de la politique définie et de ses évolutions ;
- Déterminer les objectifs d'intervention et assurer la coordination de leur réalisation au travers de la mise en place de groupes d'études pluridisciplinaires ;
- Définir et proposer les orientations de formation continue nécessaire à la mise en œuvre de la politique définie et de ses évolutions ;
- Surveiller les actions entreprises, évaluer le respect de la politique hôtelière et nutritionnelle de l'établissement et définir les évolutions nécessaires.

9. Collège de l'information médicale

Le Département de l'information médicale a pour vocation de centraliser, de synthétiser et d'analyser l'information médicale hospitalière. Il exerce ses missions au sein du collège du DIM, qui constitue l'une des sous-commissions de la CME.

La composition nominative du collège de l'information médicale a été fixée par décision du directeur et figure en annexe.

Le collège du DIM s'est doté d'un règlement intérieur, actualisé au 17 septembre 2013.

10. Comité d'éthique

Le comité d'éthique est un lieu de réflexion et de discussion relatif aux problématiques de santé et ouvert aux professionnels de santé.

La création du comité d'éthique du CH de Périgueux correspond à une double exigence :

- L'article L 6111-1 du Code de Santé Publique modifié par l'article 5 de la loi du 4 mars 2002 qui exprime la nécessité de mener une réflexion sur les questions posées par l'éthique et la prise en charge médicale

- le manuel de certification selon lequel « une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite »

➤ Missions

Le comité d'éthique a pour missions :

- de développer et valoriser la démarche éthique dans les prises de décisions :

Le comité émet un avis sur des thématiques d'éthique générale et quotidienne. Il élabore et propose des recommandations liées à des pratiques cliniques et au respect de personnes.

- d'émettre, à leur demande, des avis consultatifs auprès des équipes soignantes.

- de mener une analyse rétrospective des décisions cliniques et de soins, en lien avec les équipes.

- d'accompagner les essais cliniques dans le cadre de la recherche biomédicale.

➤ **Composition**

Le comité d'éthique, qui est un espace de réflexion éthique et non un comité d'experts, est une instance pluridisciplinaire composée de professionnels de la santé et de personnes choisies pour leurs compétences et leur intérêt pour les problèmes éthiques.

Le comité comprend des membres permanents et des membres extérieurs, définis ci-après :

Représentants du CH de Périgueux

10 représentants médicaux : désignés par la CME, dont le Président de CME

10 représentants non médicaux : désignés par le coordonnateur des soins

2 représentants administratifs : dont un directeur, désigné par le Directeur de l'établissement et le Directeur des Soins

Membres externes au CH, en qualité de personnes qualifiées

Le Président du Conseil départemental de l'ordre des médecins ou son représentant

Le Président du TGI de Périgueux ou le magistrat délégué par ce dernier

Un représentant des usagers

Deux personnes qualifiées

Les membres du comité d'éthique sont désignés par le Directeur du CH de Périgueux, après acte de candidature. La composition du comité tente de maintenir un équilibre entre les spécialités médicales et les professions.

Des membres peuvent être invités en fonction de l'ordre du jour prévu.

Le mandat est d'une durée de 4 années, renouvelable.

Le comité d'éthique, qui se réunit au moins 5 fois par an, a adopté son acte constitutif et son règlement intérieur en date du 02 Juin 2010.

11. Comité de Pilotage Qualité – Risques - Evaluation

Le Comité de Pilotage Qualité – Risques – Evaluation a été actualisé et renouvelé, en 2010, dans le cadre de la structuration de la démarche qualité du Centre Hospitalier de Périgueux (note de service n°2010/139 du 07 Décembre 2010), comprenant une cellule et des correspondants Qualité Risques Evaluation.

➤ **Missions**

- décider et impulser la démarche,
- définir les orientations dans les domaines prioritaires,
- affecter les ressources nécessaires à la mise en œuvre.

Ce comité se réunit autant que nécessaire.

➤ **Composition**

La composition multidisciplinaire du comité de pilotage Qualité – Risque – Evaluation a été fixée, ci-après, par décision du directeur, figurant en annexe :

- Un Représentant du conseil de surveillance
- Le Directeur et le Président de CME
- Les Membres de la cellule qualité
- Le Président de la CRUQPEC

- Un Médecin du DIM
- Le Médecin coordonnateur des vigilances et des risques associés aux soins
- Les Médecins proposés par le Président de CME, sur avis de la CME
- Un Représentant du personnel
- Des Représentants du personnel para-médical, sur proposition du Directeur des Soins
- Un Représentant des services techniques, administratifs et logistiques
- Des Représentants des usagers

12. Commission de gestion des risques et des vigilances (COVIRIS)

La commission de gestion des risques et des vigilances, mise en place au Centre Hospitalier de Périgueux, assure la gestion globale de la coordination de tous les risques pouvant survenir dans l'établissement (risques patients, personnels, visiteurs ou institutionnels).

➤ Composition

Copilotée par le directeur du Centre Hospitalier et le Président de la CME, sa composition a été fixée, ci-après, par décision du directeur, figurant en annexe :

- Le Directeur,
- Le Président de la CME,
- Le Médecin gestionnaire des risques associés aux soins,
- Le Directeur de la Qualité, coordonnateur de la gestion des risques ou son représentant,
- Le Directeur des Soins ou son représentant,
- L'Ingénieur Qualité,
- L'Assistant Qualité,
- Le Cadre de santé référent Qualité,
- Les Référents désignés pour chaque vigilance réglementaire,
- Le Directeur de la Clientèle,
- Le Directeur des Affaires Juridiques,
- L'Ingénieur Biomédical,
- Le Médecin responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière,
- Les référents pour chaque pôle (cadres et médecins),
- Les référents pour les secteurs techniques, système d'information, risques professionnels.

Cette commission, qui se réunit, au moins deux fois par an, dans sa composition plénière, a adopté son règlement intérieur mis à jour au 14 Septembre 2011.

➤ Missions

- Coordination

Assurer la coordination des actions entre les différents acteurs de la gestion des risques et les professionnels de santé responsables des vigilances

Gérer les situations de crise et organiser la traçabilité de l'information

- Suivi des événements indésirables et des alertes sanitaires

Effectuer un suivi sous forme de bilan des alertes sanitaires

Analyser les risques, effectuer un suivi des actions correctrices et/ou préventives

Identifier les situations à risques : mise en place d'une cartographie des risques

- Démarche d'amélioration des pratiques
Améliorer le signalement des événements indésirables
Améliorer la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque
Contribuer à développer les Revues de Morbi-Mortalité et des Comités de Retour d'Expériences
- Communication
Sensibiliser les professionnels aux enjeux de la gestion des risques
Développer la culture de sécurité
Rédiger un bilan annuel d'activité
- Evaluation
Suivre des indicateurs relatifs à la gestion des risques dont les événements sentinelles
Evaluer le dispositif de signalement et d'alertes sanitaires

13. Sous commission de l'investissement médical

Il est institué une sous commission de l'investissement médical associant les pôles cliniques et médico-techniques pour le choix des équipements et matériels biomédicaux. Sa composition est déterminée sur proposition de la commission médicale d'établissement, par le directeur.
Sa composition nominative est fixée par décision du directeur, figurant en annexe.

14. Commission des fluides médicaux

➤ **Composition**

- Le Président de la CME ou son représentant,
- Le Directeur ou son représentant,
- Le Pharmacien responsable de la PUI ou son représentant,
- La Directrice des soins ou son représentant,
- Médecin Anesthésiste référent,
- Médecin Réanimateur référent,
- Médecin Pôle athérome référent,
- Le Cadre de Santé Anesthésie,
- L'Ingénieur des Services Techniques,
- L'Ingénieur biomédical,
- Le responsable technique chargé de l'entretien des installations et du matériel.

La Commission peut inviter d'autres personnes intéressées par la problématique des fluides médicaux, suivant l'ordre du jour.

➤ **Missions**

- Evaluation de la conformité des matériels et des installations aux normes,
- Validation des procédures et autres opérations,
- Analyse des risques et garantir la sécurité des approvisionnements lors des ruptures de la chaîne (pannes, interruptions programmées).

➤ **Fonctionnement**

La Commission doit être réunie au moins une fois par an et autant que nécessaire.

Elle doit notamment être consultée lors de travaux ou modificatifs touchant à l'approvisionnement, aux **réseaux** et à la distribution des fluides médicaux.
Les convocations et le secrétariat seront assurés par la Direction des Services Techniques.

La réactivation de cette commission, qui a reçu l'avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement lors de sa séance du 17 septembre 2013, a fait l'objet d'une décision du directeur, figurant en annexe.

I.7 - Comité technique d'établissement (CTE)

➤ Composition

Le Comité Technique d'Etablissement comprend des membres représentant le personnel non médical, élus par collège, conformément aux dispositions réglementaires, sur des listes élaborées par les syndicats représentatifs.

Le Comité Technique d'Etablissement comporte en outre un nombre égal de suppléants et un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative.

La composition, à l'issue des dernières élections est de 15 membres titulaires et suppléants.

Catégorie A : 3 représentants (3 titulaires – 3 suppléants)

Catégorie B : 3 représentants (3 titulaires – 3 suppléants)

Catégorie C : 9 représentants (9 titulaires – 9 suppléants)

Parmi les membres titulaires du Comité Technique d'Etablissement, il est procédé à l'élection de l'un d'entre eux afin de participer à chaque réunion de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le Comité Technique d'Etablissement est présidé par le Directeur ou son représentant, membre du corps des personnels de direction de l'établissement.

Sa composition, à l'issue des dernières élections, est fixée par décision du directeur et figure en annexe.

➤ Compétences

Le Comité Technique d'Etablissement est obligatoirement consulté sur les questions suivantes :

- le projet d'établissement y compris le projet médical, le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement
- Le budget et les décisions modificatives
- Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation
- les créations, suppressions, transformations des structures médicales, pharmaceutiques, odontologiques et des services autres que médicaux,
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel,

- les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires,
- les critères de répartition de certaines primes et indemnités,
- la politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu,
- la politique sociale, le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement,
- les actions de coopération.
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- le règlement intérieur de l'établissement
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ainsi que de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L 6145-1 (budget et décisions modificatives) et des décisions mentionnées au 8° de l'article L 6143-7 (coopération).

➤ **Fonctionnement**

Le Comité Technique d'Etablissement se réunit au moins une fois par trimestre. Les séances ne sont pas publiques.

Le CTE élit parmi les membres titulaires un secrétaire.

Les avis ou les vœux du CTE doivent être portés à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement et du personnel par voie d'affichage

La durée du mandat des membres du Comité Technique d'Etablissement est de quatre ans.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du Comité Technique d'Etablissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont elles ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Le Comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Périgueux a adopté son règlement intérieur en date du 09 Juin 2000.

I.8 - Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

➤ **Composition**

La CSIRMT, présidée par le Directeur des soins, comprend :

- les membres avec voie délibérative

Trente membres titulaires répartis en trois collèges :

Groupe n° 1 : cadres de santé (Ce collège comprend l'ensemble des cadres des filières infirmière, de rééducation et médico-technique).

COLLEGE DES CADRES DE SANTE ELIGIBLES					
IDE CADRE	PUER. CADRE	PUER. CADRE SUP.	MASSEUR KINE CADRE	TECH. DE LABO CADRE	MANIP. d'ELECTRO CADRE
5					

Groupe n° 2 : des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

COLLEGE DES PERSONNELS INFIRMIERS, MEDICO-TECHNIQUES ET REEDUCATION ELIGIBLES*											
FILIERE INFIRMIERE				FILIERE REEDUCATION					FILIERE MEDICOTECHNIQUE		
IBODE	IADÉ	PUERI CULTRICE	IDE	MASSEUR KINE	ERGOTHE- RAPEUTE	PSYCHO- MOTRICIEN	ORTHO- PHONISTE	DIETE- TICIENNE	PREP. EN PHAR.	TECH. DE LABO	MANIP. D'ELEC.
12				1					2		

* En cas de vacance de siège dans une des filières, le siège sera pourvu par une candidature d'une autre filière.

Groupe n° 3 : Collège des aides-soignants (Ce collège comprend le personnel aide soignant, auxiliaire de puériculture et aide médico-psychologique)

COLLEGE DES AIDES SOIGNANTS ELIGIBLES		
AIDE SOIGNANT	AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
10		

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

- Les membres avec voie consultative

Le directeur des soins chargé des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement.

Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur des instituts de formation.

Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur des instituts de formation.

Un représentant de la commission médicale d'établissement.

La composition nominative de la CSMIRT, à l'issue des dernières élections a été fixée par décision du directeur et figure en annexe.

La CSIRMT, qui se réunit au minimum trois fois par an, a adopté son règlement intérieur en Novembre 2010.

➤ Missions

La CSIRMT émet un avis sur :

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

- La commission est informée sur :
- le règlement intérieur de l'établissement
 - la mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2
 - le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

I.9 - Commissions administratives paritaires locales (CAPL)

Elles sont composées d'un nombre égal de représentants de l'Administration, désignés par le Directeur, et de représentants élus du personnel.

Il s'agit d'instances consultatives chargées de formuler un avis, sur toutes les questions relatives à la carrière des agents (titularisation, avancement, promotion interne, problème individuel).

Neuf CAPL, par catégories, ont été constituées au Centre Hospitalier de Périgueux :

- Commission administrative paritaire (CAP) n°1, personnels d'encadrement technique
Cette commission relève de la CAP Départementale
- CAP n°2, personnels de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux
6 membres : 3 titulaires représentant l'administration (3 suppléants)
3 titulaires représentant le personnel (3 suppléants)
- CAP n°3, personnels d'encadrement administratif
2 membres : 1 titulaire représentant l'administration (un suppléant)
1 titulaire représentant le personnel (un suppléant)
- CAP n°4, personnels d'encadrement technique et ouvrier de catégorie B
2 membres : 1 titulaire représentant l'administration (1 suppléant)
1 titulaire représentant le personnel (un suppléant)
- CAP n°5, personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux
6 membres : 3 titulaires représentant l'administration (3 suppléants)
3 titulaires représentant le personnel (3 suppléants)
- CAP n°6, personnels d'encadrement administratif et des Assistants médico-administratifs de catégorie B
4 membres : 2 titulaires représentant l'administration (2 suppléants)
2 titulaires représentant le personnel (2 suppléants)
- CAP n°7, personnels techniques, ouvriers, conducteurs d'automobile, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité de Catégorie C
6 membres : 3 titulaires représentant l'administration (3 suppléants)
3 titulaires représentant le personnel (3 suppléants)
- CAP n°8, personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux de Catégorie C
8 membres : 4 titulaires représentant l'administration (4 suppléants)
4 titulaires représentant le personnel (4 suppléants)
- CAP n°9, personnels administratifs
4 membres : 2 titulaires représentant l'administration (2 suppléants)
2 titulaires représentant le personnel (2 suppléants)

La composition nominative, des CAPL, à l'issue des dernières élections a été fixée par la décision du directeur, figurant en annexe.

Lorsque l'effectif des agents qui relèvent d'une CAP locale est inférieur à l'effectif minimum, la CAP locale ne peut pas être constituée et sa compétence est transférée à la CAP départementale correspondante.

En application de l'article 21 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le Directeur Général de l'Agence Régionale de santé Aquitaine en mai 2010 a confié la gestion des Commissions administratives paritaires départementales au Centre Hospitalier de Périgueux. (Ces CAP Départementales se sont dotées d'un règlement intérieur datant du 07 Juin 2012).

I.10 - Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

➤ Composition

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail comprend :

Des membres avec voix délibérative

- le Directeur chef de l'établissement ou son adjoint qui assure la présidence ;
- neuf représentants des personnels non-médicaux désignés par les organisations syndicales, en fonction des résultats obtenus aux dernières élections professionnelles ;
- un représentant des personnels médicaux désigné par la Commission Médicale d'Etablissement.

Des membres avec voix consultative

- le Médecin du travail ;
- le Directeur adjoint chargé des services économiques ;
- le Directeur adjoint chargé des travaux et du patrimoine ;
- le Directeur des Ressources Humaines et de la Formation ;
- le Directeur des Soins.

Peuvent participer aux réunions :

L'infirmière hygiéniste

Le psychologue du travail

La composition nominative du CHSCT, à l'issue des dernières élections, a été fixée par décision du directeur et figure en annexe.

➤ Attributions

Elles sont fixées par la réglementation en vigueur, le CHSCT :

- analyse les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents de l'établissement ou les personnels mis à la disposition de l'établissement par des entreprises extérieures et propose des initiatives et des actions pour les prévenir ;

- s'assure du respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des consignes de sécurité et d'hygiène. Il est informé de toutes les actions ayant trait à la sécurité dans l'établissement;
- étudie les conditions de travail pour déterminer leurs incidences sur l'organisation du travail et leurs effets sur la santé du personnel (rythme-pénibilité des tâches...)
- formule des propositions et des conseils auprès de la Direction de l'Etablissement ;
- procède aux inspections et enquêtes nécessaires à l'exercice de ses missions et effectue des enquêtes en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- peut exercer le droit d'alerte en cas de danger grave et imminent.

➤ **Fonctionnement**

Le CHSCT élit un secrétaire parmi ses membres.

Il établit l'ordre du jour des réunions conjointement avec le Président.

Il rédige les procès - verbaux des réunions.

Le CHSCT, qui se réunit au moins quatre fois par an, a adopté son règlement intérieur en date du 11 Avril 2006.

I.11 - Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

La CRUQPC a été mise en place, au Centre Hospitalier de Périgueux, le 5 septembre 2002, en s'appuyant sur les textes réglementaires et notamment le décret n°2005-213 du 2 mars 2005. Cette composition a été modifiée en 2012, suite aux renouvellements des représentants des usagers et des représentants CTE, par décision du Directeur et figure en annexe.

➤ **Missions**

Cette commission a deux missions :

- veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches,
- 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.

➤ **Composition**

La CRUPQ est mise en place au Centre Hospitalier de Périgueux dans la composition la plus large permise par les textes :

- le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, Président
- un médiateur médecin et son suppléant
- un médiateur non médecin et son suppléant
- deux représentants des usagers et leurs suppléants
- le Président de la CME ou son représentant désigné parmi les médecins membres de cette commission
- un représentant de la commission des soins infirmier, de rééducation et médico-technique et

son suppléant

- un représentant du personnel et son suppléant

- un représentant du Conseil de surveillance et son suppléant choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Le Directeur adjoint chargé de la politique qualité, le Directeur adjoint chargé des Affaires Juridiques, et le Directeur des soins assistent également aux séances avec voix consultative ou peuvent se faire représenter.

Le mandat des membres prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels ils ont été désignés, sauf pour les médiateurs et les représentants des usagers, pour qui la durée du mandat est de 3 ans renouvelables.

La CRUPQ, qui se réunit au minimum une fois par trimestre, a adopté son règlement intérieur en date du 07 Juillet 2010.

I.12 – Conseil de la Vie Sociale

➤ Composition

La composition du Conseil de la Vie Sociale des EHPAD Beaufort Magne, Parrot et de l'USLD est fixée, comme suit, par le directeur du Centre Hospitalier de Périgueux.

- Membres délibératifs

- ◆ Huit membres titulaires représentant les résidents
- ◆ Quatre membres titulaires représentant les familles ou représentants légaux.
- ◆ Quatre membres titulaires représentant le personnel, désignés par les organisations syndicales représentatives.
- ◆ Trois membres titulaires représentant l'organisme gestionnaire, nommés par le Directeur.

- Membres consultatifs

Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant.

- Personnes invitées

Un représentant du Conseil municipal de la commune siège de l'implantation ou de l'établissement des EHPAD et de l'USLD.

Le médecin coordonnateur et le cadre de santé de pôle peuvent être conviés par le Directeur pour l'assister en séance, ainsi que toute autre personne ayant une expertise sur une thématique abordée en séance.

La liste nominative des membres du Conseil de la Vie Sociale, à l'issue des élections des 25 février et 11 mars 2013, a été arrêtée par décision du directeur du Centre Hospitalier de Périgueux et figure en annexe.

➤ Missions

Le Conseil de la vie sociale émet un avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement et notamment sur :

- l'organisation intérieure de la vie quotidienne,
- les services thérapeutiques,
- l'hôtellerie,
- les activités,
- les animations socioculturelles,
- l'ensemble des projets et travaux d'équipement,
- l'affectation des locaux collectifs,
- la nature et les prix des services rendus,
- les mesures tendant à associer au fonctionnement de l'établissement les usagers, les familles et le personnel.

Il donne également un avis sur le Règlement de fonctionnement de l'établissement, le Contrat de séjour, le Livret d'accueil ainsi que le Projet d'établissement.

➤ **Fonctionnement**

La durée de mandat des membres du Conseil de la Vie Sociale est de trois ans.

Le Conseil, qui a adopté son règlement intérieur, en date du 01 Janvier 2013, se réunit au moins une fois par trimestre.

I.13 - Commission de l'activité libérale

➤ **Missions**

La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5. Le rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

➤ **Composition**

Les membres de la commission sont nommés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé Aquitaine. La commission comprend :

- 1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- 2° Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- 3° Un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;
- 4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- 5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;
- 6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;
- 7° Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

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

En cas d'absence ou d'empêchement du président à une séance de la commission, la présidence est assurée par le représentant du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

La liste nominative des membres de la commission de l'activité libérale du Centre Hospitalier de Périgueux est fixée par arrêté de la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, figurant en annexe.

La durée du mandat des membres de cette commission est de trois ans.

Cette commission, qui se réunit deux fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 ou par un praticien, a adopté son règlement intérieur en date du 02 Mai 2012.

I.14 – Conseil de bloc opératoire

Les modalités d'organisation et de fonctionnement du bloc opératoire du Centre Hospitalier de Périgueux font l'objet d'une charte formalisée le 15 Avril 2012.

Dans le cadre de cette charte, en cours d'actualisation, le rôle du conseil de bloc opératoire est de garantir l'organisation harmonieuse du bloc opératoire.

➤ Attributions

Le conseil de bloc opératoire assure les missions suivantes :

- Elaborer, ajuster et préciser les règles de fonctionnement relatives :
 - à l'organisation, dans un but d'optimisation des ressources humaines et matérielles ;
 - à la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ;
 - aux conditions de travail des personnels ;
 - aux conditions d'exercice des praticiens opérateurs et anesthésistes.
- S'assurer de l'application des protocoles d'hygiène et de sécurité dans le respect de la réglementation en vigueur.
- S'assurer du recueil des événements indésirables, les analyser et proposer/valider les actions correctives à mettre en œuvre.
- Décider des mesures à appliquer en cas de manquement aux règles de fonctionnement.

- Définir et suivre les indicateurs d'activité et de performance.
- Assurer le suivi et la transmission au(x) pôle(s) concerné(s) des éléments d'EPRD spécifiques au bloc opératoire.
- Préparer le plan d'équipement médical, non médical et de travaux.
- Préparer le rapport d'activité.
- Préparer la révision annuelle de la charte et de la planification des vacances opératoires.

➤ **Composition**

Membres permanents (ayant voix délibérative) :

- Le chirurgien coordonnateur, responsable de l'UF bloc opératoire au sein du pôle de chirurgie.
- L'anesthésiste réanimateur coordonnateur, responsable de l'UF bloc opératoire au sein du pôle d'anesthésie réanimation
- Le cadre de santé coordonnateur, cadre de bloc
- Le cadre de santé IADE
- Un représentant des opérateurs par spécialité (sur proposition de l'équipe médicale de la spécialité/secteur)
- Un ou plusieurs représentant(s) des anesthésistes réanimateurs (sur proposition de l'équipe médicale d'anesthésie réanimation)
- Un représentant du personnel non médical pour chacune des catégories professionnelles intervenant au bloc opératoire ainsi qu'à la stérilisation, désigné parmi les membres siégeant au sein de l'Assemblée générale du bloc opératoire.

Membres associés :

- Le directeur référent du pôle de chirurgie
- Le(s) cadre(s) supérieur(s) de santé du (des) pôle(s) concerné(s)
- Le(s) cadre(s) gestionnaire(s) « référent(s) » pour le bloc opératoire
- Le pharmacien responsable de la stérilisation ou son représentant

Le conseil de bloc est présidé par le responsable médical du bloc opératoire, nommé par décision conjointe du Directeur Général et du président de la CME sur proposition de l'Assemblée Générale réunie en formation restreinte au personnel médical.

➤ **Fonctionnement**

Le conseil de bloc se réunit au minimum trois fois par an, (dernier jeudi de janvier, avril et octobre) sur convocation du Président du Conseil de bloc, responsable médical du bloc opératoire.

L'ordre du jour est arrêté par le Président du Conseil de bloc après consultation des membres du Conseil de bloc.

Les réunions du Conseil de bloc font l'objet d'un compte-rendu qui est communiqué à ses membres et invités. Le compte-rendu est validé lors du Conseil suivant.

I.15 – Comité de la qualité de l'air

Le comité de la qualité de l'air a été constitué au Centre Hospitalier de Périgueux par décision du directeur n°95783 du 15 Décembre 2010.

Ce comité se réunit au moins 2 fois par an à périodicité définie pour faire le point des actions menées, des résultats de prélèvements effectués et des évolutions des procédures mises en place.

Il se réunit de façon exceptionnelle à l'occasion de crise ou d'alerte importantes.

La composition nominative de ce comité est fixée par décision du directeur, figurant en annexe.

I.16 – Comité de l'eau

Le comité de l'eau a été constitué au Centre Hospitalier de Périgueux par décision du directeur n°94489 du 15 Avril 2010.

Ce comité se réunit au moins 2 fois par an à périodicité définie pour faire le point des actions menées, des résultats de prélèvements effectués et des évolutions des procédures mises en place.

Il se réunit de façon exceptionnelle à l'occasion de crise ou d'alerte importantes.

La composition nominative de ce comité est fixée par décision du directeur et figure en annexe.

I.17 – Commission de radioprotection

Il est institué une commission de la radioprotection en charge d'examiner toutes les questions relatives aux rayonnements ionisants. Sa composition est déterminée par une décision du directeur, figurant en annexe.

I.18 – Commission des marchés

Il est institué une commission des marchés en charge de participer à titre consultatif avant décision du pouvoir adjudicateur au choix des fournisseurs pour des opérations de travaux, d'équipement, de fournitures et consommables, de prestations. Sa composition est déterminée par une décision du directeur.

I.19 – Commission de groupements de commande

Le Centre Hospitalier de Périgueux peut participer à des groupements de commandes pour effectuer des achats de fournitures, biens, services. Il peut par délégation des adhérents être désigné comme coordonnateur d'un groupement

L'adhésion à un groupement est réalisée par voie conventionnelle.

I.20 – Commission des menus

Il est institué sur le secteur Ephad-Usld une commission annuelle des menus destinée à recueillir l'avis et propositions des résidents, des familles et personnels en lien avec le responsable restauration et la Direction des Achats

CHAPITRE II

MESURES DE POLICE GENERALE

II.1 – Sécurité Incendie

Un plan d'organisation interne de Sécurité Incendie du Centre Hospitalier de Périgueux a été mis en place par note de service N° 2009/62, du 23 Juin 2009.

Les missions de l'équipe de sécurité incendie ont été précisées par la note de service N°2010/54 du 22 Mars 2010.

Il est interdit de manipuler les matériels de secours (extincteurs..) en dehors de leur utilisation normale ou d'en rendre l'accès difficile.

II.2 – Circulation des véhicules et stationnement

1. Circulation des véhicules

La réglementation qui s'applique au sein du Centre Hospitalier de Périgueux est celle du Code de la Route.

La vitesse est limitée à 30 km/h et doit être adaptée en fonction des zones de circulation. Il est rappelé que l'établissement accueille de nombreuses personnes en situation de fragilité ou de difficultés et des personnes âgées. La plus grande prudence est nécessaire pour respecter ces personnes, notamment quand elles circulent à pied.

2. Stationnement

Des places de stationnement, en nombre important, sont identifiées et réparties sur l'ensemble du site hospitalier.

Tout stationnement en dehors de ces places identifiées est interdit et peut faire l'objet de verbalisation, notamment sur des zones dangereuses ou réservées aux secours (pompiers, distribution fluides médicaux, logistique CHP,).

Comme indiqué, précédemment, les personnes accueillies au sein de l'établissement sont, pour beaucoup, en situation de difficultés physiques. Des places leur sont réservées au plus près des entrées des bâtiments. Il est demandé au personnel de laisser libre ces places pour la bonne prise en compte des usagers de l'hôpital.

Une procédure de réquisition des autorités de police est en place, sur la base d'un formulaire type, en cas d'infraction au stationnement au Centre Hospitalier de Périgueux, occasionnant une gêne au passage des véhicules de secours et des ambulances.

II.3 – Fermeture des accès voie publique

Dans le but de sécuriser l'établissement, un plan de fermeture des portails et accès voie publique du Centre Hospitalier de Périgueux est mis en œuvre et récapitulé dans une note de service N° 2013/20, du 19 Février 2013.

II.4 – Animaux

Les animaux sont interdits au sein de l'établissement par mesure d'hygiène et de sécurité, à l'exception des chiens-guides d'aveugles.

II.5 – Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer à l'intérieur de l'ensemble des bâtiments du Centre Hospitalier de Périgueux, en application du décret N° 2006-1386 du 15 novembre 2006, fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Le non respect de cette interdiction expose à une amende forfaitaire de 68 euros ou à des poursuites pénales.

II.6 – Téléphones portables

Les téléphones portables doivent être éteints au sein des bâtiments du Centre Hospitalier de Périgueux afin de respecter le repos des patients et de préserver les équipements médicaux.

II.7 – Respect des règles d'hygiène

Toute personne est tenue d'observer au sein du Centre Hospitalier de Périgueux, une stricte hygiène corporelle.

II.8 – Objets et produits interdits

L'introduction ou la détention d'armes ou de stupéfiants, dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Périgueux sont interdites, conformément aux dispositions législatives et réglementaires, en vigueur.

En matière de drogue, la pratique, au Centre Hospitalier de Périgueux, consiste à confisquer les stupéfiants et les remettre aux autorités de police, sans révéler l'identité du patient concerné. Une procédure formalisant la conduite à tenir est en cours d'élaboration.

Concernant la détention d'armes, la procédure à mettre en œuvre pour effectuer des saisies d'Armes sur des malades hospitalisés est définie par la note de service numéro 96/25 du 06 Février 1996. Cette note est en cours d'actualisation.

II.9 – Conditions d'exercice du droit de visite

Les visites aux hospitalisés sont autorisées de 12 heures à 20 heures.

Des dérogations à ces horaires peuvent être accordées avec l'accord du responsable de la structure interne concernée.

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un mineur, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visites. L'attention de l'accompagnant doit être appelée sur le fait qu'il ne doit, en aucun cas, contrarier l'action médicale ou troubler le repos des autres malades.

Le médecin peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de l'hospitalisé.

La visite des enfants de moins de 15 ans auprès des hospitalisés est déconseillée.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le directeur.

Les malades peuvent demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

II.10 – Troubles causés par le patient

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin responsable de l'unité, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

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

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient dans les conditions prévues à l'article R. 1112-49 du code de la santé publique.

II.11 – Règles d'accès spécifiques relatives aux prestataires extérieurs, fournisseurs, transporteurs

Au-delà des obligations générales (stationnement, hygiène, ...) qui s'imposent, les fournisseurs doivent respecter certaines règles déontologiques :

- interdiction de faire du démarchage auprès des utilisateurs pendant les mises en concurrence afin de respecter les règles d'équité et de transparence, de nature à annuler les procédures
- obligation de solliciter l'accord de la Direction pour réaliser des démonstrations de matériel, ou des tests de produits, de consommables
- interdiction d'effectuer du démarchage auprès des patients

Les transporteurs sont priés de respecter les horaires des différents magasins de l'établissement et sauf autorisation de la Direction effectuer les livraisons dans les lieux préalablement déterminés lors de la commande

Tout dépôt réalisé sans réception d'un magasinier (dépôt devant une porte) est considéré comme non effectué et fera l'objet d'un signalement auprès du fournisseur.

Les dispositions applicables au personnel du Centre Hospitalier de Périgueux, s'appliquent également aux intérimaires, aux stagiaires présents dans l'établissement et de façon générale, à toute personne qui exécute un travail dans l'établissement, qu'elle soit liée ou non par un contrat de travail.

II.12 – Sécurité des ordonnances et des tampons médicaux

Pour prévenir des vols ou détournements d'ordonnances ou de dispositifs d'identification des médecins, des consignes de sécurité de la conservation des supports de prescription et des dispositifs d'identification des praticiens sont rappelées par la note de service N°2013/94, signée du directeur et du président de la CME, en date du 05 Septembre 2013.

En cas de vol d'ordonnance ou d'ordonnancier, une procédure d'alerte auprès de l'ARS et de dépôt de plainte au commissariat est définie par la note de service N°2013/90, du 02 Septembre 2013.

II.13 – Protocole sécurité

Pour améliorer la sécurité de l'établissement et plus particulièrement celle du service des urgences, le Centre Hospitalier de Périgueux, a passé un protocole d'accord avec la direction départementale de la sécurité publique de la Dordogne, en date du 11 Janvier 2011. Ce protocole a été complété par un premier avenant signé le 23 Avril 2013.

CHAPITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

SECTION 1 – DROITS DES PATIENTS

III.1.1 – Chartes des droits des patients

L'établissement s'engage à respecter les différentes chartes relatives aux droits des patients.

Ces chartes, de la personne hospitalisée, de la personne âgées et de l'enfant hospitalisé, sont en ligne sur le site Internet du Centre Hospitalier de Périgueux et peuvent être téléchargées.

La Charte des Droits des patients hospitalisés est affichée dans l'établissement. Elle est, également, disponible en braille, dans tous les services.

III.1.2 – Maison des usagers

L'établissement a mis en place une Maison des Usagers, le 10 Mai 2011.

Elle a pour rôle d'informer et de renseigner les patients et leur entourage sur la connaissance de la maladie, les démarches administratives et les droits des usagers et les campagnes de prévention pour la santé et faciliter la relation entre les différents acteurs de l'établissement (associations, représentants des usagers, usagers, professionnels de santé, ...).

Située dans le hall d'accueil, elle reçoit sans rendez-vous les usagers qui le souhaitent.

L'organisation, le fonctionnement et les missions de la Maison des Usagers sont définis dans la note de service N°2011/57 du 24 Mai 2011. Une plaquette d'information, mise à jour, régulièrement, précisant les horaires des permanences des différentes associations, est distribuée dans les services et mise à disposition dans les lieux d'accueil du public, elle est également en ligne sur le site Internet du Centre Hospitalier de Périgueux.

III.1.3 – Accueil

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

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit le livret d'accueil prévu à l'article L. 1112-2 du code de la santé publique. Ce livret contient les informations prévues par l'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil.

L'établissement tient compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien. Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes est recherché.

Une liste des interprètes et des personnes ressources parlant une langue étrangère est mise à jour régulièrement, et diffusée dans les services (note N° 2012/13 du 06 Février 2012).

III.1.4 - Information du patient et de l'entourage

Les hospitalisés sont informés des noms des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. Les noms des praticiens, par services, sont affichés dans le hall d'accueil et disponibles sur le site Internet.

III.1.5 - Personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. (article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique).

Les modalités de désignation de la personne de confiance par le patient majeur ou mineur, lors d'une hospitalisation, sont définies par un protocole du 27 Janvier 2012. Une notice explicative, accompagnée d'un formulaire de désignation, à destination des personnels d'accueil, est disponible sur le logiciel de gestion documentaire Kaliweb.

III.1.6 - Consentement aux soins

➤ Accord sur les soins

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille ou à défaut un de ses proches ait été consulté.

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Un formulaire de recueil de ce consentement, signé du médecin et du patient, mis à jour au 05 Octobre 2012, est en place au Centre Hospitalier de Périgueux.

Il doit être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le patient doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est

inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant, le cas échéant, des soins palliatifs. Néanmoins, le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le patient n'a pas disposé d'un délai minimum nécessaire pour réitérer, en toute connaissance de cause, sa volonté.

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 motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

➤ **Refus des soins**

La liberté du patient de refuser de se soigner est un principe fondamental du droit médical.

Lorsqu'un patient n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut être prononcée par le Directeur de l'établissement. Dans toute la mesure du possible, une proposition alternative de soins est au préalable 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 cosigné par l'accompagnant ou, à défaut par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient, le médecin responsable s'assure que le refus du patient procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt.

En cas de refus persistant, il prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires pour le patient compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du patient d'accepter les soins. Il en informe le Directeur de l'établissement ou son représentant.

III.1.7 - Accès au dossier médical

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (article L.1111-7 du CSP).

Les modalités de communication du dossier médical aux différentes personnes ayant un droit d'accès, hormis les modalités de saisie des dossiers médicaux par les autorités de justice qui font l'objet d'un protocole dédié, sont précisées par un protocole actualisé en date du 14 Mai 2012. Elles sont affichées dans le hall d'entrée et mentionnées dans le livret d'accueil des patients.

Le formulaire de demande de communication du dossier médical est également téléchargeable sur le site internet du Centre Hospitalier de Périgueux.

III.1.8 – Anonymat demandée par le patient

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

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

III.1.9 – Exercice du culte

Les personnes hospitalisées reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix.

La note de service N° 2012/67, en date du 28 Juin 2012, précise l'organisation et les permanences du service d'aumônerie du Centre Hospitalier de Périgueux, pour l'exercice des différents cultes.

III.1.10 - Prise de vue et utilisation de l'image de la personne

Le Centre Hospitalier de Périgueux reçoit des demandes de reportages de la part des rédactions de presse, radios ou télévisions. Le Directeur donne systématiquement son accord pour tout reportage au sein de l'établissement. Mais cette autorisation ne décharge pas le journaliste de demander l'autorisation individuelle expresse du patient pour le photographe, le filmer ou l'interviewer.

Pour les enfants mineurs et les majeurs protégés, le journaliste doit obtenir l'accord du représentant légal. Cette autorisation doit être écrite. Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse. Le Centre Hospitalier ne saurait être appelé en garantie en cas de litige consécutif à une autorisation.

Pour la réalisation et la mise à jour de ses différents supports de communication, le Centre Hospitalier de Périgueux est amené à filmer ou prendre des photos de patients hospitalisés, sous réserve de l'accord express et écrit de la personne concernée, qui est informée, également, des différentes utilisations prévues de cette action de communication.

SECTION 2 – ADMISSION

III.2.1 - Modalités d'admission

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

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

En cas d'indisponibilité de lits dans l'unité compétente pour la pathologie présente du patient, celui-ci est « hébergé » provisoirement dans une autre unité où un lit est disponible.

Les règles d'organisation de l'accueil en « hébergement » des patients, sont définies par note de service (N° 2012/134 du 20 décembre 2012).

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Pour toute hospitalisation programmée, il sera demandé, lors de leur admission, tous documents nécessaires de prise en charge par tous régimes de sécurité sociale, régimes complémentaires ou assurances privées.

Les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

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

III.2.2 – Admission en urgence

Si l'état d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Il prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue.

Tout patient ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus. Le formulaire de lettre de décharge dans le cadre d'une sortie contre avis médical, est annexé à la note de service N°2000/92 ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.

III.2.3 - Transfert après premiers secours du patient

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur provoque les premiers secours et prend 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.

En particulier, si tous les incubateurs de l'établissement sont occupés, toutes dispositions sont prises pour le transport d'urgence d'un prématuré dans l'établissement le plus proche disposant d'incubateurs.

III.2.4 - Dépôt des biens et valeurs

Il est rappelé qu'il est fortement déconseillé d'apporter bijoux, argents et objets de valeurs lors d'une hospitalisation programmée. Lors de son admission, le patient est, toutefois, invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent, des bijoux et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Si le patient est inconscient au moment de son admission, un inventaire contradictoire des sommes d'argent, des bijoux et de tous les objets dont il est porteur est aussitôt dressé. L'établissement ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la disparition d'objets ou de valeurs non régulièrement déposés selon les modalités précédemment définies.

La responsabilité de l'établissement n'est pas engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les modalités de gestion des dépôts et des retraits des valeurs des patients hospitalisés sont définies dans un protocole en date du 30 Août 2011.

Les biens des majeurs protégés, hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les articles 491-4, 499 et 500 du code civil et abrogé par décret n° 2012-663 du 04 Mai 2012 relatif aux modalités de gestion des biens des personnes protégées, dont la protection est confiée à un mandataire judiciaire, personne ou service préposé d'une personne morale de droit public.

III.2.5 - Régime d'hospitalisation

L'établissement comporte deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier, avec la mise à disposition d'une chambre individuelle.

Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et aux bénéficiaires des soins dispensés au titre de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

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

La note de service N° 2010/06, du 29 Juin 2010, précise le circuit de mise à disposition du formulaire de demande de chambre particulière

III.2.6 – Activité libérale

Les patients peuvent être admis sur leur demande, avec l'accord du médecin intéressé, au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Lorsque les patients autres que les bénéficiaires de l'aide médicale optent pour le régime particulier ou l'activité libérale des praticiens hospitaliers, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé

a pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de l'une ou de l'autre de ces catégories. L'engagement de payer les suppléments au tarif de prestations, qui doivent être précisément indiqués, est signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements publics de santé et les organismes prenant en charge les frais de soins.

Aucun malade ne peut être transféré dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers, s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le directeur sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit et après avis du responsable du service.

III.2.7 – Identification des patients hospitalisés

L'identification du patient est un élément fondamental de la sécurité des soins. A ce titre, le Centre Hospitalier a défini une politique visant à diminuer le risque d'erreur d'identification des patients tout au long du parcours de soin. Parmi ces actions, la pose du bracelet d'identification des patients a été généralisée dans tous les secteurs y compris aux urgences. L'utilisation de ce bracelet dans les secteurs psychiatrie et EHPAD est possible sur prescription médicale, mais n'est pas systématisée (Note de service N° 2011/6, du 22 Août 2011).

III.2.8 - Dispositions particulières

1 - Femmes enceintes

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

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande d'accoucher sous X, dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

2 - Militaires

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

3 - Détenus

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet, admis soit dans le service spécialement aménagé dans l'établissement, soit dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades. Deux chambres d'isolement sont prévues, à cet effet, au service des urgences.

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

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D. 280 du code de procédure pénale.

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie, et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

4 - Mineurs

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

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

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

Dans le cas où les père, mère ou tuteur 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.

L'admission peut, également, être faite à la demande d'un mineur, sans l'accord du titulaire de l'autorité parentale, lorsque le mineur est émancipé (par mariage ou par décision d'émancipation du juge des tutelles) ; ou lorsque ses liens familiaux sont rompus et qu'il bénéficie personnellement à ce titre de la CMU ; ou en cas d'urgence ; ou lorsque le mineur qui souhaite une Interruption Volontaire de Grossesse ; ou lorsqu'il souhaite garder le secret sur son état de santé.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

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

5 - Majeurs légalement protégés

Le mandataire judiciaire se charge d'accomplir les démarches administratives concernant l'hospitalisation des majeurs protégés.

- la personne sous sauvegarde de justice :

La personne placée sous sauvegarde de justice conserve sa capacité juridique. Le majeur sous sauvegarde de justice doit recevoir lui-même les informations le concernant et consentir seul et personnellement aux soins qui doivent lui être prodigués.

- la personne sous curatelle :

La curatelle est une mesure destinée à assister et conseiller la personne protégée qui agit seule dans la vie quotidienne mais avec l'assistance de son curateur pour les actes les plus graves. Le majeur sous curatelle prend personnellement les décisions relatives à sa personne, il doit donc recevoir lui-même les informations le concernant. Le professionnel de santé doit, cependant, adapter son discours aux capacités de compréhension de la personne protégée. Le majeur sous curatelle consent seul aux soins dont il a besoin.

Le curateur doit également recevoir l'information et s'assurer que le majeur protégé a bien compris celle-ci.

- la personne sous tutelle :

La personne sous tutelle a le droit de recevoir, selon l'article L 1111-2 du code de santé public, elle-même une information adaptée à son discernement et de participer à la prise de décision la concernant. Si le majeur sous tutelle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit être systématiquement recherché. En outre, l'information due par le médecin au patient sous tutelle doit être donnée à son tuteur. L'autorisation d'opérer sera délivrée par le juge des tutelles par l'intermédiaire du tuteur.

6 - Patients toxicomanes

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

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

7 - Patients hospitalisés sans leur consentement

L'établissement dispose d'une unité intersectorielle d'hospitalisation psychiatrique sans consentement.

Les différentes modalités d'admission dans cette unité, à la demande d'un tiers, à la demande du représentant de l'état, sont précisées par des procédures élaborées, en date du 06 Septembre 2012, disponibles sur le logiciel de gestion documentaire Kaliweb.

SECTION 3 – CONDITIONS DE SEJOUR

III.3.1 – Repas, boissons et denrées alimentaires

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

Le cadre infirmier du service s'oppose, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

Conformément à la charte de la laïcité de 2007 dans les services publics, les usagers 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 des services de soins.

III.3.2 – Gratifications

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

III.3.3 – Respect du libre choix des patients et des familles

Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire : les listes des entreprises agréées par la Préfecture leur sont communiquées.

De même les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé (appareillages inclus).

III.3.4 - Services mis à la disposition des patients

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales.

Un prestataire a en charge par contrat avec le Centre Hospitalier de Périgueux l'exploitation d'une boutique pour les patients et visiteurs, située à l'accueil principal, qui effectue la vente d'articles de presse, de cadeaux, boissons chaudes et froides, sandwiches, la gestion de la téléphonie patient et télévision et des distributeurs automatiques de boissons et denrées répartis dans différents points du CHP.

Les hospitalisés utilisant le téléphone acquittent les taxes correspondantes. Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services.

Les appareils de télévision ne peuvent être introduits à l'hôpital qu'avec l'autorisation du directeur.

En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.

Bibliothèque

Un service gratuit de prêt de livres et de revues est assuré auprès des malades hospitalisés dans chaque service par des bénévoles de l'association « Culture et bibliothèque pour tous ».

Service social

Pour conseiller et accompagner les patients et leurs familles dans les différentes démarches, un service social est organisé au Centre Hospitalier de Périgueux. Ce service peut intervenir auprès des organismes sociaux et médico-sociaux pour prévenir ou remédier à toutes difficultés sociales ou médico-sociales. L'organisation et le fonctionnement de ce service fait l'objet d'une note en cours d'élaboration.

SECTION 4 – SORTIES

III.4.1 – Formalités de sortie

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

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de l'hospitalisé dans un établissement dispensant des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée adapté à son cas.

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

Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade. Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

III.4.2 - Permission de sortie

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

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin responsable de l'unité, par le directeur. Une délégation de signature est mise en place pour les permissions de sortie, par décision du directeur, figurant en annexe.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que selon les modalités prévues au III.2.1. (modalités d'admission, page 44) de la présente section.

III.4.3 - Sortie contre avis médical

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, à l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin responsable de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux.

Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. Le formulaire de lettre de décharge dans le cadre d'une sortie contre avis médical, est annexé à la note de service N°2000/92.

En cas de sortie à l'insu du service « Fugue », une procédure est en cours d'élaboration, accompagnée d'une fiche de signalement, le cas échéant, aux autorités de police.

III.4.4 - Sortie des mineurs

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique ou d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, les personnes mentionnées à l'article R. 1112-57 du code de la santé publique sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles font connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

III.4.5 - Sortie des nouveaux-nés

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

III.4.6 - Transport en ambulance

L'administration de l'établissement tient à la disposition des hospitalisés la liste complète des entreprises de transport sanitaire terrestre du département.

Cette liste est mise à jour annuellement et diffusée sous forme de note de service (note N° 2013/47 du 17 Avril 2013), et disponible sur le logiciel de gestion documentaire Kaliweb.

III.4.7 - Questionnaire de sortie

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire. Il est annexé au livret d'accueil remis aux personnes hospitalisées.

Ces questionnaires sont analysés par la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge. Le directeur communique périodiquement au conseil de surveillance, à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement les résultats de l'exploitation de ces documents.

Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les directeurs généraux des agences régionales de santé.

SECTION 5 – FIN DE VIE, DECES

III.5.1 – Fin de vie

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

Les proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent

III.5.2 - Constat du décès

Les décès sont attestés par le certificat prévu à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.

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

La rédaction du certificat du décès, son contenu, son circuit de diffusion et son enregistrement au Centre Hospitalier de Périgueux sont précisés par la note de service N° 2010/05 du 29 Mars 2010. Les modalités de remplissage du certificat de décès sont définies dans la note de service N° 2011/01, du 07 Janvier 2011.

III.5.3 – Annonce et notification du décès

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

Le décès est confirmé par tout moyen.

La notification du décès est faite pour :

- 1° Les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- 2° Les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- 3° Les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil général.

Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.

Pour faciliter les démarches et l'information des familles, lors d'un décès, une liste des opérateurs funéraires, des chambres funéraires et des crématoriums habilités sur le département de la Dordogne est mise à leur disposition (note de service N° 2011/14 du 07 Février 2011).

III.5.4 – Sortie de corps à résidence avant mise en bière

Les règles concernant les sorties de corps à résidence avant mise en bière, ainsi que l'organisation définie au Centre Hospitalier de Périgueux, sont précisées par la note N°2011/56, du 12 Août 2011.

La sortie de corps est signée par le directeur ou son représentant (délégation de signature par décision, figurant en annexe).

Pour les personnes décédées, résidentes, aux Félibres, un protocole spécifique a été élaboré en date de 16 Mai 2012.

III.5.5 - Déclaration d'enfant sans vie

La déclaration d'enfant sans vie est établie dans les conditions prévues à l'article 79-1 du code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

Les règles d'accompagnement des parents et des enfants lors d'une interruption médicale de grossesse ou lors d'une mort Fœtale In Utero ou lors d'un décès d'un enfant viable à la maternité, sont précisées dans un protocole du 10 Août 2012.

III.5.6 - Indices de mort violente ou suspecte

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

III.5.7 - Inventaire après décès

Les effets et les objets des personnes décédées font l'objet d'un inventaire établi sur la fiche d'inventaire chambre mortuaire, élaborée le 28 Février 2011.

III.5.8 - Dévolution des biens des hospitalisés décédés

Les règles relatives à la dévolution des biens des hospitalisés décédés font l'objet d'un protocole en cours d'élaboration.

III.5.9 - Mesures de police sanitaire

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

III.5.10 – Séjour en chambre mortuaire

Les règles de présentation des familles des patients décédés sont définies par un protocole du 12 Mars 2010.

Les différents soins à apporter au défunt, dans le respect de sa dignité et des règles d'hygiène hospitalière, font l'objet d'un protocole en date du 13 Juin 2012.

III.5.11 – Réclamation du corps pour inhumation ou crémation

La famille ou, à défaut, les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil.

II. - En cas de non-réclamation du corps dans le délai de dix jours mentionné à l'article R. 1112-75 du code de la santé publique, l'établissement dispose de deux jours francs : Pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci ; en l'absence de ressources suffisantes, il est fait application des dispositions de l'article L. 2223-27 du code général des collectivités territoriales ; s'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue, en accord avec l'autorité militaire compétente ;

III.5.12 – Registre de suivi des corps

Le Centre Hospitalier de Périgueux tient un registre mentionnant les informations permettant le suivi du corps des personnes décédées et des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil, depuis le constat du décès des personnes ou de la date de l'accouchement des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil et jusqu'au départ des corps de l'établissement. Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre de la culture et de la communication fixe les informations qui figurent obligatoirement dans ce registre, et notamment les modalités de son actualisation, les informations qu'il contient et leur durée de conservation.

III.5.13 – Autopsie

L'organisation et la conduite à tenir, au Centre Hospitalier de Périgueux, lors d'une interruption médicale de grossesse, de mort fœtale In Utero et dans le cas d'un enfant né viable, vivant puis décédé, sont définies par un protocole mis à jour le 10 Août 2012.

Les examens de fœtopathologie sont réalisés par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, sur la base d'une convention (n°2010/0483 du 03 Mars 2010), précisant notamment les modalités techniques et d'organisation des transferts.

III.5.14 – Prélèvement d'organes et de tissus

Le Centre Hospitalier de Périgueux est autorisé, depuis le 14 Janvier 2008, pour l'activité de prélèvement d'organes et de tissus.

L'organisation et le fonctionnement de cette activité sont définis par la note de service N°2010/94 du 04 Août 2010.

TITRE II – DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX RESIDENTS DES EHPAD PARROT-BEAUFORT MAGNE ET DE L’USLD

L'ensemble des dispositions du titre I du présent chapitre s'applique, le cas échéant, aux unités des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à l'unité de soins de longue durée (USLD), gérés par le Centre Hospitalier de Périgueux. Toutefois, la réglementation et les besoins spécifiques des personnes accueillies dans ces unités rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour. Tel est l'objet du titre II qui compose le chapitre III du présent règlement, qui s'applique indifféremment, sauf mention contraire, à l'ensemble des personnes accueillies dans ces unités, qu'elles soient ou non âgées de plus de 60 ans. Il est constitué, entre autres, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour des EHPAD et de l'USLD.

SECTION 1 - CONDITIONS GENERALES DE FONCTIONNEMENT DES EHPAD PARROT ET BEAUFORT MAGNE ET DE L’USLD

Les Etablissements BEAUFORT-MAGNE et PARROT - sont des établissements de statut public.

III.1.1 - Le Conseil de Surveillance

Les Etablissements H. de BEAUFORT, N. MAGNE et PARROT - E.H.P.A.D. sont administrés par le Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

Le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier a une compétence d'attribution. Il délibère sur les points énumérés par la loi, dont le budget. Ses délibérations financières se rapportant aux Etablissements H. de BEAUFORT, N. MAGNE et PARROT - E.H.P.A.D. sont soumises à l'approbation du Président du Conseil Général de la DORDOGNE qui fixe les tarifs journaliers (Hébergement, Dépendance).

La tarification des forfaits de soins à charge de l'Assurance Maladie est établie par Monsieur le Préfet du Département (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale).

III.1.2 - Le Directeur

Le Directeur du Centre Hospitalier a une compétence générale. Il est chargé d'exécuter les délibérations du Conseil d'Administration. Il ordonnance les dépenses et les recettes dans le cadre du budget.

Il a autorité sur l'ensemble des services et les personnels de l'établissement. Il veille à sa bonne marche avec le concours et les compétences des personnels de tous statuts.

Il prononce les admissions après avis du médecin coordonnateur.

Le Cadre de Direction chargé du secteur Personnes Agées

Il a la responsabilité des Etablissements H. de BEAUFORT, N. MAGNE et PARROT - E.H.P.A.D. et de l'USLD.

III.1.3 - Le Comptable

Le comptable est le Trésorier Principal de PERIGUEUX - Etablissements Hospitaliers. En liaison avec la Direction financière de l'établissement, il participe à la gestion comptable, c'est à lui notamment qu'incombe l'encaissement de vos paiements.

III.1.4 - Le Conseil de la vie sociale

La loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 a prévu à son article L 311-6 la création d'un Conseil de la vie sociale dont les modalités de fonctionnement sont fixées par décrets (composition et compétences de ce Conseil). Cette instance est le lieu privilégié d'information et d'expression des résidents, des familles et des représentants des personnels.

III.1.5 - Le Médecin coordonnateur

La présence d'un Médecin coordonnateur compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé.

Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins.

Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement, notamment les médecins libéraux.

Il contribue à une bonne organisation de la permanence des soins et à la formation gériatrique du personnel, donne un avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins.

III.1.6 - Le Personnel

Le Personnel des Etablissements H. de BEAUFORT, N. MAGNE et PARROT - E.H.P.A.D. et de l'USLD est nommé par le Directeur du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

Les résidents sont en contact avec :

- | | |
|--|----------------------------------|
| - Les Cadres de Santé | tenue blanche |
| - la Psychologue | tenue blanche |
| - Les Infirmier(e)s..... | tenue blanche avec bordure bleue |
| - L'Ergothérapeute..... | tenue blanche |
| - Les Aides-Soignant(e)s | tenue blanche avec bordure verte |
| - Les Agents des Services Hospitaliers | tenue blanche |
| - Les animateurs | tenue blanche |
| - Les Coiffeuses..... | tenue blanche |

III.1.7 - Les Intervenants extérieurs

- Les Médecins et Kinésithérapeutes intervenant à titre libéral
- La Pédiacre - Podologue
- Les Coiffeurs

Les honoraires des intervenants extérieurs sont à la charge des résidents.

III.1.8 - Les Bénévoles V.M.E.H. et Aumônerie

Au titre de ses deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le Centre Hospitalier de PERIGUEUX a passé une convention avec l'Association des visiteurs aux malades des établissements hospitaliers (V.M.E.H.), les membres de l'équipe d'aumônerie qui interviennent auprès des résidents aux fins de visites d'échange et de dialogue.

Ces intervenants bénévoles doivent s'informer auprès de l'équipe soignante des situations particulières quant à leur intervention auprès de certains résidents.

Les bénévoles s'engagent à respecter le présent Règlement de Fonctionnement, à se conformer aux instructions données par l'équipe soignante et à intervenir avec discrétion.

III.1.9 - Sécurité des biens et des personnes

L'établissement met en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer un niveau de sécurité maximal aux résidents dans la limite de l'exercice de leurs droits et libertés.

Une permanence de nuit est assurée dans toutes les unités 24h/24 par des agents hospitaliers qui peuvent être contactés par le biais d'appel malade implanté dans chaque chambre.

III.1.10 - Biens et valeurs personnels

Il n'est pas pratiqué d'inventaire des biens et valeurs détenus par les résidents au moment de leur admission dans l'établissement.

Par ailleurs, la chambre occupée par le résident est considérée comme un espace privatif.

Par conséquent, le Centre Hospitalier de PERIGUEUX ne pourrait en aucun cas être tenu pour responsable des détériorations ou disparitions occasionnées aux biens et valeurs détenus par le résident.

III.1.11 – Assurances

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités. Cette assurance n'exonère pas le résident pour les dommages dont il pourrait être la cause.

III.1.12 - Situations exceptionnelles

1 - Fortes chaleurs

Afin de prévenir les risques sanitaires chez les personnes âgées dus aux périodes de fortes chaleurs, le Centre Hospitalier de PERIGUEUX a pris pour ses deux E.H.P.A.D. et l'USLD un certain nombre de dispositions.

Tout d'abord, le Centre Hospitalier de PERIGUEUX a élaboré un « Plan bleu » qui entre dans le cadre du Plan national canicule.

Ce Plan bleu est mis en œuvre par le Centre Hospitalier de PERIGUEUX en cas de crise et de déclenchement du dispositif d'alerte par le Préfet du Département de la DORDOGNE.

Ce Plan bleu du secteur des personnes âgées du Centre Hospitalier de PERIGUEUX a pour but :

- d'assurer la prise en charge des personnes âgées face à une situation exceptionnelle de canicule,
- de coordonner, de répartir et de renforcer les moyens disponibles en fonction des besoins.

La veille saisonnière va du 1^{er} juin au 31 août de chaque année.

Ce Plan bleu est actualisé chaque année et fait l'objet d'une présentation aux résidents et à leur famille.

Ensuite, le Centre Hospitalier de PERIGUEUX procède régulièrement au renforcement des moyens destinés à lutter contre les risques dus aux fortes chaleurs :

- installation de fontaines réfrigérées,
- mise à disposition de ventilateurs,
- installation de stores et volets roulants,
- climatisation de certains locaux réservés aux résidents.

2 - Continuité du service en cas de circonstances exceptionnelles

L'établissement assure à chaque résident la continuité du respect de sa dignité, de son intégrité et de sa sécurité.

A ce titre, les approvisionnements énergétiques, et en particulier le service de l'électricité, sont assurés par des installations de secours, notamment des groupes électrogènes dont est équipé le Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

La sécurité des approvisionnements en produits alimentaires, d'hygiène, de médicaments et de dispositifs médicaux est assurée par les stocks du Magasin central et ceux de la Pharmacie du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

Le Centre Hospitalier de PERIGUEUX assure la présence d'un service minimum des personnels.

3 - Lutte contre les infections nosocomiales

Comme tout établissement de santé, le Centre Hospitalier de PERIGUEUX dispose d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) qui est chargé de surveiller et d'analyser le risque infectieux dans les activités de soins.

Il élabore des protocoles et recommandations qui sont également applicables dans le secteur des personnes âgées.

4 - Autres vigilances sanitaires

L'hygiène alimentaire en restauration collective fait l'objet de dispositions rigoureuses (plan de maîtrise sanitaire) qui sont régulièrement vérifiées par la Direction des services vétérinaires afin d'éviter tout risque de toxi-infections alimentaires.

Comme tout établissement de santé, le Centre Hospitalier de PERIGUEUX a élaboré un plan de lutte contre un éventuel risque de pandémie grippale. Des dispositions spécifiques ont été arrêtées pour le secteur des personnes âgées.

5 - Sécurité Incendie

La sécurité incendie est une préoccupation majeure des responsables du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

En qualité d'établissement recevant du public, le Centre Hospitalier de PERIGUEUX fait l'objet de contrôles de la Commission locale de sécurité incendie et d'autres organismes de contrôles auxquels le Centre Hospitalier de PERIGUEUX doit obligatoirement se soumettre.

SECTION 2 – ADMISSION (contrat de séjour au 30 avril 2009)

L'admission est prononcée par le Directeur ou son représentant après avis du médecin coordonnateur.

III.2.1 - Conditions générales

Le dossier d'admission à compléter est à votre disposition au Secrétariat des EHPAD ou au Service Social (05.53.45.27.26) du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

Le dossier d'admission est composé :

- d'un dossier médical à faire compléter par votre médecin traitant ou le médecin hospitalier. Après un examen particulier du dossier effectué par le Médecin coordonnateur de l'Etablissement, celui-ci peut exiger une visite médicale préalable.
- d'un dossier administratif à compléter par le résident ou sa famille.

Les documents indiqués ci-dessous sont à joindre, en photocopies, au dossier d'admission :

- Déclarations fiscales des Caisses de Retraite
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Dernière déclaration d'impôts
- Livret de famille
- Carte Vitale d'assuré social + Attestation
- Carte(s) de mutuelle(s)
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Deux photos d'identité récentes

Le dossier administratif complet doit être déposé au Service Social du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

Le dossier médical doit être déposé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin coordonnateur de l'établissement.

III.2.2 - Conditions particulières

1 - Évaluation de l'autonomie du résident

L'autonomie du résident est évaluée à l'aide d'un modèle AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) qui se fonde sur l'observation des activités de la vie courante : ce qu'il réalise seul, avec l'aide éventuelle d'un matériel ou appareillage, mais sans l'aide de son entourage ou du personnel soignant.

Six groupes de population sont définis et varient du :

GIR 1 : Personne ayant perdu toute autonomie au GIR 6 : Personne autonome.

Le niveau de dépendance est évalué 1 fois par an et transmis à la Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention du CONSEIL GENERAL de la DORDOGNE (Service médical).

En fonction des places disponibles, est proposée soit une date d'admission, soit l'inscription sur une liste d'attente actualisée régulièrement.

2 - Critères d'attribution de la chambre

Les E.H.P.A.D. Beaufort Magne et Parrot disposent de chambres à un lit, et deux lits.

Les conditions d'attribution des chambres se font selon quatre critères :

- Le premier est lié aux nécessités et considérations médicales qui sont posées par des médecins qualifiés et sous la responsabilité du Médecin coordonnateur,
- Le second prend en compte les nécessités d'organisation du service. Plusieurs éléments peuvent intervenir : le comportement entre les résidents, la répartition par sexe, le maintien des repères dans l'espace. Cette liste n'est pas exhaustive,
- Le troisième tient compte des souhaits exprimés par le résident ou sa famille,
- Le quatrième concerne l'existence d'une liste d'attente.

SECTION 3 – SUIVI MEDICAL ET MEDECIN TRAITANT (contrat de séjour au 30 avril 2009)

III.3.1 - E.H.P.A.D. BEAUFORT-MAGNE

Le suivi médical des résidents est assuré dans cet établissement par l'équipe médicale des praticiens hospitaliers des E.H.P.A.D.

III.3.2 - E.H.P.A.D. PARROT

Dans cet établissement, les résidents ont le libre choix de leur médecin traitant qui doit s'engager à assurer leur suivi médical en lien avec le Médecin coordonnateur et l'équipe soignante.

Le médecin traitant doit s'engager, en outre, à organiser la continuité des soins (visites à domicile, permanence des soins, remplacement en cas de congé,...) nécessaires à l'état de santé et de dépendance de son patient.

Le médecin coordonnateur se réserve le droit d'émettre un avis défavorable à l'admission d'un résident dont le médecin traitant refuserait cet engagement.

III.3.3 - Continuité des soins et Urgences médicales

En dehors des heures de permanence des médecins hospitaliers, la continuité des soins est organisée dans le cadre de la permanence des soins du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

Elle s'appuie sur l'organisation de la permanences des soins de ville pour les résidents de l'E.H.P.A.D. Parrot et sur l'astreinte des praticiens hospitaliers pour l'E.H.P.A.D. Beaufort-Magne.

En complémentarité des praticiens hospitaliers d'astreinte, elle s'appuie également sur la présence, sur le site du Centre Hospitalier de PERIGUEUX, d'un interne 24h/24h.

En cas d'urgence vitale, la procédure prévoit également la possibilité d'appel du SAMU-CENTRE 15 qui déclenchera les moyens de secours appropriés à l'état de santé du résident.

III.3.4 - Médecin coordonnateur

Conformément au décret n° 2005-560 du 27 mai 2005, les établissements Parrot et H. de Beaufort, N. MAGNE - E.H.P.A.D., sont dotés pour chaque résident d'un Médecin coordonnateur ayant pour mission, notamment, d'élaborer avec le concours de l'équipe soignante le projet général de soins, de vie et d'animation, sous la responsabilité et l'autorité administratives du Directeur du Centre Hospitalier de PERIGUEUX.

Par ailleurs :

- Il donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir,
- Il organise la coordination des professionnels de santé exerçant dans l'établissement,
- Il évalue et valide l'état de dépendance du résident,
- Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et contribue à l'évaluation de la qualité des soins,
- Il élabore, en collaboration avec leur médecin traitant et le pharmacien de l'établissement, une liste de médicament à utiliser préférentiellement pour les résidents,
- Il participe à la formation et à l'information du professionnel de santé exerçant dans l'établissement,
- Il est garant de la bonne tenue du dossier médical de chaque résident,
- Il établit un rapport annuel d'activité médicale,
- Il participe à la mise en œuvre de toutes conventions conclues entre l'établissement et d'autres établissements de santé,
- Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés autour de l'établissement,
- Il veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de tout risque de santé publique pouvant survenir dans l'établissement.

III.3.5 - Médecins spécialistes et pharmacie

Les résidents des E.H.P.A.D. Parrot et Beaufort Magne, en capacité d'exercer leur libre choix, peuvent, s'ils le désirent, consulter les médecins spécialistes du Centre Hospitalier ou de ville. Les honoraires médicaux, les examens radiologiques, les analyses de laboratoire, etc ... sont intégralement à leur charge sous réserve des remboursements auxquels ils peuvent prétendre et des accords conclus avec les organismes de sécurité sociale concernant le forfait soins des E.H.P.A.D.

Les produits pharmaceutiques sont délivrés par la pharmacie à usage intérieur du Centre Hospitalier de PERIGUEUX selon le livret thérapeutique. En cas de changement notamment de présentation, de marques et de génériques, le personnel soignant informera le résident.

III.3.6 - Soins dentaires, lunettes et prothèses

Les frais de soins dentaires et de prothèses ainsi que les ordonnances des ophtalmologistes sont à la charge des résidents, sous réserve des remboursements auxquels ils peuvent prétendre par les organismes d'Assurance Maladie ou les Mutuelles.

III.3.7 - Autres services

Les résidents conservent la possibilité de faire appel à tous prestataires privés (kinésithérapeutes, pédicures, podologues, soins esthétiques ou coiffure, etc...).

Les frais demeurent à la charge du résident.

SECTION 4 - DELIVRANCE DES SOINS (contrat de séjour au 30 avril 2009)

III.4.1 - Agrément conventionné

L'établissement bénéficie d'une convention avec les différents régimes d'assurance maladie pour la prise en charge des frais afférents aux soins dispensés dans le cadre du forfait soins.

Les soins infirmiers prescrits par les médecins traitants ou les médecins de l'établissement sont assurés par les personnels infirmiers de l'établissement.

III.4.2 - Dossier médical

- Le dossier médical est conservé dans le service sous la responsabilité du Médecin coordonnateur. Il peut être consulté sur demande et sur place par les autres Médecins, en cas de besoin ou d'urgence.

- Le résident a droit à la communication du dossier médical le concernant en adressant sa demande par écrit à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de PERIGUEUX, dans le cadre des dispositions réglementaires fixées par le décret du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.

L'accès aux données médicales s'effectue soit par consultation sur place, soit par l'envoi de copies de documents. Les frais de copies sont à la charge du demandeur.

Le médecin coordonnateur garant du secret médical pourra donner toutes les précisions concernant les modalités d'accès aux informations médicales concernant chaque résident.

SECTION 5 - COUT DU SEJOUR (contrat de séjour au 30 avril 2009)

III.5.1 – Hébergement

Les prix de journée relatifs à l'hébergement sont fixés annuellement par arrêté de M. le Président du Conseil Général, sur proposition du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier et après avis du Conseil de la vie sociale.

III.5.2 - Forfait Soins

Le montant du forfait soins, octroyé par les organismes de Sécurité Sociale, est fixé annuellement par arrêté de M. le Préfet de la Dordogne, après délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier.

III.5.3 – Dépendance

Le tarif dépendance est fonction du GIR dont relève le résident.

Les tarifs dépendance sont fixés annuellement par arrêté de Monsieur le Président du Conseil Général, sur proposition du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de PERIGUEUX. Le résident paye obligatoirement le montant correspondant au GIR 5-6 qui représente la participation de celui-ci à la prise en charge des frais de dépendance et est intitulée «talon modérateur dépendance» dans la facture qui est adressée mensuellement au résident.

III.5.4 - Date d'effet du tarif journalier – Provision

Bien que connu a posteriori, le tarif journalier prend effet au 1er Janvier de l'année civile.

Les résidents sont informés du montant du tarif journalier et du tarif dépendance par note de service de Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de PERIGUEUX, affichée dans chaque pavillon.

Une provision, dont le montant est fixé par la Direction, est demandée le premier jour d'admission et sera restituée à la sortie du résident, soit au résident, soit à sa famille.

III.5.5 - Tarif journalier à la date de conclusion du contrat

A la date de la conclusion du présent contrat, le tarif journalier des Etablissements PARROT et H. de BEAUFORT, N. MAGNE - E.H.P.A.D. est celui en vigueur au moment de l'admission.

Les nouveaux prix de journée sont affichés à compter de la notification par arrêté en cours d'année par le Conseil Général.

- Le tarif hébergement est à la charge des résidents, de leur famille ou de l'aide sociale.

- Le tarif dépendance : le résident peut bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) qui est, en général, versée directement à l'Etablissement.

- Le forfait soins correspondant au niveau de médicalisation est financé par les organismes d'assurance maladie.

Au décès d'un résident, les familles ou les représentants légaux peuvent prendre toutes leurs dispositions en vue de la libération complète de la chambre. Néanmoins, dans ce cas, il est précisé que le tarif d'hébergement sera dû jusqu'à la libération complète de la chambre, déduction faite du montant du forfait journalier et du talon modérateur dépendance.

Les familles ou représentants légaux devront informer le Personnel du Pavillon des délais dans lesquels ils entendent procéder à la libération de la chambre ou studio.

III.5.6 - Obligés alimentaires

Dans l'hypothèse où le résident ne serait pas en mesure de payer lui-même le tarif journalier et le tarif dépendance du GIR 5-6 et qu'il ne serait pas accepté au régime de l'aide sociale, les obligés alimentaires seront appelés à prendre en charge le financement du coût du séjour selon des modalités de contribution qui sont fixées après décision de Monsieur le Juge aux Affaires Familiales en fonction des revenus disponibles de chaque obligé.

L'établissement fera signifier par huissier ce jugement à chacun des obligés alimentaires. En effet, le jugement n'est exécutoire qu'à compter de sa signification.

Les frais d'huissier engagés par l'établissement sont payables par les obligés alimentaires au prorata du montant de leur participation respective fixé dans le jugement.

Il est à noter, également, que le jugement ordonne l'exécution provisoire, ce qui signifie qu'il s'applique immédiatement même si un ou plusieurs des obligés alimentaires fait (ou font) appel.

Enfin le jugement ordonne l'indexation sur l'évolution du prix de journée, ce qui signifie que la participation de chacun des obligés alimentaires doit être recalculée à chaque augmentation du prix de journée au prorata du montant initialement fixé.

III.5.7 - Refus de paiement

En cas de non paiement des frais de séjour par le résident ou ses obligés d'aliments, le Directeur pourra, après mise en demeure du résident par lettre recommandée avec accusé de réception, procéder à son exclusion.

SECTION 6 - SOMME MINIMALE A LAISSER A LA DISPOSITION DES RESIDENTS BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE (contrat de séjour au 30 avril 2009)

La somme minimale dont doit disposer mensuellement le résident admis au titre de l'aide sociale est égale à 1/10^{ème} du montant mensuel des prestations minimales de vieillesse lorsque le placement comporte des services collectifs assurant l'entretien complet de l'intéressé.

La réévaluation de ce montant est portée à la connaissance des résidents par voie d'affichage, chaque fois que les prestations minimales de vieillesse sont réévaluées, soit en général, en Janvier et Juillet de chaque année.

SECTION 7 - CONGES – HOSPITALISATIONS (contrat de séjour au 30 avril 2009)

III.7.1 – Congés

En application du règlement départemental de l'aide sociale et dans la mesure où les résidents désirent se rendre dans leur famille ou chez des amis, des congés annuels d'une durée maximum de trente cinq jours peuvent leur être accordés, par le Directeur, en une ou plusieurs fois, par semaine entière.

Le résident aura à acquitter, au delà des 72 heures d'absence, le tarif hébergement égal à 60 % du tarif hébergement.

Au delà de trente cinq jours de congés, les résidents peuvent bénéficier de congés supplémentaires, sous réserve d'acquitter la totalité du prix de journée.

Le forfait dépendance ne sera pas facturé dès le premier jour d'absence.

III.7.2 – Hospitalisation

D'une manière générale, les conditions tarifaires en cas d'hospitalisation s'appliquent dans le cadre des dispositions de l'article R 314-204 du Code de l'action sociale et des familles (article 7 du Décret n°99-316 du 26 avril 1999) qui prévoient notamment que pour les absences de plus de 72 heures pour cause d'hospitalisation, la minoration doit tenir compte du montant du forfait hospitalier.

SECTION 8 - DUREE - RENOUELEMENT DU CONTRAT DE SEJOUR (contrat de séjour au 30 avril 2009)

Le présent contrat de séjour est consenti et accepté pour une durée d'un an. Il sera renouvelé par tacite reconduction à la fin de chaque période annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées au chapitre IX ci-après.

SECTION 9 - RESILIATION DU CONTRAT DE SEJOUR (contrat de séjour au 30 avril 2009)

Conditions de résiliation

L'établissement ou le résident peuvent résilier le contrat dans les conditions suivantes :

1°) Le résident peut mettre fin à son séjour. Il devra néanmoins en informer la direction de l'établissement au moins 15 jours à l'avance. Si ce délai n'est pas respecté, le tarif journalier sera facturé dans la limite des 15 jours tant que la chambre reste inoccupée.

2°) Si le résident a une conduite incompatible avec la vie en collectivité ou s'il contrevient de manière répétée aux dispositions du règlement de fonctionnement, une procédure de résiliation du contrat sera engagée par la Direction.

Le résident sera informé, ainsi que les membres de sa famille par lettre recommandée avec accusé de réception. En cas de renvoi, il disposera d'un mois pour libérer la chambre.

Par ailleurs, lorsque le résident est atteint d'une affection ou d'une invalidité ne permettant plus son maintien en E.H.P.A.D., les membres de la famille sont prévenus. Des solutions sont recherchées, avec la famille, le Médecin traitant et le Médecin coordonnateur, l'Assistante sociale, l'Administration pour assurer le transfert dans un service du Centre Hospitalier de PERIGUEUX ou un autre établissement plus approprié à l'état du résident.

SECTION 10 - MEUBLES ET OBJETS PERSONNELS (contrat de séjour au 30 avril 2009)

III.10.1 – Meubles

Les chambres sont entièrement meublées par l'établissement. Toutefois, les résidents relevant des deux Etablissements (H. de BEAUFORT, N. MAGNE et PARROT - E.H.P.A.D.) qui le désirent, peuvent y installer, avec l'autorisation de la Direction, de petits meubles personnels (fauteuil, secrétaire, commode, etc, ...).

L'assurance de ces objets relève de la responsabilité de leur propriétaire et ils devront respecter les dispositions relatives à la classification des matériaux instaurée dans le cadre de la réglementation relative à la sécurité incendie. En cas de non respect de ces dispositions, l'administration se réserve le droit de refuser l'installation de ces objets ou mobiliers.

III.10.2 – Téléviseur

Toutes les chambres étant pré-équipées de prises, les résidents peuvent également apporter ou faire installer un téléviseur.

De plus, chaque pavillon est pourvu d'une antenne collective.

Les frais de raccordements internes, d'entretien et d'abonnement restent à la charge entière des résidents.

III.10.3 – Téléphone

- Les résidents des E.H.P.A.D. et de l'USLD peuvent faire installer une ligne téléphonique personnelle en chambre.

Les frais de raccordements, d'entretien et d'abonnement restent à leur charge.

III.10.4 - Objets précieux

L'Administration ne répondant pas des sommes d'argent, valeurs, titres, objets précieux conservés par les résidents, ceux-ci ont la possibilité de les déposer à la caisse du Receveur du Centre Hospitalier qui les leur restituera le jour de leur sortie ou sur demande ; un récépissé leur sera délivré.

Pour toutes précisions complémentaires, le résident ou sa famille pourront s'adresser au secrétariat.

D'une manière générale, il est fortement recommandé aux résidents de fermer à clé la porte de leur chambre ou studio au cours de toute absence.

III.10.5 – Prothèses

Les prothèses telles que dentaire – lunettes – appareil auditif – portées par le résident demeurent sous sa responsabilité personnelle. Il est fortement conseillé de faire graver les prothèses dentaires par le dentiste.

III.10.6 – Assurance

Les résidents doivent **souscrire un contrat Responsabilité Civile** pour tous dommages qu'ils pourraient engendrer vis à vis des tiers ou de l'établissement du fait de leurs propres actes ou du fait des objets ou mobiliers en leur possession et notamment les prothèses dentaires et auditives.

Cette attestation devra être renouvelée annuellement et une photocopie adressée au secrétariat.

[SECTION 11 - ENTRETIEN DU LINGE](#) (contrat de séjour au 30 avril 2009)

Le linge courant (draps, couvertures, taies d'oreiller, serviettes de table, serviettes de toilette, etc...) est fourni par l'établissement.

Le linge personnel est **obligatoirement** marqué. Ce marquage est pris en charge gratuitement par l'établissement. Son entretien incombe aux résidents qui ont toutefois la possibilité de le faire laver par l'établissement sans frais (s'agissant d'un lavage de type industriel, l'établissement ne peut garantir les détériorations ou pertes éventuelles).

Le nettoyage à sec des vêtements est entièrement à la charge des résidents qui devront le faire effectuer en blanchisserie de ville.

L'usage des fers à repasser est interdit dans les chambres ; il y a, à votre disposition, à chaque étage de l'Etablissement PARROT – E.H.P.A.D., un local prévu pour effectuer de menus repassages.

SECTION 12 - HORAIRES DES VISITES – SECURITE (contrat de séjour au 30 avril 2009)

III.12.1 - Horaires des visites

Les horaires de visites conseillés sont de 9 heures à 21 heures.

Afin de respecter l'intimité de chaque résident, il est nécessaire de se mettre en rapport avec l'équipe soignante pour toute visite matinale, période réservée aux soins, en particulier dans les chambres à 2 lits.

III.12.2 - Fermeture des portails d'accès - Sécurité de nuit

Le soir, tous les accès des pavillons sont fermés à clé (après les heures de visites conseillées) afin de préserver la quiétude et la sécurité des résidents.

Dans le but de sécuriser davantage les accès, les portails 1, 2, 3 et 4 décrits dans le plan (voir règlement de fonctionnement) sont fermés à 20h00 et ré-ouverts à 6h30 chaque nuit de la semaine par l'équipe de sécurité.

Le portail 5 est fermé à 22h30 et ré-ouvert à 5h30. Ce portail peut être ouvert et fermé automatiquement grâce à la télécommande dont dispose les services internes à l'établissement se déplaçant la nuit.

III.12.3 - Sécurité incendie et électrique

Il est exigé le respect des consignes affichées pour la sécurité incendie ainsi que diverses interdictions d'utilisation d'appareils notamment à carburants liquides, solides ou gazeux.

Pour les appareils électriques tels que chaufferettes, radiateurs, réfrigérateurs, le résident devra demander au préalable l'autorisation et le contrôle par l'administration.

Il est interdit d'effectuer des modifications sur les installations existantes.

Tout manquement engagerait la responsabilité personnelle du résident et de ses ayants droits.

III.12.4 – Tabac

Les E.H.P.A.D. sont soumis à la réglementation relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux, fixée par le décret du 15/11/2006 et sa circulaire d'application du 12/12/2006.

Dans ce cadre, l'interdiction de fumer s'applique aux résidents des E.H.P.A.D. sauf dans leur chambre qui est considérée comme un espace privatif dans la limite du respect du co-résident pour les chambres doubles.

Cette autorisation est assortie des restrictions suivantes :

- il est interdit de fumer dans les lits,
- il est interdit de fumer dans les chambres munies de prises oxygène.

SECTION 13 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR (contrat de séjour au 30 avril 2009)

III.13.1 – Courrier

Une distribution journalière de courrier est assurée du lundi au vendredi par le vague-mestre du Centre Hospitalier, pour desservir chaque Site des EHPAD et l'USLD ; celui-ci assure également le règlement des mandats.

Une boîte aux lettres est à votre disposition :

- Dans le Hall d'entrée de chaque Pavillon (ACACIAS – BOULEAUX – CEDRES), près des ascenseurs, pour le Site PARROT.

- Pour le Pavillon DOUGLAS (Site PARROT), s'adresser au personnel.

- Dans le Hall d'entrée du pavillon Les Félibres.

Pour des raisons tenant à l'organisation du service du vague-mestre, il n'y a pas de distribution du courrier le samedi et celle-ci est donc reportée au lundi.

En revanche, des dispositions ont été prises pour que celles et ceux d'entre vous qui sont abonnés à un ou plusieurs quotidiens puissent continuer à recevoir normalement l'édition du samedi.

En effet, il a été décidé de généraliser du lundi au samedi le portage des quotidiens directement au Pavillon ou Etage par la société qui assure la diffusion des principaux quotidiens comme la DORDOGNE LIBRE et le SUD OUEST (Société CABAR DIFFUSION, rue des commerces – 24430 MARSAC SUR L'ISLE – Tél : 05.53.08.98.21).

Pour toute difficulté, vous pouvez vous adresser à la Direction du secteur des personnes âgées (secrétariats Parrot ou Félibres).

III.13.2 – Culte

D'une manière générale, le service public hospitalier est tenu de respecter le principe de laïcité et donc de s'abstenir de toute manifestation extérieure à caractère religieux.

Néanmoins, afin de respecter les convictions et croyances de chacun, l'établissement met à la disposition des résidents des services religieux :

- Aumônier catholique
- Pasteur
- Rabbin
- Imam

Les modalités permettant de rentrer en contact avec les représentants du culte ci-dessus sont précisées dans le livret d'accueil.

Vous pouvez recevoir la visite du Ministre du Culte de votre choix.

III.13.3 – Coiffeurs

D'une manière générale, les prestations de coiffure sont à votre charge.

Vous pouvez vous adresser à une coiffeuse conventionnée par l'établissement ou faire venir votre coiffeur personnel dans votre chambre ou studio.

Dans quelques cas, une coiffeuse salariée de l'établissement intervient auprès des résidents pour des raisons médicalement justifiées ou pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

III.13.4 – Pédicure

Un pédicure peut intervenir à votre demande. Cette prestation payante est à la charge du résident.

SECTION 14 - VIE COMMUNAUTAIRE – LOISIRS (contrat de séjour au 30 avril 2009)

III.14.1 – Repas

Les repas sont préparés et livrés par l'unité centrale de production alimentaire du Centre Hospitalier de PERIGUEUX qui fonctionne en liaison froide en respectant les règles d'hygiène alimentaire fixées par l'Arrêté du 09/09/1997 définissant notamment l'application de la démarche HACCP en restauration collective.

Ces repas sont établis en tenant compte dans la mesure du possible des goûts des résidents et de leurs aversions alimentaires.

Pour ce faire, les résidents peuvent s'adresser au personnel du pavillon ou de l'étage.

III.14.2 - Horaires des repas

Les repas sont pris en salle à manger ou en chambre si l'état de santé des résidents l'exige et sur décision, soit du Médecin soit du Cadre de Santé.

Les horaires et les menus sont affichés.

Un goûter peut être servi aux résidents qui le désirent.

Les menus sont établis en tenant compte des avis des résidents, de leurs familles et d'une commission des menus qui se réunit périodiquement et comprend notamment des représentants des résidents et de leurs familles, du personnel, de la diététicienne et du responsable de la cuisine centrale.

Les menus sont établis par les diététiciennes de l'Hôpital et des régimes particuliers peuvent être aménagés spécialement pour raisons médicales.

Vous avez la possibilité de partager vos repas avec vos parents ou amis, en prévenant le pavillon 48 heures à l'avance. Le prix de ces repas, fixé annuellement par le Directeur du Centre Hospitalier, est affiché dans les services.

Vous pouvez avoir également accès gratuitement au restaurant du personnel du Centre Hospitalier. Il faut, cependant, que vous le signaliez au préalable au personnel du Pavillon afin de modifier le nombre de repas à servir et de prévenir le responsable du restaurant du personnel. Un bon d'accès vous sera remis par le personnel du pavillon ou de l'étage.

Vos parents ou amis peuvent également profiter de cette prestation mais à titre payant.

Enfin, si pour une cause quelconque, vous ne souhaitez pas prendre un repas dans l'établissement, vous devez en informer le Cadre de Santé, la veille pour le repas du lendemain midi, le matin avant midi pour le repas du soir.

III.14.3 - Activités - Loisirs – Animation

D'une manière générale, l'établissement met en place une politique d'animation et de loisirs organisée par une équipe d'animateurs salariés de l'établissement.

Les actions de loisirs et d'animation font partie intégrante du projet de vie des établissements. Ce projet est en cours d'élaboration et sera soumis au Conseil de la vie sociale ; il pourra être mis à votre disposition auprès du Cadre de Santé de votre Pavillon.

D'une manière générale, toutes les actions de loisirs et d'animation font l'objet d'une information et d'un affichage préalable vous permettant de vous inscrire en fonction de vos centres d'intérêts et selon les places disponibles.

Le Médecin coordonnateur pourra être amené à donner un avis médical en vue de l'autorisation pour participer à ces activités.

SECTION 15 - RESPECT DES VOLONTES (contrat de séjour au 30 avril 2009)

En cas de décès, toutes les volontés exprimées par les résidents sont scrupuleusement respectées. Si toutefois, aucune volonté n'a été notifiée à l'administration, les mesures nécessaires sont arrêtées avec l'accord des familles.

Les biens et effets personnels sont restitués à la famille qui devra libérer la chambre ou le studio dans le respect des dispositions prévues au chapitre III.10.5 du présent contrat.

SECTION 16 – GARANTIES DES DROITS DES RESIDENTS (règlement de fonctionnement du 30 avril 2009)

Entrer en E.H.P.A.D., c'est pouvoir bénéficier de services collectifs comme les repas équilibrés, l'entretien du linge, divers loisirs, une surveillance médicale, etc..., mais également d'installations confortables.

Mais avant tout vous conservez votre liberté individuelle. Ainsi, vous êtes libre d'organiser votre journée. Vous pouvez vous promener, rester dans votre chambre, participer aux différentes activités. Dans la mesure de vos possibilités nous vous encourageons à conserver des activités.

L'établissement s'engage à mettre en œuvre toutes les dispositions matérielles et d'aide humaine permettant d'assurer les soins et le respect des personnes dans un esprit d'égalité.

III.16.1 - Politique générale de l'établissement : Projet de vie

L'établissement est un lieu de vie qui s'est donné comme mission d'accompagner les personnes âgées et de répondre au mieux à leurs besoins. Nous nous employons par l'ensemble des actions que nous mettons en œuvre à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chaque résident, dans le déroulement d'une vie sereine, en sécurité, dans le respect de son intimité, sa dignité, sa liberté, et ce jusqu'à la fin de sa vie.

A chaque résident sera proposé un accompagnement individualisé dans la mesure du possible, grâce à un projet de soins et un projet de vie adaptés à ses besoins dans la continuité des interventions.

Il dispose du libre choix entre les prestations proposées dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Chaque résident devra désigner une personne référente de confiance qui sera consultée s'il ne peut exprimer sa volonté ou comprendre l'information.

De même, un référent soignant sera désigné afin de faciliter et d'optimiser les relations avec le résident et la famille.

III.16.2 - Droits et libertés

Nos valeurs qui soutendent la politique de l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes définis dans la Charte de la personne âgée dépendante et la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Les libertés fondamentales sont :

- Respect de la dignité et de l'intégrité,
- Droit à l'information,
- Liberté d'opinions et d'échange d'idées,
- Liberté de culte,
- Liberté d'aller et venir,
- Droit aux visites,
- Respect de la vie privée,
- L'accès au téléphone...

Le résident dispose du droit au respect de sa vie privée. La chambre qu'il occupe est un lieu privatif (commun à plusieurs résidents en cas de chambre double ou triple). Nul ne peut y entrer sans son autorisation sauf pour des raisons de sécurité, d'hygiène ou pour la prise en charge des soins.

Aucune discrimination ne pourra être faite à un résident en raison de ses opinions ou croyances.

Sur sa demande, le résident peut recevoir la visite du Ministre du Culte de son choix. En cas de décès, les volontés exprimées par le résident sont totalement respectées. Si aucune volonté n'a été précisée à l'administration, les mesures nécessaires sont arrêtées avec l'accord de la famille.

Les résidents disposent librement des pièces collectives de l'ensemble de l'établissement. Ils peuvent aller et venir à leur guise à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Cependant, pour sa propre sécurité, le résident est invité à prévenir l'établissement en cas de départ ou sorties ponctuelles, seul ou accompagné.

Les visites personnelles sont autorisées dans toutes les unités de 9 heures à 21 heures. Toutefois, les visiteurs ne doivent pas troubler la sérénité des lieux, ni en gêner le fonctionnement, en particulier le matin moment intense des soins.

L'établissement s'engage à donner toutes les informations nécessaires au résident sur le fonctionnement collectif de l'établissement. A son entrée est remis un Livret d'accueil, un Contrat de Séjour et le présent Règlement de Fonctionnement.

Durant son séjour, des affichages lisibles sont prévus afin de communiquer diverses informations.

Le personnel et la Direction restent à disposition des résidents et de leurs familles ou proches pour toutes informations complémentaires.

Chaque résident a droit au respect de ses libertés dans le respect réciproque :

- des horaires,
- des intervenants extérieurs,
- des autres résidents.

Les libertés doivent se conjuguer avec un fonctionnement normal de l'établissement.

III.16.3 - Conseil de la vie sociale

Le décret du 25/03/2004 modifié par celui du 04/11/2005 définit la composition, le fonctionnement et les attributions du Conseil de la vie sociale.

➤ **Composition**

La composition du Conseil de la vie sociale est fixée par le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de PERIGUEUX en application de la réglementation indiquée ci-dessus.

Le Conseil de la vie sociale comprend vingt membres ainsi répartis :

- Membres délibératifs

- 8 membres titulaires représentant les résidents*

- 4 membres titulaires représentant les familles*

*NB : ces 12 membres sont élus par les résidents et les familles, au scrutin secret.

Au cours de ces élections, est également déterminée une liste de représentants suppléants à laquelle il est fait appel en fonction des départs des membres titulaires.

- 7 membres représentant le personnel et l'organisme gestionnaire soit :

- a) 4 membres représentant le personnel, désignés par les organisations syndicales, conformément aux résultats des élections aux Commissions Paritaires consultatives départementales,
- b) 3 membres représentant l'organisme gestionnaire (Centre Hospitalier de PERIGUEUX) soit :
 - ♦ 1 membre désigné par la CSIRMT,
 - ♦ Le Directeur chargé des Affaires Economiques,
 - ♦ Le Directeur chargé du secteur Personnes Agées.

- Membre consultatif

Le Directeur du Centre Hospitalier de PERIGUEUX ou son représentant.

- Personne invitée

- Un représentant du Conseil municipal de la commune siège d'implantation de l'établissement.

Tous les résidents et toutes les familles sont informés par courrier de la mise en place du Conseil de la vie sociale, ainsi que des conditions d'éligibilité. Ils seront invités à faire acte de candidature.

La date et le règlement intérieur du scrutin est fixée par le Directeur du Centre Hospitalier.

- Durée du mandat

Les représentants des résidents et des familles sont élus pour une durée d'un an au moins et de trois ans, renouvelable.

Toutefois, et afin d'éviter de procéder à des élections partielles dans l'intervalle des trois années du mandat, et en cas d'indisponibilité définitive d'un membre élu, il est dressé une liste de suppléants pour chacun des deux collègues.

➤ **Fonctionnement du Conseil de la vie sociale**

- Désignation du Président et du Président suppléant

Le Président est élu au scrutin secret suivant les modalités du décret n° 2004-287 du 25 Mars 2004, par et parmi les représentants des résidents.

Le Président suppléant est élu selon les mêmes modalités parmi les membres représentants soit les personnes accueillies, les familles ou les représentants légaux.

- Relevé de conclusions

Pour chaque séance du Conseil de la vie sociale, le secrétaire désigné rédige un relevé de conclusions concernant les questions traitées à l'ordre du jour.

Ce relevé de conclusions, signé par le Président du Conseil de la vie sociale, est affiché dans tous les pavillons et étages.

Il fait l'objet d'une approbation au cours de la séance suivante.

- Réunions

Selon le Règlement Intérieur, le Conseil de la vie sociale se réunit une fois par trimestre sur convocation de son Président et dans les conditions définies à l'article D311-16 du Code de l'action social et des familles.

III.16.4 - Le dossier du résident

Le dossier médical est un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel.

La confidentialité des données est garantie. La consultation du dossier médical est exclusivement réservée au personnel médical et paramédical.

Tout résident peut prendre connaissance de son dossier (conformément à la loi 202-203 du 4 mars 2002, au décret 2002-637 du 29 avril 2002 et à l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne).

III.16.5 - Recours et médiation

➤ Les personnes qualifiées

En application de l'article L 311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif à la désignation de personnes qualifiées pour aider les résidents à faire valoir leurs droits, le Préfet et le Président du Conseil Général de la DORDOGNE ont désigné conjointement les personnes qualifiées suivantes : Monsieur Philippe LAVEAU - Monsieur Jean CARRERE

Ces personnes qualifiées forment une mission de médiation et peuvent être saisies d'une demande d'intervention à tout moment dans un objectif de prévention et de résolution de situations conflictuelles entre la personne accueillie (sa famille ou son représentant légal) et l'équipe professionnelle intervenant auprès d'elle au sein de l'établissement.

Sur le plan opérationnel, le recours à ces personnes qualifiées devra impérativement transiter par le SERVICE DES PERSONNES HANDICAPEES DE LA DT ARS (au 05.53.03.10.50) qui se chargera de mentionner à l'auteur de la demande, les coordonnées téléphoniques et l'adresse personnelle de la personne médiatrice la mieux qualifiée pour l'informer et lui suggérer les démarches à entreprendre.

➤ Au sein de l'établissement

Un recueil de satisfaction des résidents et de leur famille sera effectué une fois par an à l'aide d'un questionnaire de satisfaction (en cours de validation).

La Direction ou un de ses représentants se tient à la disposition des résidents et de leurs proches pour recueillir des remarques, des réclamations ou plaintes, soit par téléphone, soit par e-mail, soit lors d'un rendez-vous, soit par écrit.

Les numéros de téléphone utiles sont indiqués dans le livret d'accueil remis au moment de l'admission.

Toute réclamation, toute plainte ou tout incident relaté sera traité avec rigueur et donnera lieu à une réponse.

[SECTION 17 – DEVOIRS DES RESIDENTS](#) (règlement de fonctionnement du 30 avril 2009)

Respect de quelques règles de conduite :

- Il est demandé de ne pas tenir de propos ni d'avoir d'attitude qui peuvent porter atteinte moralement et physiquement à l'honorabilité des autres résidents, du personnel ou de l'établissement.
- Il est recommandé d'user avec discrétion des appareils de radio et/ou de télévision.
- Chacun peut aller et venir librement. Cependant, afin de ne pas créer d'inquiétude et d'organiser le service en conséquence, une information préalable du résident à l'équipe soignante est la bienvenue.
- Les gestes déplacés vis-à-vis des autres résidents et/ou du personnel sont totalement interdits.

- Il est demandé de respecter le matériel de l'établissement et d'éviter le gaspillage.
- Dans le cadre de l'interdiction de fumer dans les E.H.P.A.D. (décret du 15 novembre 2006 et circulaire du 12 décembre 2006), le résident peut fumer dans sa chambre (espace privatif) dans la limite du respect du co-résident pour les chambres doubles avec les restrictions suivantes :
 - Il est interdit de fumer dans les lits,
 - Il est interdit de fumer dans les chambres munies de prises à oxygène.

Ces restrictions sont particulièrement importantes pour le respect des dispositions relatives à la sécurité incendie.

- Aucun pourboire ne devra être remis au personnel, car vous l'exposeriez à des sanctions.
- Les injures graves, les provocations entre les personnes reçues dans les Etablissements H. de BEAUFORT, N. MAGNE et PARROT – E.H.P.A.D., les voies de fait, l'état d'ébriété et toute conduite jugée incompatible avec la bonne tenue d'un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes pourront entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'au renvoi temporaire ou définitif de leur auteur, sur décision de la Direction.
- Chaque résident de l'E.H.P.A.D. doit souscrire une responsabilité civile afin de couvrir les dommages qu'il pourrait occasionner personnellement. Une attestation devra être remise annuellement au secrétariat administratif.

SECTION 18 – DEVELOPPEMENT DE LA BIENTRAITANCE ET RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE (règlement de fonctionnement du 30 avril 2009)

Les autorités gouvernementales ont présenté le 14 mars 2007 un plan de développement de la bientraitance et un renforcement de la lutte contre la maltraitance.

Le Centre Hospitalier de PERIGUEUX adhère aux objectifs fixés dans ce plan et dans cette perspective a mis en place un groupe de travail spécifique dans le cadre de la rédaction du Projet de Vie. Ces dispositions seront soumises au Conseil de la vie sociale.

Les injures graves, les provocations entre les personnes accueillies dans les Etablissements H. de BEAUFORT, N. MAGNE et PARROT – E.H.P.A.D. et l'USLD, les voies de faits et tout acte pouvant être considéré comme un acte de maltraitance vis-à-vis des personnes accueillies, de leurs familles et du personnel sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires (article 10 du décret du 14 novembre 2003).

Les résidents et leurs familles trouveront auprès de la Direction, des Médecins et des Cadres de Santé, toute l'écoute nécessaire au signalement de tels faits.

Les personnels des Etablissements, sensibilisés et formés à la prévention des situations de maltraitance y veilleront attentivement.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS FINANCIERES

En application du Code de la Santé Publique (article L 6143-7), les tarifs des prestations sont fixés annuellement par décision du directeur du Centre Hospitalier de Périgueux, figurant en annexe.

Pour l'exercice 2013, les tarifs sont indiqués ci-après :

IV.1 – Tarifs applicables à l'IFSI

Les tarifs applicables à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et école d'aides-soignants pour l'exercice 2013 sont les suivants :

	T.T.C.
Droits d'inscription pour l'examen d'admission à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (y compris l'assurance de la salle) (<i>frais d'inscription non remboursés en cas de désistement</i>)	103,00 €
Droits d'inscription aux épreuves d'admission à la formation d'aides-soignants	61,80 €
Frais de scolarité école d'aides-soignants	3 535,00 €
Frais de formation continue - forfait semaine :	375,00 €
Frais de formation par module clinique – forfait semaine : (par stage)	89,00 €
Frais pédagogiques formation IDE en apprentissage : - 1 ^{ère} année	6 642,00 €
- 2 ^{ème} année	7 177,00 €
- 3 ^{ème} année	8 034,00 €

IV.2 – Frais de séjour des personnes accompagnant les malades

Les tarifs des frais de séjour des personnes accompagnant les malades ont été fixés, à compter du 1^{er} janvier 2013, comme suit :

		H.T.	T.T.C.
Lit accompagnant :	(TVA 19,6%)	8,09 €	9,68 €
Petit déjeuner :	(TVA 7%)	2,76 €	2,95 €
Repas (pris dans le service de soins) :	(TVA 7%)	8,11 €	8,67 €
soit en pension complète avec 2 repas :		27,07 €	29,97 €

Les personnes accompagnants les malades et prenant leur repas au restaurant du personnel pourront choisir le repas éclaté ou complet. Toutefois, il leur sera facturé, dans les deux cas, un droit de plateau de 4,43 € HT soit 4,74 € TTC

IV.3 – Tarifs de la chambre mortuaire hospitalière

Les tarifs applicables en 2013, dans le cadre de la chambre mortuaire hospitalière seront les suivants (pour les séjours supérieurs à 3 jours) :

	H.T.	T.T.C.
Forfait (72 heures)	24,47 €	29,26 €
Journée supplémentaire (24 heures)	8,55 €	10,22 €

IV.4 – Tarifs dans le cadre de la communication des examens radiologiques

Les tarifs applicable dans le cadre de la communication des examens radiologiques sous support Cédérom, à compter du 1^{er} janvier 2013, seront les suivants :

	H.T.	T.T.C.
Cédérom	2,40 €	2,87 €
Page en format A4 en impression noir et blanc	0,17 €	0,20 €

IV.5 – Tarifs des prestations annexes

Les tarifs des prestations annexes ont été fixés, à compter du 1^{er} janvier 2013, comme suit :

	H.T.	T.T.C.
Location journalière d'une chambre meublée (<i>stagiaires ou autres</i>) :	8,73 €	10,44 €
Location d'une salle – Forfait de :	58,56 €	70,03 €
Intervention du SAMU-SMUR pour des opérations exceptionnelles (<i>comprenant VLI (véhicule léger d'intervention), 1 chauffeur, 1 médecin</i>) Coût de l'heure d'intervention :	90,03 €	107,67 €
Tarif d'élimination des déchets à risque - le Kilo (non fractionnable)	2,18 €	2,60 €

IV.6 – Tarifs des repas au restaurant du personnel

Les repas vendus au self, à compter du 1^{er} janvier 2013, seront facturés ainsi :

Menu	H.T.	T.T.C. (TVA 7%)
* Repas personnel complet	3,94 €	4,21 €
* Potage	0,30 €	0,32 €
* Petite assiette buffet d'entrée ou hors d'œuvre	0,60 €	0,64 €
* Assiette moyenne buffet d'entrée ou salade composée	1,14 €	1,21 €

* Grande assiette buffet d'entrée	1,81 €	1,93 €
* Viande du menu - Jambon 2 tranches	1,81 €	1,93 €
* Plat du jour (viande + légumes)	2,53 €	2,70 €
* Viande ou poisson (carte)	1,94 €	2,07 €
* Viande ou poisson légumes (carte)	2,94 €	3,14 €
* Assiette de légumes	0,93 €	0,99 €
* Salade verte	0,30 €	0,32 €
* Fromage - Produits laitiers	0,37 €	0,40 €
* Entremet ou fruit	0,42 €	0,45 €
* Pâtisserie	0,60 €	0,64 €
* Glace	0,63 €	0,67 €
* Biscuit	0,15 €	0,16 €
* Boissons : - Eau de source 50 cl	0,31 €	0,33 €
- Eau gazeuse 50 cl	0,68 €	0,72 €
- Jus de fruit 20 cl	0,61 €	0,65 €
- Café ou thé	0,42 €	0,45 €

	H.T.	T.T.C. (TVA 19,6%)
* Boissons : - Vin de table 25 cl	0,41 €	0,49 €
- Bière 33 cl	0,61 €	0,73 €

IV.7 – Tarifs forfaitaires pour la réalisation de transports sanitaires de patients hospitalisés

Les tarifs forfaitaires pour la réalisation de transports sanitaires de patients hospitalisés sont fixés de la façon suivante pour l'année 2013 :

Transports sanitaires en charge entre le Centre Hospitalier de Périgueux et le Centre Hospitalier de Lanmary

	CHP CHL (aller ou retour)	Bordeaux (aller et retour)	Limoges (aller et retour)	Brive (aller et retour)	Bergerac (aller et retour)	Sarlat (aller et retour)	HAD et autres trajets au km
Ambulance	35 €	490 €	425 €	395 €	180 €	245 €	
VSL	12.5 €	220 €	135 €	96 €	81 €	110 €	5 premiers km 9 € Par km 0.67 €

IV.8 – Tarifs forfaits journaliers hébergement et dépendance

Les forfaits journaliers hébergement et dépendance sont fixés de la façon suivante à compter du 1^{er} avril 2013 - arrêtés du président du Conseil Général n° 13038-13040 du 27 mars 2013 et 13057 du 29 mars 2013 (note de service N° 2013/7).

<u>EHPAD H.DE BEAUFORT/N.MAGNE</u>	Hébergement		Dépendance
. Hébergement pavillon D	= 47,73	GIR 1 - 2	19,17
. Hébergement pavillon F	= 50,92	GIR 3 - 4	12,16
		GIR 5 - 6	5,15
. Hébergement – 60 ans pavillon D	= 62,75		
. Hébergement – 60 ans pavillon F	= 66,91		

<u>EHPAD PARROT</u>	Hébergement		Dépendance
. Hébergement	= 42,16	GIR 1 - 2	17,31
. Studio personne seule	= 49,01	GIR 3 - 4	10,99
. Studio ménage	= 64,23	GIR 5 - 6	4,65
. Hébergement – 60 ans	= 56,20		

<u>UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE</u>	Hébergement		Dépendance
. Hébergement	= 47,48	GIR 1 - 2	20,44
		GIR 3 - 4	12,98
. Hébergement – 60 ans	= 66,83	GIR 5 - 6	5,50

CHAPITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

SECTION 1 – OBLIGATIONS DES PERSONNELS

V.1.1 - Assiduité et ponctualité

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

➤ **Accès à l'établissement entrées et sorties**

Conformément à la législation en vigueur, la durée du travail s'entend du travail effectif. Chaque agent doit se trouver à son poste de travail en tenue de travail, le pointage se fait à l'entrée et à la sortie des services équipés d'un terminal de badgeage aux heures fixées pour le début et la fin du travail.

Toute fraude au pointage pourra donner lieu à une sanction (il est formellement interdit sous peine de sanction de pointer pour une autre personne).

Le Badge est d'usage strictement personnel, il doit être restitué en cas de départ de l'établissement, et avant ce départ, à la Direction des Ressources Humaines.

Continuité de service : L'agent ne doit pas quitter son poste de travail sans s'assurer que son remplaçant est présent, s'il ne l'est pas, il en avise son supérieur hiérarchique.

Sorties pendant les heures de service : Les sorties pendant les heures de service sont exceptionnelles et sont subordonnées à une autorisation du supérieur hiérarchique.

➤ **Retards et absences**

Tout retard doit être justifié auprès du supérieur hiérarchique. Les retards réitérés non justifiés peuvent entraîner une sanction disciplinaire prévue par la loi du 11 janvier 1984 et rappelées au statut particulier du fonctionnaire hospitalier

L'absence pour maladie ou accident devra, sauf cas de force majeure, être justifiée dans les 48 heures par l'envoi d'un certificat médical à la Direction des Ressources Humaines de l'établissement, indiquant la durée probable de l'absence.

Toute sortie anticipée, sans motif légitime ou sans autorisation du supérieur hiérarchique, peut faire l'objet d'une sanction, à l'exception des personnes appelées à s'absenter de façon régulière en raison de leur fonction ou d'un mandat syndical.

➤ **Perte ou détérioration d'un badge**

Les agents ont à leur disposition un badge gratuit qui leur est remis dès leur entrée dans l'établissement. Ce badge leur permet d'accéder au contrôle de gestion automatisé des entrées et sorties de leur service, du vestiaire, et de payer leur repas au restaurant du personnel.

Lors d'une perte ou détérioration, les frais consécutifs au renouvellement de ce badge sont de 6 euros à la charge de l'agent (décision n° 93462 du 01/02/2010).

Le renouvellement du badge est à demander à la Direction des Achats.

V.1.2 - Obligation de servir

L'agent doit se consacrer, au titre de son activité professionnelle, aux tâches qui lui sont confiées en se conformant, avec prudence et diligence, aux instructions de son supérieur hiérarchique ainsi qu'aux mesures prises pour l'organisation du service.

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

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

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

V.1.3 - Information du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais et en privilégiant le moyen d'information le plus direct, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

V.1.4 – Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le Centre Hospitalier de Périgueux. L'hôpital est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

Les membres du personnel ne doivent pas utiliser le matériel à d'autres fins et notamment à des fins personnelles sans autorisation.

Il est également interdit d'envoyer toute correspondance personnelle aux frais de l'entreprise.

Il est interdit d'emporter du matériel ou des objets appartenant à l'établissement sans autorisation.

➤ Usage des locaux de l'établissement

Les locaux de l'établissement sont réservés exclusivement aux activités professionnelles, il ne doit pas y être fait de travail personnel.

Il est interdit :

- d'introduire dans les lieux de travail des objets et des marchandises destinés à y être vendus sans autorisation expresse de la Direction de l'établissement.

- De faire circuler sans autorisation de la Direction des listes de souscription ou de collecte. Seules les collectes des cotisations syndicales ou d'associations ayant pour siège l'établissement sont autorisées.
- La diffusion des publications et tracts syndicaux peuvent être faits sans autorisation dans les conditions prévues par la loi.
- L'affichage sur les murs est interdit en dehors des panneaux muraux réservés à cet effet. Les affiches ou notes de service régulièrement apposées sur ces panneaux ne doivent pas être lacérées ou détruites.

V.1.5 – Bonne utilisation du système d'information

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière en respectant les chartes et règlements que l'institution se donne. Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

Les règles d'utilisation des ressources informatiques et les précautions que tout utilisateur doit respecter sont définies par la charte de bon usage des ressources informatiques et des technologies de communication du Centre Hospitalier de Périgueux, datant du 16 novembre 2007, accessible sur le logiciel de gestion documentaire Kaliweb.

V.1.6 – Obligation de signalement des incidents ou des risques

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein de l'hôpital la vigilance sanitaire pour la catégorie de produit concernée.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable, concernant tout secteur de la vie hospitalière, est tenu de le signaler par écrit au moyen de la fiche de signalement d'événements indésirables. Il adresse son signalement à la Cellule de Gestion des Risques ou à un représentant du personnel siégeant au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

V.1.7 – Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés à l'hôpital

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

V.1.8 – Témoignage en justice ou auprès de la police

Tout agent de l'établissement, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit prévenir son supérieur hiérarchique et le Directeur de l'établissement. A l'issue de son audition de justice ou auprès des autorités de Police, il les informe des suites données.

Par ailleurs, 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 ou en raison de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

V.1.9 - Obligation de désintéressement

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le Centre Hospitalier de Périgueux qui soient de nature à compromettre leur indépendance.

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'Administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

Les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé (appareillages inclus).

Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

V.1.10 - Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du Centre Hospitalier de Périgueux (titulaires ou stagiaires) sont tenus de se consacrer à leur fonction. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même à temps partiel. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques), ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps. Les personnels doivent en informer au préalable la Direction.

V.1.11 Comportement général du salarié

Chaque agent doit respecter les règles élémentaires de savoir-vivre et de savoir-être en collectivité.

Toute rixe, injure, insulte, comportement agressif, incivilité sont interdits dans l'établissement.

Il en est de même pour tout comportement raciste, xénophobe, sexiste et/ ou discriminant au sens des dispositions de code du travail et du code pénal.

➤ Interdiction de pourboire

Les agents ne peuvent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

V.1.12 - Identification du personnel

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le Directeur, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur nom, leur prénom et leur qualité.

V.1.13 - Tenue vestimentaire de travail

Pour assurer la protection, l'hygiène et le confort des professionnels, le Centre Hospitalier fournit et entretient des vêtements de travail pour un certain nombre de catégories professionnelles et à ce titre, leur port est obligatoire pendant le temps de travail.

Les équipements de travail, les équipements de protection individuelle doivent être utilisés dans les conditions optimales prévues par :

- Le constructeur
- Le Fabriquant
- Expliqués lors d'une information spécifique par le responsable hiérarchique
- Le Document Unique.

V.1.14 - Secret professionnel

Institué dans l'intérêt des patients, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Certes, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements.

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

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises. S'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

En leur qualité d'autorité constituée, les cadres de direction et les médecins responsables d'unités médicales - à charge pour ces derniers d'en informer le Directeur - doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

V.1.15 - Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

1. Obligation de réserve et principe de neutralité

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il s'abstient notamment de tout propos, discussion ou comportement excessif ou déplacé, susceptible d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs ou les autres agents de l'hôpital.

Il est tenu, dans l'exercice de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Le principe de laïcité de l'Etat et celui de neutralité des services publics impliquent que le port par les agents de signes d'appartenance religieuse, politique ou idéologique, quelle qu'en soit la nature, n'est pas autorisé au sein de l'établissement, dès lors qu'il peut constituer un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande.

2. Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

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 la Direction Générale. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

V.1.16 - Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

En application de la réglementation, la consommation du tabac est interdite à l'intérieur de tous les locaux du Centre Hospitalier de Périgueux (Note de service N° 2007/12).

Des amendes sont prévues en cas de non respect de cette interdiction.

Les personnels, qui le souhaitent, peuvent prendre rendez-vous au Centre d'aide au sevrage Tabagique de l'établissement (poste 2645).

La prise en charge d'agents en suspicion d'alcoolisme, sur leur lieu de travail fait l'objet d'une procédure définie par la note de service N° 2010/23, datant du 11 Février 2010.

V.1.17 – Obligation d'assurer le confort du patient

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge. Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

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. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit dans les services de soins.

V.1.18 - Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers. Ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail).

Le personnel est tenu de se soumettre aux visites médicales obligatoires périodiques, aux examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail ainsi qu'aux visites d'embauche et de reprise.

Le refus du salarié de se soumettre aux prescriptions relatives à la sécurité et aux visites médicales est fautive et peut constituer une cause réelle et sérieuse de licenciement, voire une faute grave.

Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction.

Tout accident, même léger, survenu au cours du travail (trajet) doit être porté à la connaissance du supérieur hiérarchique de l'intéressé le plus rapidement possible dans la journée même de l'accident, ou au plus tard dans les 24 heures, sauf force majeure, impossibilité absolue ou motif légitime.

V.1.19 – Organisation du temps de travail (personnel non médical)

Les règles d'organisation du temps de travail et la réduction du temps de travail du personnel non médical font l'objet d'un protocole d'accord par convention N°2013-8183 du 25 juin 2013 et rendu applicable par note de service du directeur N°2013/86 du 05 Septembre 2013.

Ce document est accessible et consultable à la Direction des Ressources Humaines.

V.1.20 – Discipline

Tout agissement considéré comme fautif pourra, en fonction de sa gravité, faire l'objet de sanctions conformément aux règles statutaires de la fonction publique hospitalière pour les fonctionnaires, et du code du travail pour les agents non titulaires de droit privé.

SECTION 2 – DROITS DES PERSONNELS

V.2.1 – Accueil et intégration des nouveaux agents

Pour faciliter l'accueil des personnes nouvellement recrutées, une journée d'intégration est organisée par la direction des ressources humaines et la direction des soins, en début de chaque mois, de 08h30 à 17h00.

Pour les emplois d'été, une séance spécifique d'accueil des professionnels est organisée début juillet et août.

V.2.2 - Services à la disposition du personnel

- Restaurant du personnel

Un restaurant du personnel ouvert au personnel du CHP et aux élèves aides-soignants munis d'une carte nominative d'accès personnel est ouvert du lundi au vendredi de 11 heures à 13 heures 45 et propose un menu varié d'entrées, légumes, plats, desserts et fruits.

Le service restauration assure la livraison de repas payants pour le personnel dans les services soumis à une obligation de continuité et sous réserve d'une commande préalable dans le logiciel Winrest.

L'accès au restaurant du personnel, en tenue de travail, n'est pas autorisé.

- Crèche hospitalière « Les Petits Lutins »

Pour faciliter les conditions de travail et l'intégration de ses agents, le Centre Hospitalier gère une crèche « Les Petits Lutins », de 60 places, prioritairement, pour les enfants du personnel, de trois mois à l'entrée à l'école maternelle.

L'organisation et le fonctionnement de la crèche « Les Petits Lutins », font l'objet d'un règlement intérieur, qui a reçu l'avis favorable du CTE du 19 septembre 2013 et du Conseil de Surveillance du 16 octobre 2013.

- Amicale du personnel (AAOSP)

L'Amicale des Hospitaliers de Périgueux (AAOSP) est ouverte à tous les agents travaillant au CHP (titulaires, contractuels, élèves IFSI ...) moyennant le paiement d'une carte annuelle. L'Amicale propose de nombreuses activités (voyages, arbres de Noël, remises d'achats chez des commerçants et des groupements d'achats ...). L'amicale reçoit une subvention annuelle du Centre Hospitalier de Périgueux, lui permettant d'organiser le Noël des enfants du personnel.

- Supports de communication

Dans le cadre de la politique de la communication interne du Centre Hospitalier, un journal mensuel d'information est diffusé à l'ensemble des personnels. D'autres supports sont accessibles aux professionnels notamment, le livret d'accueil du personnel, l'Intranet et le site Internet.

- Gestion des œuvres sociales

Le Centre Hospitalier cotise au comité de gestion des œuvres sociales et à ce titre, les agents, sous réserve de conditions à remplir, bénéficient de nombreuses prestations, précisées dans un document qui leur est diffusé (passeport CGOS).

- Soins

Les traitements, les hospitalisations et le forfait hospitalier, des agents titulaires, sont pris en charge à 100 %, sous certaines conditions.

- Protection juridique

Le Centre Hospitalier de Périgueux assure la protection juridique de ses agents lorsqu'ils sont mis en cause pendant l'exercice de leur fonction, ou lorsqu'ils sont victimes d'un fait en relation avec leur activité professionnelle notamment en cas d'agression physique ou verbale. Cette protection ne s'exerce pas pour toute faute professionnelle commise intentionnellement.

- Protection contre les risques professionnels

En cas de problème rencontré, lié à la sécurité, à l'hygiène et aux conditions de travail, le professionnel peut en faire le signalement à un membre du CHSCT.

Une démarche de prévention des risques psychosociaux est en place, au Centre Hospitalier de Périgueux.

Par ailleurs, le rappel et l'affichage des textes du code pénal sur le harcèlement moral et le harcèlement sexuel font l'objet d'une note de service N° 2012/92 du 21 Septembre 2012.

Dans le cadre de la prévention des risques professionnels, le Centre Hospitalier a créé un poste de psychologue du travail, pourvu depuis le 01 Février 2012, ses missions sont définies par la note de service N° 2012/27 du 01 Mars 2012.

- Défense des intérêts professionnels

Elle est assurée par les organisations syndicales représentées au Centre Hospitalier de Périgueux : CFDT, CFE – CGC, CGT, FO et Sud Santé.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Les modalités d'application des droits syndicaux sont définies par la note de service N° 2011/22 du 11 Mars 2011 (en cours d'actualisation par rapport à l'évolution réglementaire récente).

- Formation

La formation continue, dont tous les agents (titulaire, stagiaires, contractuels) peuvent bénéficier, permet d'acquérir, de maintenir ou de développer les compétences, d'anticiper l'évolution des métiers et de favoriser la promotion professionnelle.

Pour l'accompagner dans la gestion de la formation, le Centre Hospitalier de Périgueux est adhérent à l'ANFH.

CHAPITRE VI

APPROBATION, COMMUNICATION ET MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

VI.1 - Approbation du règlement intérieur

. Le règlement intérieur est arrêté par le directeur du Centre Hospitalier de Périgueux, après concertation avec le directoire, et avis du Conseil de Surveillance, de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Technique d'Etablissement, et information de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique.

. Il est exécutoire, dès réception par l'ARS ;

. Il est opposable, dès sa publication sur le site internet du Centre Hospitalier de Périgueux.

VI.2 - Communication du règlement intérieur

. Le présent règlement intérieur est, également, mis en ligne et consultable sur le logiciel de gestion documentaire Kaliweb et sur l'Intranet.

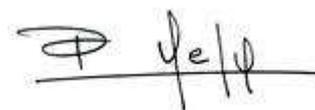
VI.3 - Mise à jour du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur sera régulièrement mis à jour, en fonction de l'évolution des règles applicables au Centre Hospitalier de Périgueux, ou des dispositions légales et réglementaires.

- **Vu l'avis favorable du Directoire au cours de sa séance du 20 août 2013.**
- **Vu l'avis favorable du Comité Technique d'Etablissement au cours de sa séance du 19 septembre 2013.**
- **Vu l'information de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique au cours de sa séance du 10 octobre 2013.**
- **Vu l'avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement au cours de sa séance du 15 octobre 2013.**
- **Vu l'avis favorable du Conseil de Surveillance au cours de sa séance du 16 octobre 2013.**

Le directeur arrête le présent règlement

Le 25 octobre 2013,
Le Directeur



Patrick MEDEE

Le présent règlement est transmis à l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine en date du

Le présent règlement sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et mis en ligne sur le site Internet du Centre Hospitalier de Périgueux.



REGLEMENT INTERIEUR
DU CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX

DOCUMENTS ANNEXES

REGLEMENT INTERIEUR DOCUMENTS ANNEXES

SOMMAIRE

CHAPITRE I - ORGANISATION GENERALE

ANNEXE I.1 : Arrêté ARS du 3 Juin 2010 relatif à la composition du conseil de surveillance du Centre Hospitalier

ANNEXE I.2.1 : Note de service N° 91/148 du 24 Octobre 1991, précisant les modalités d'organisation et d'appel de la garde de direction

ANNEXE I.2.2 : Note de service N° 2010/19 du 03 Mai 2010, relative à la mise en place du PC Sécurité et gestion des appels d'urgence des services techniques

ANNEXE I.2.3 : Note de service N° 2007/42 du 06 Avril 2007, indiquant les modalités d'organisation et d'appel des astreintes du service informatique

ANNEXE I.2.4 : Note de service N° 2011/141 du 21 Décembre 2011, définissant les modalités d'organisation et des appels des astreintes biomédicales

ANNEXE I.3.1 : Décision N° 99918 du 16 Avril 2012, portant composition du directoire

ANNEXE I.3.2 : Règlement intérieur du directoire, du 28 Juin 2010

ANNEXE I.4.1 : Charte de gouvernance du 11 Juin 2012

ANNEXE I.4.2 : Note de service N° 2012/123 du 28 Novembre 2012, portant liste des pôles et de leurs responsables

ANNEXE I.4.3 : Note de service N° 2013/58 du 30 Mai 2013, relative à la mise à jour des structures internes et de leurs responsables

ANNEXE I.6.1 : Règlement intérieur relatif à la composition et au fonctionnement de la CME, du 07 Février 2012

ANNEXE I.6.2 : Procès verbal concernant la composition de la Commission Médicale d'Etablissement, du 29 Novembre 2011

ANNEXE I.6.1.1 : Règlement intérieur pour l'organisation de la permanence des soins médicale et pharmaceutique du 05 Juillet 2010

ANNEXE I.6.1.2 : Note de service N° 2013/65 du 18 Juin 2013, déterminant l'organisation des lignes de garde des internes à compter de mai 2013

ANNEXE I.6.1.3 : Décision du directeur du 09 Octobre 2012, portant la composition de la Commission de la permanence médicale et pharmaceutique

ANNEXE I.6.2.1 : Commission des soins non programmés mise en place le 29 Septembre 2011

ANNEXE I.6.3.1 : Règlement intérieur de la sous commission de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles, d'Avril 2008

ANNEXE I.6.3.2 : Décision du directeur N° 98216 du 04 Avril 2013, portant composition de la sous-commission de la commission médicale d'établissement chargée de la formation médicale continue et des évaluations des pratiques professionnelles

ANNEXE I.6.4.1 : Création de la commission du risque infectieux en remplacement du CLIN (réunion du 17 Juin 2011)

ANNEXE I.6.4.2 : Décision du directeur N° 100620 du 13 Septembre 2012, portant composition de la commission du risque infectieux

ANNEXE I.6.5.1 : Décision du directeur N° 60587 du 10 Mai 1999, portant composition du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

ANNEXE I.6.5.2 : Règlement intérieur du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, du 11 Décembre 2007

ANNEXE I.6.5.3 : Décision du directeur N° 71843 du 12 Juin 2003, portant composition du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

ANNEXE I.6.6.1 : Décision du directeur N° 96927 du 23 Mars 2012, portant composition de la commission des produits de santé

ANNEXE I.6.6.2 : Règlement intérieur de la commission des produits de santé, du 07 Février 2012

ANNEXE I.6.7.1 : Règlement intérieur du comité de lutte contre la douleur, d'Octobre 2010

ANNEXE I.6.7.2 : Liste des membres du comité de lutte contre la douleur, en date du 24 Janvier 2011

ANNEXE I.6.8.1 : Règlement intérieur du comité de liaison en alimentation nutrition, de Décembre 2009

ANNEXE I.6.8.2 : Composition du comité de liaison en alimentation nutrition, de Juin 2012

ANNEXE I.6.9.1 : Décision du directeur N° 96212 du 05 Mai 2010, portant composition du collège de l'information médicale

ANNEXE I.6.9.2 : Règlement intérieur du Département d'Information Médicale, du 17 Septembre 2013

ANNEXE I.6.10 : Acte constitutif et règlement intérieur du comité d'éthique, du 02 Juin 2010

ANNEXE I.6.11.1 : Note de service N° 2010/139 du 07 Décembre 2010, portant organisation des structures qualité – risques – évaluation et de leurs missions

ANNEXE I.6.11.2 : Décision du directeur N° 95748 du 07 Décembre 2010, portant constitution et composition du comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques du Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE I.6.12.1 : Décision du directeur N° 98052 du 22 Août 2011, portant composition de la commission de gestion des risques et des vigilances

ANNEXE I.6.12.2 : Règlement intérieur de la commission de gestion des risques et des vigilances, mis à jour au 14 Septembre 2011

ANNEXE I.6.13 : Décision du directeur N° 94828 du 14 Janvier 2011, portant composition de la commission de l'investissement médical

ANNEXE I.6.14 : Décision du directeur N° 102982 du 19 septembre 2013, portant composition de la commission des fluides médicaux

ANNEXE I.7.1 : Décision du directeur N° 102625 du 10 Juillet 2013, portant composition du comité technique d'établissement

ANNEXE I.7.2 : Règlement intérieur du fonctionnement du comité technique d'établissement, en date du 09 Juin 2000

ANNEXE I.8.1 : Décision du directeur N° 95802 du 29 Décembre 2010, portant composition de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

ANNEXE I.8.2 : Règlement intérieur de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de Novembre 2010

ANNEXE I.9 : Décision du directeur N° 102711 du 24 Juillet 2013, portant liste des représentants de l'Administration et du Personnel au sein des diverses commissions administratives paritaires locales

ANNEXE I.10.1 : Décision du directeur N° 102400 du 29 Mai 2013, portant liste nominative des membres du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail

ANNEXE I.10.2 : Règlement intérieur de fonctionnement du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, du 11 Avril 2006

ANNEXE I.11.1 : Décision du directeur N° 99068 du 12 Juin 2012, portant composition de la commission chargée des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

ANNEXE I.11.2 : Règlement intérieur de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, du 07 Juillet 2010

ANNEXE I.12.1 : Décision du directeur N°2013/01 du 22 Mars 2013, actualisant la composition du conseil de la vie sociale des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE I.12.2 : Règlement intérieur du conseil de la vie sociale, du 01 Janvier 2013

ANNEXE I.13.1 : Règlement intérieur de la commission de l'activité libérale du Centre Hospitalier de Périgueux, du 02 Mai 2012

ANNEXE I.13.2 : Arrêté fixant la composition nominative de la commission d'activité libérale du Centre Hospitalier de Périgueux, du 20 Mars 2012

ANNEXE I.15 : Décision du directeur N° 101064 du 03 Décembre 2012, portant composition du comité de la qualité de l'air

ANNEXE I.16 : Décision du directeur N° 98863 du 11 Janvier 2012, portant sur la nouvelle composition du comité de l'eau

ANNEXE I.17 : Décision du directeur N° 101 387 du 14 Mars 2013, portant composition de la commission de radioprotection

CHAPITRE II - MESURES DE POLICE GENERALE

ANNEXE II.1.1 : Note de service N° 2009/62 du 23 Juin 2009, relative à la mise en place et à la diffusion du Plan d'Organisation Interne de Sécurité Incendie du Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE II.1.2 : Note de service N° 2010/54 du 22 Mars 2010, précisant les missions des agents du service de sécurité incendie du Centre Hospitalier de Périgueux (Site principal, avenue Georges Pompidou)

ANNEXE II.3 : Note de service N° 2013/20 du 19 Février 2013, relative à la sécurisation du Centre Hospitalier de Périgueux (fermeture des portails et accès voie publique à divers sites de l'établissement)

ANNEXE II.8 : Note de service N° 96/25 du 06 Février 1996, Procédure à mettre en œuvre pour effectuer des saisies d'Armes sur des malades hospitalisés (en cours d'actualisation)

ANNEXE II.12.1 : Note de service N° 2013/94 du 05 Septembre 2013 rappelant les consignes de sécurité de la conservation des supports de prescription et des dispositifs d'identification des praticiens

ANNEXE II.12.2 : Note de service N° 2013/90 du 02 Septembre 2013 définissant la procédure d'alerte auprès de l'ARS et de dépôt de plainte au commissariat, en cas de vol d'ordonnance

ANNEXE II.13.1 : Convention N° 2011/8031 du 11 Janvier 2011, relative au protocole d'accord de la sécurité de l'établissement et plus particulièrement celle du service des urgences

ANNEXE II.13.2 : Convention N° 2013/5029 du 23 Avril 2013, relative à l'avenant N° 1 de la convention N° 2011/8031

CHAPITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

SECTION 1 - DROITS DES PATIENTS

ANNEXE III.1.2.1 : Note de service N° 2011/57 du 24 Mai 2011, sur l'organisation, le fonctionnement et les missions de la Maison des Usagers

ANNEXE III.1.2.2 : Plaquette des associations de la Maison des Usagers et de leurs permanences

ANNEXE III.1.3 : Note de service N° 2012/13 du 06 Février 2012, déterminant la liste des interprètes et des Personnes Ressources parlant une langue étrangère

ANNEXE III.1.5 : Protocole du 27 Janvier 2012, relatif à la désignation de la personne de confiance

ANNEXE III.1.6 : Formulaire de recueil du consentement libre et éclairé du patient, du 05 Octobre 2012

ANNEXE III.1.7 : Protocole du 14 Mai 2012, concernant l'accès au dossier médical

ANNEXE III.1.9 : Note de service N° 2012/67 du 28 Juin 2012, relative à l'organisation de l'Aumônerie du Centre Hospitalier de Périgueux

SECTION 2 - ADMISSION

ANNEXE III.2.1 : Note de service N° 2012/134 du 20 Décembre 2012, relative à l'organisation de l'accueil en « hébergement » des patients

ANNEXE III.2.2 : Formulaire de lettre de décharge dans le cadre d'une sortie contre avis médical (annexé à la note de service N° 2000/92 du 20 Juin 2000)

ANNEXE III.2.4 : Protocole du 30 Août 2011, relatif à la gestion des dépôts et des retraits des valeurs des patients hospitalisés

ANNEXE III.2.5 : Note de service N° 2010/06 du 29 Juin 2010, concernant les chambres particulières

ANNEXE III.2.7 : Note de service N° 2011/06 du 22 Août 2011, relative à la généralisation de la pose de bracelet d'identification des patients

SECTION 4 - SORTIES

ANNEXE III.4.2 : Décision N° 95877 du 20 Janvier 2011, relative aux autorisations de signature pour les permissions de sortie de patients

ANNEXE III.2.2 : Formulaire de lettre de décharge dans le cadre d'une sortie contre avis médical (annexé à la note de service N° 2000/92 du 20 Juin 2000)

ANNEXE III.4.6 : Note de service N° 2013/47 du 17 Avril 2013, portant listes actualisées des ambulanciers de la Dordogne

SECTION 5 - FIN DE VIE, DECES

ANNEXE III.5.2.1 : Note de service N° 2010/05 du 29 Mars 2010, indiquant des précisions sur la rédaction du certificat du décès, son contenu, son circuit de diffusion et son enregistrement au Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE III.5.2.2 : Note de service N° 2011/01 du 07 Janvier 2011, relative aux modalités de remplissage du certificat de décès

ANNEXE III.5.3 : Note de service N° 2011/14 du 07 Février 2011, portant liste des opérateurs funéraires, des chambres funéraires et des crématoriums habilités sur le département de la Dordogne

ANNEXE III.5.4.1 : Note de service N° 2011/56 du 12 Août 2011, précisant les règles concernant la sortie de corps à résidence avant mise en bière

ANNEXE III.5.4.2 : Décision N° 99072 du 08 Mars 2012, Autorisation de signature pour les transports de corps sans mise en bière

ANNEXE III.5.4.3 : Protocole du 16 Mai 2012, Organisation des sorties de corps au pavillon les Félibres (EHPAD), comportant en annexes la fiche de transport à résidence avant mise en bière d'une personne décédée dans un établissement d'hospitalisation, la fiche d'inventaire pour la chambre mortuaire et le bordereau de transport de corps

ANNEXE III.5.5 : Protocole du 10 août 2012, Organisation lors d'une IMG/MFIU et dans le cas d'un enfant né viable vivant puis décédé

ANNEXE III.5.7 : Fiche d'inventaire chambre mortuaire, du 28 Février 2011

ANNEXE III.5.10.1 : Protocole du 12 Mars 2010, Présentation des patients décédés par les brancardiers à la chambre mortuaire le dimanche et jours fériés de 08h15 à 17h00

ANNEXE III.5.10.2 : Protocole du 13 Juin 2012, relatif aux soins au défunt

ANNEXE III.5.13 : Convention de fœtopathologie N° 2010/0483 du 03 Mars 2010, avec le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

ANNEXE III.5.14 : Note de service N° 2010/94 du 04 août 2010, précisant l'organisation et le fonctionnement de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS FINANCIERES

ANNEXE IV.1 : Décision N° 101 013, fixant les tarifs applicables à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et à l'école d'aides-soignants pour l'exercice 2013

ANNEXE IV.2 : Décision N° 101 137, fixant les tarifs des frais de séjour des personnes accompagnant les malades, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.3 : Décision N° 101 011, fixant les tarifs applicables dans le cadre de la chambre mortuaire hospitalière, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.4 : Décision N° 101 012, fixant les tarifs applicables dans le cadre de la communication des examens radiologiques sous support Cédérom, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.5 : Décision N° 101 009, fixant les tarifs des prestations annexes, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.6 : Décision N° 101 010, fixant les tarifs des repas au restaurant du personnel, à compter du 1^{er} Janvier 2013

ANNEXE IV.7 : Décision N° 102 608, fixant les tarifs pour la réalisation de transports sanitaires de patients hospitalisés, pour l'année 2013

CHAPITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

ANNEXE V.1.5 : Charte de bon usage des ressources informatiques et des technologies de communication du Centre Hospitalier de Périgueux, du 16 Novembre 2007

ANNEXE V.1.16.1 : Note de service N° 2007/12 du 01 Février 2007, relative à l'interdiction de fumer au Centre Hospitalier de Périgueux

ANNEXE V.1.16.2 : Note de service N° 2010/23 du 11 Février 2010, déterminant la procédure de prise en charge d'agents en suspicion d'alcoolisme

ANNEXE V.1.19 : Note de service N°2013/86 du 05 Septembre 2013, relative à l'organisation du temps de travail du personnel non médical

ANNEXE V.2.2.1 : Note de service N° 2011/22 du 11 Mars 2011, précisant les modalités d'application des droits syndicaux (en cours d'actualisation par rapport à l'évolution réglementaire récente)

ANNEXE V.2.2.2 : Note de service N° 2012/27 du 01 Mars 2012, relative à la prise de fonction du psychologue du travail (en cours d'actualisation tenant compte de l'augmentation de la quotité de travail du psychologue)

ANNEXE V.2.2.3 : Note de service N° 2012/92 du 21 Septembre 2012, relative à l'affichage des textes du Code pénal sur le harcèlement moral et le harcèlement sexuel

ANNEXE V.2.2.4 : Règlement intérieur de la crèche « Les Petits Lutins » du Centre Hospitalier de Périgueux, du 16 octobre 2013.