









REGLEMENT INTERIEUR

C.H.I.C. CASTRES-MAZAMET

CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL
CASTRES-MAZAMET

SOMMAIRE

INTRODUCTION 3

1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHIC CASTRES MAZAMET 4
1.1. – LE DIRECTEUR 4
1.2. – LE DIRECTOIRE 4
1.3. – LE CONSEIL DE SURVEILLANCE 4
1.4. – LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT 4
1.5. - COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE 6
1.6. - COMMISSION DU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES 6
1.7. - ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES 9
1.8. – LE FONCTIONNEMENT DES POLES 9
1.9. – LA SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ 10

2. L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER 12
2.1. - CODE DE DEONTOLOGIE 12
2.2. - POLES – SERVICES – UNITES FONCTIONNELLES 12
2.3. - CORPS MEDICAL : CATEGORIES 12
2.4. – LE PHARMACIEN 13
2.5. – LES SAGES-FEMMES 13
2.6. – ORGANISATION DU TEMPS MEDICAL 13
2.7. – INTERVENTIONS CHIRURGICALES 14
2.8. - VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE 14
2.9. - PERMANENCE MEDICALE DES SOINS - SERVICE DE GARDE OU D'ASTREINTE 14
2.10. - ACTIVITE LIBERALE 15
2.11. – PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER 15
2.12. – DEMIES-JOURNEES D'ACTIVITE D'INTERET GENERAL 15
2.13. - SERVICE D'INFORMATION MEDICALE 15
2.14. - DOSSIER MEDICAL 16

3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES 18
3.1. – DISPOSITIONS GENERALES 18
3.2. – DISPOSITIONS PARTICULIERES 20
3.3. – CONDITIONS DE SEJOUR 22
3.4. – TRANSPORTS 24
3.5 – DECES 24

4. DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL 27
4.1. – DROITS ET DEVOIRS 27
4.2. - ORGANISATION ET AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL NON MEDICAL 30
4.3. – DIVERS 31

5. REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION. 32
5.1. – OBLIGATIONS GENERALES 32
5.2. – SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS 33
5.3. – VOIES DE CIRCULATION, REGLES DE CIRCULATION ET STATIONNEMENT 33

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet est un établissement public de santé, en sens du Code de la Santé Publique.

Il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire « GHT Cœur d'Occitanie » et établissement support en alternance avec le Centre Hospitalier d'Albi.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Pour remplir sa mission, le CHIC Castres-Mazamet comporte :

- Des services d'hospitalisation,
- Des consultations externes,
- Des services médico-techniques,
- Des structures mobiles et des structures extra-hospitalières,
- Des services logistiques, techniques et administratifs.

Le présent règlement intérieur, prévu à l'article L6143-1 du Code de la Santé Publique, précise les dispositions en vigueur dans l'établissement, dans le but de garantir la continuité des soins, l'impartialité, la neutralité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHIC CASTRES MAZAMET

1.1. – LE DIRECTEUR

Le Directeur est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion. Il est assisté d'une équipe de direction.
Une garde de direction est organisée 24h/24 et 365 jours par an. Le tableau de la garde de Direction est arrêté par le Directeur.

1.2. – LE DIRECTOIRE

Le Directoire est une instance qui appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'Etablissement. Le Directoire comporte 9 membres dont 3 de droit :
- Le Directeur (qui le préside),
- le Président de la commission médicale d'établissement (qui est le Vice-président)
- et le Président de la CSIRMT (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- un membre du personnel non médical nommé par le directeur,
- des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés par le directeur.

Le Directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et prépare sur cette base le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

1.3. – LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le Conseil de Surveillance a remplacé le Conseil d'Administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'Etablissement. Il est composé de 15 membres répartis en 3 collèges : représentants des collectivités territoriales, représentants du personnel et personnalités qualifiées. Siègent avec une voix consultative le Vice-Président du Directoire, le Directeur Général de l'ARS Occitanie, le Directeur de la CPAM ainsi que le représentant des familles accueillies en USLD.

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :
- Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement,
- La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article,
- Le compte financier et l'affectation des résultats,
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur,
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance,
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement,
- Les prises de participation et les créations de filiales,
- Le plan pluriannuel d'investissement.

Il donne son avis sur :
- l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel (PGFP) ainsi que le programme d'investissement
- la Charte de gouvernance,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat,
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire,

- le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de surveillance se voit présenter annuellement :

a) Les observations du directeur général de l'ARS sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier ;

b) Les actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le centre hospitalier universitaire avec lequel l'établissement a conclu une convention au titre de l'article L. 6142-5 ;

c) Le bilan, élaboré conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire.

Enfin, le Conseil de Surveillance est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'ARS et l'établissement ainsi que de ses modifications.

1.4. – LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

1.4.1 - Composition et compétences de la CME:

La composition de la CME du CHIC est fixée comme suit (44 praticiens) :

- Collège N° 1 (6 praticiens) : Collège des chefs de pôles d'activité cliniques et médico-techniques.
- Collège N° 2 (20 praticiens) : Collège des représentants élus des responsables des structures internes (chefs de services et responsables d'UF, conformément à l'organigramme médical en cours) dont le nombre est en rapport avec l'importance de l'effectif du pôle :
    - Pôle Médecines : 6 élus
    - Pôle Chirurgies : 4 élus
    - Pôle Plateaux Techniques : 4 élus
    - Pôle Mère-Enfant : 2 élus
    - Pôle Gérontologie : 2 élus
    - Pôle Médico-technique : 2 élus
- Collège N° 3 (12 praticiens) : Collège des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement.
- Collège N° 4 (6 praticiens) : Collège des représentants des praticiens temporaires, non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral dans l'Etablissement.
- Collège N° 5 (2 praticiens) - Collège des sages-femmes : 2 représentants élus des sages-femmes.
- Collège N° 6 (2 ou 3 internes) - Collège des internes : comprenant 1 représentant des internes de Médecine Générale, 1 représentant des internes des autres spécialités et s'il en existe sur le CHIC, 1 représentant des internes de pharmacie.

La composition de la CME du C.H.I.C. est représentative des praticiens et des activités du CHIC : praticiens des 6 pôles d'activité, praticiens de statut public à temps plein, avec ou sans activité libérale, mais également praticiens de statut mixte, participant aux missions de service public.

Siègent également 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 CTE, élu en son sein,
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur de l'établissement.

La Commission Médicale d'Etablissement élit son Président pour une durée de 4 ans renouvelable une seule fois de manière consécutive.

Les fonctions de Président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de Chef de Pôle. Toutefois, dans l'hypothèse d'une élection en cours de mandat, il peut être dérogé à cette règle et la CME peut se prononcer valablement sur l'élection d'un Chef de Pôle à la Présidence.

La CME est consultée sur :

- Les projets de délibération (article L. 6143-1), les orientations stratégiques de l'établissement, son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement (article L. 6143-3) ;
- L'organisation interne de l'établissement (au 7ème de l'article L. 6143-7) ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

La CME est également consultée sur :

- Le Projet Médical d'Etablissement, les politiques en matière de coopération territoriale de l'établissement, de recherche clinique et d'innovation, de formation des étudiants et interne, de recrutement des emplois médicaux ;
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ;
- Les modifications des missions du service public attribuées à l'établissement ;
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le Programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La CME est informée sur :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- Les contrats de pôle ;
- Le bilan annuel des tableaux de service ;
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique ;
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipement susceptible d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

1.4.2 - Sous-commissions de la CME :

La Commission Médicale d'Établissement met en place des commissions nécessaires à la qualité des soins et à la sécurité de la prise en charge des patients. Le mandat de ces sous-commissions expire en même temps que celui de la Commission Médicale d'Établissement.

Le Règlement Intérieur et la composition de chaque Sous-Commission sont arrêtés, sur proposition de la sous-commission, par la Commission Médicale d'Établissement.

Les sous-commissions sont :

- Commission du Médicament des Dispositifs Médicaux Stériles et analyses biologiques : COMEDIMS
- Comité de Lutte des Infections Nosocomiales : CLIN
- Comité de Lutte contre la Douleur : CLUD
- Comité de Liaison Alimentaire Nutrition : CLAN
- Commission de la Permanence des Soins : COPS
- Evaluation des Pratiques Professionnelles – Revue de Mortalité et de Morbidité : EPP-RMM
- Commission de la Biologie Délocalisée : CBD
- Conseil de Bloc
- Commission de l'Imagerie Interventionnelle et de la Radioprotection : C2IR
- Commission des Admissions et Consultations Non Programmées : CACNP
- Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance : CSTH
- Collège de l'information médicale : CIM
- Commission de conciliation médicale interne : CCMI
- Commission Qualité de vie au travail des personnels médicaux : CQVTPM
- Commission de Recherche et Innovation Clinique : CRIC

1.5. - COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT ET FORMATION SPECIALISEE

1.5.1 - Composition et compétences du CSE :

Le Comité Social d'Etablissement, organe consultatif, comprend 12 membres représentant le personnel non médical. Ils sont élus pour chaque syndicat en fonction des résultats obtenus aux élections professionnelles.

Il comporte un nombre égal de suppléants et un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultative. Il est présidé par le Directeur ou son représentant.

Le Comité Social d'Etablissement est consulté sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le plan de redressement à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- Le plan global de financement pluriannuelle ;

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

Le Comité est informé chaque année de :
- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
- Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

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

Le Comité est informé chaque année du bilan dressé par la référente égalité homme/femme et lutte contre les discriminations ainsi que du bilan du référent déontologue et des lanceurs d'alerte.

Le Comité en concertation avec la Direction des Ressources Humaines désigne ses représentants chargés de siéger à la Commission de formation.

1.5.2 - Composition et compétences de la Formation Spécialisée :

La Formation spécialisée est présidée par le Directeur de l'établissement ou son représentant, elle est composée de 12 membres qui sont seuls à voter. Chaque organisation syndicale siégeant au CSE désigne au sein de la Formation spécialisée un nombre de représentants titulaires égal au nombre de sièges qu'elle détient au CSE parmi les représentants titulaires et suppléants de ce comité.

Sous réserve de l'exercice du pouvoir de préemption du Comité Social d'Etablissement, la Formation spécialisée a pour principales missions d'examiner :
- Les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.
- Le rapport annuel établit par la médecine du travail.

En outre, la Formation spécialisée est consultée :
- Sur les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé, de sécurité ou les conditions de travail et sur toute modification de l'organisation et du temps de travail sauf si ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service examinée directement par le CSE,
- Sur l'introduction de nouvelles technologies ayant une incidence sur la santé et la sécurité des agents,
- Sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs en situation de handicap portant notamment sur l'aménagement des postes de travail,
- Sur tous les règlements et consignes qui se rattachent à sa mission.

Chaque année, le Président soumet pour avis à la Formation spécialisée :
- un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail ainsi que des actions menées à ce titre,
- un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, la Formation spécialisée est associée au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

La Formation spécialisée procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents.

Outre, les compétences énumérées par la réglementation, la Formation spécialisée - sous réserve que le CSE ne s'en saisisse pas - est informée des différents éléments portant sur le fonctionnement de la crèche auquel le CHIC Castres-Mazamet est partie prenante, le bilan des fiches de signalement d'agressivité et la détermination corrélative de la politique de l'établissement en la matière, un bilan annuel sur l'absentéisme.

En outre, la Formation spécialisée procède à une enquête en cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entrainé mort d'homme ou paraissant devoir entrainer une incapacité permanente, en cas d'accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété au même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou dans des fonctions similaires.

1.6. - COMMISSION DU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES

La CSIRMT du CHIC Castres-Mazamet prévoit 20 membres titulaires et 20 membres suppléants
Ceux-ci sont élus après appel à candidature au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés ci-dessous dans les proportions définies par le règlement intérieur.
- des membres associés avec voix consultative

Le nombre de sièges attribués aux deux premiers groupes est calculé au prorata des effectifs des personnels de chaque collège, apprécié en équivalents temps plein, au dernier jour du troisième mois précédant celui de l'affichage des listes d'électeurs et d'éligibles.

- Membre de droit : Le Coordonnateur Général des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, préside la CSIRMT.
- Membres élus : La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

La CSIRMT est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins, l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques 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 médicotechniques,
- et enfin la politique de développement professionnel continu.

1.7. - ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES

1.7.1. - Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Elles sont instituées par l'assemblée délibérative et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'Etablissement. Au nombre de dix, elles regroupent les corps de catégorie A, B et C par filières professionnelles. Au CHIC Castres Mazamet, seules 9 commissions existent :

Catégorie A :

- Commission 1 : personnels d'encadrement technique
- Commission 2 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux
- Commission 10 : personnels sages-femmes

Catégorie B :

- Commission 4 : personnels d'encadrement technique
- Commission 5 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux
- Commission 6 : personnels d'encadrement administratif et des assistants médico-administratifs

Catégorie C :

- Commission 7 : personnels de la filière ouvrière et technique
- Commission 8 : personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux
- Commission 9 : personnels administratifs.

La Commission 3 (personnel d'encadrement administratif) n'est pas présente dans l'Etablissement, l'effectif du corps concerné étant inférieur à 5 agents.
Les Commissions Administratives Paritaires Locales comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le Conseil du Surveillance, d'autre part des représentants élus par le personnel.
Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes sur toutes questions concernant l'examen de décisions individuelles défavorables notamment les prolongations de stage, les recours relatifs aux entretiens professionnels des fonctionnaires, etc...
Un règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement de cette instance.

1.7.2. – Autres commissions consultatives

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

- **La Commission des Usagers** : elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs difficultés.
  Elle examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées au CHIC par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours. Elle peut, si elle le juge utile, rencontrer l'auteur d'une réclamation. Le représentant des usagers, membre de la commission, peut accompagner l'usager dans sa réclamation et s'il le souhaite pendant sa rencontre avec le médiateur. Elle est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport présenté au conseil de surveillance de l'hôpital qui délibère sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge.
- **La Commission de l'Activité Libérale :** La commission de l'activité libérale du CHIC 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.

1.8. – LE FONCTIONNEMENT DES POLES

La loi HPST a consacré les pôles d'activité comme le seul niveau de structure interne obligatoire et le support d'organisation interne de l'Hôpital. Ils sont les lieux de propositions de mise en œuvre des stratégies médicales et de management des équipes soignantes.
Les chefs de pôles ont été nommés pour 4 ans par décision du Directeur.
L'appellation des structures internes des pôles est laissée à la libre appréciation des établissements. Au CHIC Castres-Mazamet, existent 7 pôles :

- Le pôle Administratif et Logistique
- Le pôle Médecines
- Le pôle Chirurgies
- Le pôle Mère Enfant
- Le pôle Médico-technique
- Le pôle Plateau Technique
- Le pôle Gérontologie.

Pour mettre en œuvre ses missions, le pôle décrit ses objectifs dans un projet de pôle, qui sera décliné en actions dans un contrat de pôle signé par le praticien chef de Pôle avec le Directeur de l'établissement, après avis du Président de la CME et concertation avec le Directoire.
A partir de l'évaluation de sa mise en œuvre, le contrat de pôle fait l'objet d'un avenant annuel. L'ensemble de ce dispositif est décrit dans la politique de contractualisation validée par le Directoire.

1.8.1. - Le Responsable de Pôle : le médecin chef de Pôle

Le médecin chef de Pôle est nommé pour une durée de 4 ans par le Directeur sur présentation d'une liste comprenant au moins 3 noms par le Président de la CME dans un délai de 30 jours à compter de la demande. Les praticiens hospitaliers ou contractuels peuvent exercer les fonctions de médecin chef de Pôle.

1.8.2. - Les responsables des structures internes

Les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles, des pôles d'activités cliniques ou médico-techniques sont nommés par le Directeur sur proposition du Président de la CME après avis du Chef de Pôle. Les responsables de structures internes, services, ou unités fonctionnelles sont nommés pour un mandat renouvelable de 4 ans.

1.9. – LA SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ

Le Directeur du Centre Hospitalier nomme un responsable de la sécurité des systèmes d'informations (SI). Il a pour mission principale de concevoir et animer la démarche sécurité des SI (matériels, données et logiciels), en veillant à ce que les niveaux de sécurité et de confidentialité soient conformes à la réglementation externe et aux standards internes.

1.9.1 Charte des Technologies de l'Information et des Communications

Cette charte a pour objet de définir les règles d'utilisation des ressources informatiques mises à la disposition des utilisateurs. Ces règles techniques et organisationnelles permettent de garantir une sécurisation des SI adaptée au contexte du CHIC, tout en garantissant les intérêts des employés et de l'employeur. En respectant la Charte, l'utilisateur se protège.
Elle permet notamment de :

- assurer la sécurité du système d'information
- préserver la confidentialité des données
- maintenir les performances du système
- limiter la prolifération des logiciels « pirates » et des spams.

Les utilisateurs se doivent de la connaître et de la respecter dans le cadre de leurs activités professionnelles. Le non-respect, volontaire ou non, de la Charte est constitutif d'une faute. Les utilisateurs ont connaissance du fait que le non-respect de la Charte est susceptible d'entraîner des mesures disciplinaires internes voire, en cas de violation d'un texte législatif ou réglementaire, des poursuites judiciaires.

1.9.1.1.- Domaine d'application de la charte

Les règles décrites dans la charte s'appliquent à tous les utilisateurs, c'est-à-dire toute personne physique, quel que soit son statut (salarié, intérimaire, stagiaire, prestataire, sous-traitant…), autorisée à faire usage des systèmes d'informations et /ou de communications du CHIC (y compris ceux dont le Centre Hospitalier autorise l'accès à distance directement ou en cascade), qu'ils soient utilisés sur le lieu de travail, en déplacement ou au domicile.

1.9.1.2. -Conditions d'accès de l'utilisateur

L'utilisation des ressources informatiques du Centre Hospitalier est soumise à autorisation préalable.
L'accès aux ressources informatiques et de télécommunications du Centre Hospitalier est conditionné par le respect des termes de cette charte dont la notification individuelle vaut acceptation.
Les accès informatiques et téléphoniques sont personnels et incessibles, ils cessent avec la disparition des raisons qui ont motivé leur attribution. Ils sont limités aux activités professionnelles définies dans le cadre de la mission de l'utilisateur.

1.9.1.3. - Respect des règles d'usages des outils TIC

Il est rappelé qu'en droit pénal français chaque personne est responsable de ses actes, qu'elle soit dans un cadre privé ou professionnel.
La charte impose notamment de :

- ne pas porter atteinte, directement ou indirectement, volontairement ou par négligence aux éléments composants les systèmes d'informations (réseaux, matériels, logiciels, etc.),
- veiller à ne pas se mettre personnellement, ni mettre le Centre Hospitalier, en infraction vis-à-vis de la législation,
- ne pas essayer d'accéder ou de faire accéder à tout ou partie du Système d'Information sans y être autorisé,

- ne pas entraver par quelque moyen que ce soit le niveau de sécurité mis en place dans le Système d'Information,
- de se rappeler que les autorisations d'accès au Système d'Information doivent correspondre aux fonctions exercées et uniquement à celles-ci,
- de respecter la réglementation CNIL et RGPD relative aux données personnelles.

La charte décrit encore les règles d'utilisations des outils du CHIC :

- postes informatiques fixes et mobiles,
- outils de téléphonie,
- mesures générales de sécurité, de contrôle et d'audit,
- messagerie électronique,
- internet,
- outils numériques personnels (interdit).

1.9.2. - Confidentialité du dossier patient au CHIC Castres Mazamet

Le dossier du patient est constitué d'informations papier et d'information numérique. Le même niveau de confidentialité est attendu, quel que soit le support.

Le code de la Santé Publique décrit les règles d'accès au dossier médical. Le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) vient renforcer les droits des usagers et consolider les mesures de sécurité. Le non-respect des règles de confidentialité est un délit pénal d'une grande gravité.

Le respect de la confidentialité comprend :

- la non-divulgation d'information à des personnes ne participant pas directement aux soins,
- le fait de ne pas rechercher soi-même des informations concernant un patient non pris en charge.

Le « Guide d'utilisation du dossier patient » décrit les règles de consultation, archivage et transmission des données des patients. S'agissant des outils informatiques, le Collège de l'Information Médicale établit, en plus, les droits des utilisateurs par profil. La Directrice des Soins et le Médecin DIM ont autorité, par délégation du Collège de l'Information Médicale, pour valider des demandes de droits complémentaires.
Le président de CME, la Directrice des Soins et le Médecin DIM disposent d'outils pour contrôler, si besoin, les accès aux dossiers des patients.

Les agents du CHIC qui le souhaitent peuvent être informés automatiquement par mail de la consultation de leur dossier médical.

L'accès au dossier patient informatisé Easily se fait grâce à un Identifiant et un Mot de passe strictement personnel. La communication du mot de passe est interdite. Le caractère personnel des mots de passes permet de sécuriser l'accès au dossier patient et garantir de la traçabilité des actions de chaque professionnel de santé.

L'accès aux informations contenues dans le dossier patient n'est autorisé qu'à des fins de prise en charge. Il est interdit de consulter un dossier patient dans un autre but.

2. L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER

Le CHIC Castres-Mazamet dispose d'une offre de soins large et couvre la quasi-totalité des spécialités de la médecine contemporaine. Les praticiens qui exercent au sein de l'établissement sont environ 240 (dont une trentaine d'internes), quel que soit leur statut et consultent dans un cadre public ou privé.

2.1. - CODE DE DEONTOLOGIE

Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion.
Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.
Il a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Le médecin et son équipe doivent veiller à l'information du patient et garantir le secret médical.

2.2. - POLES – SERVICES – UNITES FONCTIONNELLES

Pour l'accomplissement de ses missions, le CHIC Castres Mazamet est organisé en pôles, services et unités fonctionnelles.
Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin, d'un biologiste ou d'un pharmacien hospitalier.
Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante, médicotechnique, de rééducation ou socio-éducative, identifiées par leurs fonctions et leur organisation.
Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline. Les pôles sont organisés conformément aux dispositions précitées.

2.3. - CORPS MEDICAL : CATEGORIES

Le personnel médical a pour charge :
- D'assurer les services du matin et de l'après-midi,
- D'effectuer, si besoin est, les remplacements imposés par divers congés, dans la limite des possibilités,
- D'assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical, et de répondre à ce titre aux appels d'urgence,
- De participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le Ministère de la Santé, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des personnels hospitaliers,
- Et de tenir un dossier individuel par malade et renseigner les documents nécessaires à l'évaluation de l'activité.

En outre, les médecins peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche. Enfin, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

A ce titre, ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le Service Public Hospitalier.

Les praticiens participent, par ailleurs, aux services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés.

Chaque Chef de service/responsable de structure interne soumet un tableau de service nominatif prévisionnel puis réalisé au Directeur ou à son représentant pour accord.

2.3.1. - Praticiens hospitaliers

Les Praticiens hospitaliers constituent un corps unique de praticiens. Le service normal hebdomadaire est fixé à dix demi-journées lorsqu'ils exercent à temps plein et entre 5 et 9 demi-journées lorsqu'ils exercent à temps partiel.

2.3.2. - Praticiens contractuels

Ils sont recrutés dans les conditions définies par l'article R6152-334 du Code de la Santé Publique. Ils peuvent être recrutés pour remplacer un emploi permanent temporairement vacant ou dont le titulaire est absent (pour congé statutaire), pour faire face à un surcroît d'activité, dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au CNPH, ou pour des fonctions nécessitant des compétences particulières.
La période de renouvellement ainsi que la limite du contrat sont variables en fonction du motif de recrutement.
Ils participent également à la continuité et la permanence des soins de l'établissement.

2.3.3. - Assistants des hôpitaux

Les assistants des hôpitaux sont généralement de jeunes médecins diplômés qui souhaitent approfondir leur cursus. Ils sont recrutés pour une durée pouvant aller jusqu'à 6 ans. Ils sont employés à temps plein, ou à temps partiel après 2 ans d'exercice.
Dans certains cas, leur exercice peut être partagé avec le CHU de référence selon une répartition définie par voie conventionnelle.
Ils participent à la continuité et la permanence des soins de l'établissement.

2 3.4. – Docteurs juniors

Les docteurs juniors sont des étudiants de 3ème cycle qui accomplissent la phase de consolidation et ont soutenu avec succès leur thèse et obtenu le diplôme de docteur en médecine, en pharmacie ou d'odontologie. Ils suivent leur formation sous le régime d'autonomie supervisée.

2.3.5. – Internes

Les internes remplissent leurs fonctions sous l'autorité du responsable du service. Leurs obligations de service sont de huit demi-journées par semaine et deux demi-journées de formation. Les internes et résidents bénéficient d'autorisations d'absence dans le cadre de leur formation.
Des faisant fonction d'interne peuvent être recrutés sur des postes d'interne, dans les conditions définies par les articles R6153-41 et – 42 du Code de la Santé Publique.
Les internes, résidents et faisant fonction d'internes participent aux services de gardes et astreintes.

2.3.6. – FFI

Peuvent être désignés en tant que faisant fonction d'interne, les étudiants ayant été admis au concours de l'internat ou les médecins titulaires d'un diplôme européen dans l'attente de l'inscription à l'ordre.

2 3.7. - Les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)

2.3.7.1. Praticiens associés

Les médecins titulaires d'un diplôme étranger, lauréats des épreuves de vérification des connaissances (EVC) mais non-inscrits à l'Ordre, peuvent être recrutés en qualité de praticiens associés.
A ce titre, ils ne peuvent signer les documents médico-légaux ni prescrire de stupéfiants ou matières dangereuses.
Ils peuvent être amenés à participer à la permanence des soins sous certaines conditions définies par le Code de la Santé Publique.

2.3.7.2. – Les stagiaires associés

Peuvent être désignés en qualité de stagiaire associé, les praticiens dont le diplôme a été obtenu hors union européenne et qui souhaitent exercer en France. Ils sont recrutés sur ce statut dans l'attente de leur réussite aux EVC.

2.4. – LE PHARMACIEN

Les missions des Pharmacies à usage intérieur (PUI) sont précisées dans l'ordonnance du 15 décembre 2016 :

- assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1, et d'en assurer la qualité ;
- mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins,

en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient ;
- Entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à l'article L. 6111-2
- S'agissant des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé, exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8. »

Le pharmacien chargé de la gérance de la PUI est responsable des missions et des activités autorisées pour cette pharmacie.

2.5. – LES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes dépendent de la Direction chargée de la gestion du personnel médical. La gestion opérationnelle des affections et des carrières est assurée au service en charge des Ressources Humaines, sous la responsabilité de la Direction des Affaires Médicales.
Les sages-femmes sont habilitées à pratiquer notamment les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la préparation psychoprophylactique de l'accouchement, à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals de la mère et de l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par leur code de déontologie, mentionné à l'article L.4127-1.
L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la patiente à un médecin en cas de situation pathologique. La sage-femme effectuant des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale en établissement de santé justifie d'une compétence professionnelle adaptée qui est attestée par le suivi d'une formation théorique et pratique à l'interruption volontaire de grossesse par méthode instrumentale et à la conduite à tenir en cas de complications liées à cette dernière.
Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.
Dans ce cadre, elles relèvent, par l'intermédiaire des Sages-Femmes coordinatrices d'unités et de pôle, directement de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

2.6. – ORGANISATION DU TEMPS MEDICAL

Les obligations de service des praticiens sont de 48h hebdomadaires pour les services en temps continu et de 10 demi-journées hebdomadaires pour les services en temps non continu.

Au CHIC Castres-Mazamet, les services en temps médical continu sont les services d'Anesthésie, de Réanimation, de Cardiologie, de Gynécologie-Obstétrique, de pédiatrie et d'Urgences. Le temps médical continu implique une présence médicale sur place 24h/24 et 7j/7.

La gestion du temps médical (service de jour et gardes et astreintes) fait l'objet d'une informatisation. Elle est déléguée à chaque praticien qui saisit les données relatives à la réalisation du tableau de service mensuel. En accord avec la Direction des Affaires Médicales, le praticien peut désigner un référent qui est chargé de les saisir sous sa responsabilité. Les tableaux de service prévisionnels et réalisés sont visés par le responsable de service ou d'unité et par la Direction des Affaires Médicales. Pour les praticiens mis à disposition par un autre établissement, un tableau de service papier est renseigné chaque mois par le praticien. Le tableau des gardes et astreintes est arrêté mensuellement par le Directeur, sur proposition et sous la responsabilité du responsable d'unité ou de service.
Les praticiens hospitaliers, les praticiens hospitaliers contractuels, les assistants, les assistants associés, les praticiens attachés, les praticiens attachés associés et les praticiens contractuels peuvent, sur la base du volontariat et sans qu'ils puissent subir aucun préjudice du fait d'un refus, réaliser des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service dans les conditions fixées par leurs statuts respectifs.

Un bilan annuel est présenté en Commission d'Organisation de la Permanence des Soins.

2.7. – INTERVENTIONS CHIRURGICALES

2.7.1. - La charte du bloc opératoire

La charte du bloc opératoire précise l'organisation du bloc opératoire pour garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins.

2.7.2.- Le conseil du bloc opératoire

Le rôle du conseil de bloc est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire et de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel, aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique. Le conseil du bloc opératoire veille à l'application de la charte du bloc opératoire.

Il est composé de personnels médicaux et soignants. Le directeur arrête la composition nominative du conseil de bloc opératoire qui doit comprendre au minimum :

- un chirurgien intervenant au bloc opératoire désigné sur proposition de la CME
- un médecin anesthésiste réanimateur désigné sur proposition de la CME
- le responsable de l'organisation du secteur opératoire. Ce responsable pouvant être le cadre de santé du bloc, chef de bloc.
- le responsable du CLIN ou son représentant y participe en tant que de besoin.
- Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable.

Cette instance se réunit au moins une fois par mois (sauf en période estivale) sur convocation de son Président. D'autres membres peuvent être invités à titre consultatif en leur qualité d'experts selon l'ordre du jour.

Chaque année, le conseil de bloc opératoire établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME.

2.8. - VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le Chef de service/responsable de structure interne organise, si nécessaire, une contre-visite. Les dimanches et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des gardes et astreintes médicales.

2.9. - PERMANENCE MEDICALE DES SOINS - SERVICE DE GARDE OU D'ASTREINTE

La permanence sur place ou en astreinte à domicile a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche et jour férié. Les services des urgences/SMUR/UHCD, de Cardiologie, de Gynécologie-Obstétrique, de pédiatrie, d'Anesthésie et de Réanimation sont organisés en temps médical continu.

La permanence sur place ou en astreinte à domicile de nuit débute à 18h30 et s'achève à 8h30.L'astreinte commence le samedi à 13h30. Le samedi est un jour ouvrable. Les dimanches et jours fériés, le service de garde de jour commence à 8h30 et s'achève à 18h30.

L'organisation générale du service de garde ou d'astreinte est arrêtée par le Directeur après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins.

Le paiement des astreintes est au choix soit forfaitisé, soit établi sur une base réelle de déplacement. Le choix se fait au niveau de chaque service.

L'astreinte s'effectue soit à domicile, soit dans tout autre lieu au choix du praticien, à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais.

2.10. - ACTIVITE LIBERALE

Les Praticiens Hospitaliers titulaires à temps plein ont la possibilité d'exercer une activité libérale.

Celle-ci est réglementée et doit être matérialisée par un contrat d'activité libérale. Cette activité fait l'objet d'un contrôle par la commission de l'activité libérale. Le tarif pratiqué par le médecin, dans le cadre de son activité libérale, ainsi que les jours et plages horaires sont affichés dans la salle d'attente du service ou des consultations externes.
Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service et ne peut excéder 2 demi-journées hebdomadaires.

2.11. – PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Des professionnels de santés libéraux peuvent être amenés à exercer au sein de l'établissement, soit dans le cadre du décret du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé soit dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire. Cette ouverture à la médecine libérale est autorisée par les articles L. 6133-1, L. 6133-2 et L. 6133-6 du Code de la santé publique. Tous les patients pris en charge dans le cadre cette activité le sont en secteur 1.

2.12. – DEMIES-JOURNEES D'ACTIVITE D'INTERET GENERAL

Les praticiens hospitaliers exerçant leur activité à temps plein peuvent, dans le cadre fixé par la réglementation, consacrer deux demies-journées hebdomadaires à des activités d'intérêt général.
Si un praticien consacre deux demies-journées par semaine à des activités d'intérêt général, il ne peut exercer d'activité libérale.
Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service.

2.13. - SERVICE D'INFORMATION MEDICALE

2.13.1. - Fonctionnement

Le département d'information médicale (DIM) est chargé, dans le cadre de l'organisation du DIM de Territoire, de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. Le service d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information.
Le médecin responsable de structure interne est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il est destinataire de toutes les données statistiques concernant son service. Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.
Le médecin responsable de l'information médicale transmet au chef de pôle, à la Commission Médicale d'Etablissement et au directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales.

2.13.2. - Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès

Le CHIC Castres Mazamet recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du Règlement général sur la protection des données (RGPD).
Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre. Pour la protection de leurs données personnelles ou faire valoir leurs droits, les individus peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données (DPD) du CHIC.

2.14. - DOSSIER MEDICAL

Un dossier médical est créé pour chaque patient. Il regroupe l'ensemble des séjours du patient.
Ce dossier, qu'il soit papier ou numérique, est accessible aux personnels soignants intervenant dans la prise en charge du patient. Des règles strictes d'accès aux dossiers médicaux ont été définies dans la charte de confidentialité détaillée au point 1-9-2 du présent règlement, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Les droits d’accès aux différentes données sont déterminés par le Collège de l’Information Médicale selon les missions des personnels.

3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES

3.1. – DISPOSITIONS GENERALES

3.1.1. – Principe du libre choix du malade

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

3.1.2. – Accès aux soins des personnes démunies

Le CHIC Castres Mazamet dispose d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) facilitant l'accès aux soins des plus démunis et les accompagnant dans les démarches administratives nécessaires à la reconnaissance de leurs droits en matière de couverture sociale.

3.1.3. – Livret d'accueil

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Il est procédé à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Dans ce but, est remis à chaque patient lors de son admission un livret d'accueil. Un questionnaire est à compléter sur le TMM avant la sortie de l'établissement.
Ce livret d'accueil contient toutes les informations pratiques utiles aux patients pendant leur séjour et les informe de leurs droits et obligations.

3.1.4. – Mode d'admission

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

3.1.5. – Décision préfectorale

En cas de refus d'admission d'un malade 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 Préfet.

3.1.6. – Admissions en urgence

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

3.1.7. – Transfert après premiers secours ou admission

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un malade ou d'un blessé :

- requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquées dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas,
- ou lorsque l'admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le Directeur ou son représentant doit déclencher les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

3.1.8. – Information de la famille

Toutes les mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre soignant ou l'infirmier responsable du malade.

3.1.9. – Refus d'hospitalisation d'un malade

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus peut être dressé, signé par deux agents.

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Si le Médecin 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 malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus peut être dressé, signé par deux agents.

3.1.10. – Dépôts de valeurs

Les objets personnels, qui ne sont pas des valeurs, sont conservés par le patient sous sa seule responsabilité. Il est conseillé aux patients de n'apporter que des objets de faible valeur, strictement utiles au séjour. Si cela n'est pas possible, la personne hospitalisée est invitée à effectuer le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession auprès de l'administration de l'établissement.
Ces dépôts volontaires doivent être effectués auprès du Régisseur de recettes de l'établissement situé aux admissions.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade ou blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant ou à défaut par deux agents. Le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement auprès du Régisseur de recettes.

Les valeurs et les objets personnels sont déposés directement auprès du régisseur de l'établissement pendant ses heures de présence ou dans le coffre de transfert, prévu à cet effet, où le régisseur les récupérera le lendemain.

3.1.11. – Gestion des produits ou d'objets illicites découverts sur des patients admis en hospitalisation ou pris en charge aux Urgences

En cas de découverte d'un produit stupéfiant illégal (cocaïne, héroïne, ecstasy, cannabis, etc…) dans les effets personnels d'un patient, ce produit sera remis au Commissariat de Police. L'identité du patient ne sera jamais révélée. Le patient sera informé de la procédure.

En cas de découverte d'une arme dans les effets d'un patient, celle-ci sera remise au Commissariat de Police. L'identité de son détenteur ne sera pas révélée sauf dans le cas où il sera estimé qu'il peut être dérogé au secret au titre de l'article 226-14 du Code Pénal dès lors qu'il sera estimé qu'il existe un danger pour la personne elle-même ou pour autrui.
Le patient sera informé de cette procédure et de sa possibilité de récupérer l'arme au Commissariat de Police.

3.1.12. – Responsabilité de l'établissement

La responsabilité de l'établissement n'est pas engagée lors du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés. Elle n'est pas engagée non plus 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.

3.1.13. – Restitution des objets

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par le Régisseur de l'établissement (lorsque ceux-ci n'ont pas encore été déposés à la Trésorerie) soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu et d'une pièce d'identité, aux heures d'ouverture de ces services.

Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Les objets non réclamés sont remis par la Trésorerie Principale, un an après la sortie de leur détenteur, à la Caisse des Dépôts et Consignations, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

3.1.14. – Régimes d'hospitalisation

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

En règle générale, les patients sont hospitalisés en régime commun (*secteur public*).

Cependant les malades peuvent, à leur demande, être admis au titre de l'activité libérale de certains praticiens. Ce choix doit être formulé par écrit, dès l'entrée, par le malade lui-même ou son accompagnant, après qu'il ait pris connaissance des conditions particulières qu'impliquent ces choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux, dont le montant sera fixé par entente directe entre le malade et le praticien, et le supplément de prix de journée appliqué s'il y a lieu.

3.2. – DISPOSITIONS PARTICULIERES

Dans le cadre de la politique d'identitovigilance développée dans l'établissement, avant toute admission en consultation externe ou en hospitalisation, et même dans le cadre d'une arrivée au service des urgences, "il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité (…) par la production d'un titre d'identité comportant une photographie" (art. L.162-21 du code de la sécurité sociale).

Cette disposition est renforcée par la parution de la circulaire du 2 mai 2011 relative à la mise en œuvre de la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public.

3.2.1. – Consultations externes en activité libérale

Les consultations publiques demeurent la règle générale mais des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers. Pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix.

3.2.2. – Prise en charge des frais d'hospitalisation

Les bénéficiaires des différents régimes de Sécurité Sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent (carte Vitale et attestation).

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge de l'hospitalisé. Si ce dernier possède une mutuelle, il lui appartient de fournir tout document justifiant cette prise en charge et les conditions de celle-ci. Les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) doivent être munis de leur attestation.

Les bénéficiaires de l'Article L.115 du Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant leur hospitalisation. Les ressortissants de l'Union Européenne doivent justifier de leurs droits en fournissant les documents nécessaires.

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

3.2.3. – Femmes enceintes

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

Dans le cas où l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, même s'il n'y a pas urgence, s'il n'existe pas de lit vacant dans une maison maternelle du département ou dans celles avec lesquelles le département a passé convention :

- l'admission doit être prononcée,
- le Président du Conseil Départemental doit être informé de cette admission,
- aucune pièce d'identité ne peut être exigée,
- aucune enquête ne doit être entreprise,
- il est demandé à la femme enceinte d'inscrire son identité dans une enveloppe cachetée (en cas de décès par exemple) conservée dans le dossier médical. Cette enveloppe est rendue cachetée à la femme accouchée lors de sa sortie.

3.2.4. – Militaires

En cas d'urgence :

- l'admission est immédiate,
- Le Chef de Corps ou - à défaut - la gendarmerie, doit être informé.
- Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le Centre Hospitalier mixte le plus proche.

S'il n'y a pas urgence, l'admission se fait à la demande des autorités militaires et dans les conditions fixées par convention entre le Directeur Régional du Service de Santé des Armées et l'établissement.

3.2.5. – Mineurs

Le consentement express et écrit aux soins et aux interventions chirurgicales des mineurs appartient aux détenteurs de l'autorité parentale, père, mère ou tuteur légal. En cas d'urgence, les interventions chirurgicales sont autorisées par la loi, notamment en cas d'impossibilité de joindre les parents. L'urgence de cette intervention sera attestée par la rédaction d'un certificat médical circonstancié, signé par deux médecins. Dans l'hypothèse où il apparaît au médecin que le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir son consentement, risque de compromettre la santé ou l'intégrité corporelle du mineur, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public de la justice afin de provoquer les mesures d'assistances éducatives permettant de donner les soins qui s'imposent.

L'hôpital assure alors, par délégation l'autorité parentale et doit en assumer la responsabilité tout au long du séjour du mineur à l'hôpital.

L'article L.111-5 du code de la Santé Publique a instauré une innovation par rapport au droit antérieur : le droit d'opposer le secret médical à ses parents. Le mineur peut s'opposer expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Dans ce cas, le Médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsque le mineur relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le Directeur ou son représentant adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au Président du Conseil Départemental (Service Aide Sociale à l'Enfance / à l'attention du médecin PMI du secteur concerné) le certificat confidentiel du Médecin responsable de structure interne indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

3.2.6. – Mise sous sauvegarde de justice

Le médecin du service saisit le Procureur de la République et lui demande la mise sous sauvegarde de justice médicale d'un de ses patients. La sauvegarde de justice médicale peut aboutir à la mise sous tutelle ou sous curatelle simple ou renforcée de la personne à protéger.

En cas d'admission ou d'intervention chirurgicale :

- Sur majeur placé sous sauvegarde de justice : ce dernier conservant l'exercice de ses droits, son seul consentement suffit. Le juge des tutelles sera néanmoins informé dans les plus brefs délais, si un mandataire spécial a été nommé.

- Sur majeur bénéficiant d'une tutelle : la tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile. Le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas ainsi, il convient de saisir, pour avis, le juge des tutelles, par l'intermédiaire du tuteur.
- Sur majeur sous curatelle : la curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile. La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la mesure de sauvegarde de justice serait une protection insuffisante. L'étendue de la curatelle variant selon la personne à protéger, dans les termes de curatelle simple ou renforcée, il convient de solliciter l'avis du curateur avant d'effectuer tout acte de soin grave.

3.2.7. – 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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.
Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.
Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

3.2.8. – Etrangers

Les étrangers doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge, verser une provision correspondant à la durée prévue de leur hospitalisation.
Les patients issus d'un Etat membre de la Communauté Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français à condition de présenter l'imprimé obligatoire pour l'obtention de la prise en charge (formulaire E111 ou E112). L'âge de la majorité applicable aux étrangers hospitalisés en France est l'âge de la majorité française : dix-huit ans.

3.2.9. – Malades toxicomanes – Secret de l'hospitalisation et admission

Le malade toxicomane qui se présente spontanément à l'hôpital afin d'y être traité peut, s'il le demande 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. L'admission et la sortie des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique.

3.2.10. – Malades tuberculeux – Admission et séjour

Comme pour les autres patients atteints de maladies transmissibles faisant partie de la liste fixée par le décret du 10 juin 1986, l'admission et le séjour des malades tuberculeux ont lieu dans les conditions prévues par le code de la Santé Publique. L'Agence Régionale de Santé est informée dans les meilleurs délais, sous forme de fiches de renseignements qui lui sont adressées par le médecin. La chambre du malade est désinfectée à sa sortie.

3.2.11. – Admission en psychiatrie

Il n'y a pas de service de psychiatrie au CHIC Castres-Mazamet. Les malades relevant de cette spécialité sont accueillies en cas de nécessité par le service des Urgences qui les oriente vers le CH Lavaur avec lequel une convention a été passée ou vers un autre établissement psychiatrique.

3.3. – CONDITIONS DE SEJOUR

3.3.1. – Visites

Les visites sont autorisées au sein du CHIC Castres Mazamet entre 11h et 20h, la plage horaire peut être différente selon les services, les conditions seront alors précisées à son entrée. Néanmoins, les visites

peuvent être suspendues voire interdites dès lors que le médecin, conformément à la réglementation, les juge comme une menace à l'ordre public ou comme un risque pour la santé de la personne hospitalisée. En effet, les visites ne doivent pas troubler le repos des patients ni gêner le fonctionnement des services.

3.3.2. – Horaires des repas – Repas aux accompagnants

Les horaires des repas sont autour des suivants :
- petit-déjeuner : 8h00,
- déjeuner : 12h00,
- dîner : 18h30.

Les accompagnants peuvent bénéficier en pédiatrie et sur les sites d'hébergement d'un repas au tarif déterminé annuellement. Le paiement s'effectue pour l'Hôpital du Pays d'Autan à la borne de paiement située au 3ème étage. Le ticket repas délivré doit être transmis impérativement aux services de soin avant l'horaire indiqué. Pour les sites extérieurs, auprès du service administratif de chaque site. Le délai de prévenance est de 48h.

3.3.3. – Déplacement et comportement des hospitalisés – désordres

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.
Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres malades ou pour le fonctionnement du service. Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant, prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.
Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

3.3.4. – Hygiène à l'hôpital

Des solutions hydro-alcooliques sont à la disposition des soignants et des visiteurs dans le cadre de la lutte contre les infections. Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital, chacun est tenu de l'observer. La présence d'animaux dans l'établissement est interdite à l'exception des chiens guides d'aveugle qui sont autorisés jusqu'aux zones d'attente.

3.3.5. – Effets personnels – Jouets personnels

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :
- leur nécessaire de toilette (brosses à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc…)
- leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc…)

Sauf cas particuliers et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le malade conserve ses vêtements et son linge personnels dont il doit assumer l'entretien. Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre soignant.

3.3.6. – Interdiction de fumer et de vapoter

En application de l'article L 3511-7 du Code de la Santé Publique, du décret n° 2006-1386 du 15 Novembre 2006 et de la circulaire DGAS/2006/528 du 12 Décembre 2006 ainsi que l'article 28 de la Loi de Santé du 26 janvier 2016, il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans tous les locaux du CHIC Castres Mazamet. Dans les EHPAD et USLD, bien que la chambre constitue un espace privatif, l'interdiction s'y s'applique également.

L'interdiction s'applique à tous les professionnels médicaux et non médicaux, tous les usagers et tous les visiteurs de l'Etablissement. Elle concerne l'intégralité des locaux fermés, couverts et terrasses, à l'exception des zones fumeurs identifiées.

En cas de manquement à cette règle, dûment averti, le Directeur ou son représentant, prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

3.3.7. – Correspondance
Une boîte aux lettres est à la disposition des patients dans le hall d'entrée. Le courrier déposé doit être impérativement affranchi.

3.3.8. – Télévision, Internet et téléphonie/terminaux multimédia
Les chambres sont équipées soit de terminaux multimédia qui permettent l'accès au téléphone, à la télévision et à Internet, soit de télévision et de poste téléphonique. Leur gestion est assurée par le kiosque ouvert du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 14h à 19h et les samedis et dimanches de 9h à 19h. En pédiatrie, l'accès aux téléviseurs est gratuit. En aucun cas, les terminaux multimédia ou les télévisions ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.

3.3.9. – Interdiction de filmer et photographier dans l'enceinte de l'établissement
Il est interdit de prendre des photographies, de capter ou de filmer dans l'enceinte de l'établissement, sans l'autorisation préalable de la Direction.

3.4. – TRANSPORTS

Pour les patients hospitalisés, si l'état de santé d'un patient le nécessite, un transport sanitaire peut être prescrit par le médecin à sa sortie vers son domicile (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi voire véhicule sanitaire). Il pourra également être proposé un transport partagé. Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. Lorsque le transport est à la charge du CHIC, le patient n'a pas le choix du transporteur.
Pour les patients externes aux urgences, les transports au départ du service des urgences vers le domicile ne sont pas remboursables, donc ne seront pas prescrits par les médecins, sauf pour les cas règlementairement décrits (affection de longue durée associée à une déficience ou une incapacité, nécessité médicale pour le patient d'être allongé ou sur surveillance constante, accident du travail ou maladie professionnelle).

3.5 – DECES

3.5.1. – Rites funéraires
Les rites funéraires, religieux ou non, sont réalisés à la chambre mortuaire du CHIC Castres Mazamet.
Un espace de recueillement laïque et multiconfessionnel et un service d'aumônerie sont également à disposition au sein de l'établissement (rez-de-chaussée).

3.5.2. - Transport de corps à résidence sans mise en bière
Le transport, sans mise en bière, du corps d'une personne décédée à l'hôpital vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit faire l'objet d'une déclaration préalable écrite auprès du maire de la commune dans laquelle réside le défunt, par l'entreprise de pompes funèbres.

Exceptionnellement, le transport peut être effectué sur réquisition des autorités de police ou de gendarmerie (Code des Communes article R.361-39). L'autorisation du maire est obligatoire pour la fermeture du cercueil au Centre Hospitalier . Elle est subordonnée :
- à la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- à l'accord écrit du directeur ou de son représentant
- à l'accord écrit du médecin responsable de structure interne (ou de son représentant) attestant, le cas échéant, de la récupération de toute prothèse fonctionnant à pile au cas où la crémation est envisagée,
- à l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78 à 80 du Code Civil (déclaration du décès auprès d'un officier d'Etat Civil).

Les certificats d'agrément de l'entreprise et du véhicule de transport doivent être vérifiés ainsi que le certificat de conformité du compartiment funéraire (arrêté du 1er juin 1989, article 17).
Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :
- le décès soulève un problème médico-légal,

- l'état du corps ne permet pas un tel transport
- le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses fixées par l'arrêté du 20 juillet 1998.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avertir sans délai, par écrit, le directeur de l'établissement et la famille.
Si la commune du lieu de décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, une déclaration préalable au transport de corps avant mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée. Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès sans obligation de soins de conservation.

3.5.2. – Transfert de corps en chambre funéraire sans mise en bière

Le transport en chambre funéraire doit intervenir dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès sans obligation de soins de conservation. Ce transport ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté.
L'admission a lieu sur demande écrite :

- soit de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et qui justifie de son état civil et de son domicile,
- soit du Directeur de l'établissement.

Si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où est survenu le décès, une déclaration préalable au transport de corps avant mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.
Ces dispositions ne visent que les transports dans une chambre funéraire autre que la chambre mortuaire de l'établissement hospitalier où est survenu le décès.

3.5.3. – Transport de corps après mise en bière

Avant son inhumation ou sa crémation le corps d'une personne décédée doit être mis en bière. Si cette personne était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments ou une pile, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant mise en bière. Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée. La personne qui pourvoit aux funérailles a le libre choix de l'entreprise. Une déclaration préalable de transport de corps après mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.

3.5.4. – Prélèvements d'organes

Le CHIC Castres-Mazamet a mis en place une équipe de Prélèvements multi-organes et tissus qui organise le repérage d'un donneur potentiel et l'accompagnement de son entourage. Il adhère au réseau de prélèvements d'organes de la région Occitanie.

3.5.5. – Autopsie - Inhumation

3.5.5.1. - Autopsie

Les autopsies ne sont pas pratiquées au Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet. Si le cas se présente, le corps du défunt est transporté dans un Institut Médico-Légal.

3.5.5.2. – Inhumation

Lorsque dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, le CHIC Castres-Mazamet fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si ce dernier n'a rien laissé, l'hôpital applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité sanitaire compétente.
Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont pris en charge soit par les services d'Aide Sociale, soit par les organismes de Sécurité Sociale, soit par la commune ou l'Etat, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminés par les lois et règlements en vigueur et notamment l'article 464 du Code d'Administration Communale.

3.5.6 – Facturation des frais de séjour en chambre mortuaire

Conformément au décret n° 97-1039 du 14 novembre 1997, des frais de dépôt sont facturés. Le dépôt et le séjour en chambre mortuaire sont gratuits les trois premiers jours suivant le décès. Les tarifs sont arrêtés annuellement par le Directeur d'établissement et affichée dans le hall d'accueil de la chambre mortuaire.

Pour les personnes décédées et faisant l'objet d'une procédure de réquisition, la facturation au tribunal compétent est établie dès le premier jour. A partir de la réception du permis d'inhumer, la famille bénéficie de la gratuité du séjour pendant les 3 jours, pour les personnes décédées sans famille ni avoir permettant de prendre en charge les opérations funéraires (dispositions concernant les indigents), la gratuité du séjour s'étend jusqu'au 10ème jour de présence du défunt.

4. DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

4.1. – DROITS ET DEVOIRS

4.1.1.- Continuité du service

Les agents, quelle que soit leur fonction, sont tenus de se conformer aux horaires qui leur sont indiqués dans le planning ou le tableau de leur service, de manière à assurer la continuité du service public hospitalier.

Le personnel ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire, si les nécessités de service l'imposent, dans le respect de la réglementation relative au temps de travail.
Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents jusqu'à atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement minimum du service, préalablement défini dans le planning type. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation.

La continuité du service en cas de grève est organisée dans le cadre d'une procédure définissant un effectif minimum, soumise pour avis au Comité Social d'Etablissement. Elle est disponible sur Intranet.

De même, un système d'astreinte est mis en place dans l'établissement dans plusieurs services (transport, informatique, scanner, stérilisation, services techniques et bloc opératoire).

4.1.2.- Assiduité et ponctualité

Il est impératif de prendre ses fonctions à l'heure prévue, notamment dans les services de soins, et de ne quitter le service que lorsque la relève est présente, la prise en charge des malades devant être assurée de façon continue.
Durant le temps de travail, l'agent qui doit s'absenter, pour des évènements familiaux notamment, sollicite une autorisation d'absence auprès de son responsable de service qui, si la nécessité du fonctionnement du service le permet, l'accorde et le signale à la Direction des Ressources Humaines. En l'absence de cette autorisation, l'agent peut être considéré en situation d'absence irrégulière.
En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu au tableau de service, l'agent doit, au plus tôt, avertir au préalable le responsable de service (durant les week-ends l'agent, l'agent doit prévenir le cadre de santé de permanence) et remettre les justificatifs à la Direction des Ressources Humaines dans un délai de 48 heures. A défaut, l'agent peut être considéré en situation irrégulière.
Avant de prendre un congé annuel, un congé exceptionnel ou une récupération, l'agent doit impérativement solliciter une autorisation de l'employeur.

4.1.3.- Devoir d'obéissance - Exécution des ordres reçus

Tout fonctionnaire et personnel de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'intérêt public.

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 dispositions législatives, ni être en contradiction avec le paragraphe précédent.

4.1.4.- Protection des professionnels

Le CHIC Castres-Mazamet est tenu de garantir le respect des droits de ses agents à être protégés par leur employeur.

Il existe une protection dans le cadre de dommages causés à des tiers pendant leur exercice professionnel et une protection en cas d'outrages, injures ou dommages subis du fait d'un tiers dans l'exercice de leurs fonctions. Un tableau récapitulatif du droit à la protection fonctionnelle est disponible sur Intranet.
Au CHIC Castres Mazamet, un dispositif de déclaration de signalement de situation d'agressivité a été mis en place via ENNOV.

Le CHIC Castres-Mazamet propose en outre un accompagnement psychologique à tous les professionnels par la présence d'une psychologue rattachée au service de santé de travail et par la possibilité de prise en charge de séances avec un psychologue extérieur.

4.1.5 - Diffusion d'informations concernant les incidents

Tout agent qui aurait pris connaissance, dans l'exercice de ses fonctions, d'un incident ou d'un dysfonctionnement de nature à compromettre la bonne exécution des missions du service public hospitalier, doit en informer sans délai son supérieur hiérarchique et/ou toute personne compétente afin de le résoudre, dans le respect des procédures en vigueur dans l'établissement, notamment en matière de signalement d'évènements indésirables.

Les agents ont la possibilité d'informer la formation spécialisée du CSE des incidents ou accidents. Cette formation spécialisée, outre les réunions trimestrielles, est réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

4.1.6.- Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Le personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, matériels, effets et objets de toute nature mis à disposition par le Centre Hospitalier. Il peut être exigé un remboursement des dommages commis. Ce remboursement peut être assorti d'une sanction disciplinaire en cas de dégradation volontaire ou de négligence caractérisée.

4.1.7.- Interdiction des comportements vénaux dans le cadre de l'exercice professionnel

Le service rendu au malade et à ses proches relève de la mission du service public hospitalier. Le personnel ne saurait avoir ni intention, ni entreprendre aucune manœuvre auprès du patient et de sa famille, qui aboutirait à lui procurer un gain ou un quelconque avantage. En cas contraire, il serait passible de sanction disciplinaire et/ou pénale.

Le personnel du Centre Hospitalier n'est pas davantage autorisé à accepter des pourboires ou présents en rémunération des services rendus au patient.

4.1.8.- Identification du personnel

Une identification du personnel a été instituée sur les badges pour le personnel, selon les informations nominatives établies par la Direction des Ressources Humaines. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification.

4.1.9.- Tenue vestimentaire de travail, comportement et principe de laïcité

Lorsque le personnel est concerné par une tenue vestimentaire réglementaire, il lui est fait obligation de la porter durant le service et de la quitter hors des heures de service. Il en est de même pour les chaussures. Le port de cette tenue au self et en dehors de l'enceinte de l'établissement, n'est pas admis (sauf SMUR et Urgences). Chaque agent est responsable des tenues qu'il utilise. La tenue vestimentaire doit donc être portée pendant toute la durée du service. Pour des raisons d'hygiène, les tenues sales doivent être déposées dans les sacs de linge sale du service prévus à cet effet, afin qu'elles soient acheminées et traitées par la blanchisserie. Il est strictement interdit d'amener les tenues chez soi.

Une tenue irréprochable dans l'habillement, comme dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel. La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite.

En application du principe de laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics, il est interdit au personnel, dans l'exercice de ses fonctions, de manifester son appartenance à une religion quelle qu'elle soit, notamment par une extériorisation vestimentaire.

Le principe de neutralité religieuse n'est pas opposable aux professionnels employés en qualité d'aumônier quelle que soit leur confession dès lors qu'ils respectent la volonté des patients.

4.1.10.- Lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit contribuer, par son comportement, à lutter contre le bruit, en particulier la nuit, dans les services de soins. L'agitation, les éclats de voix, l'utilisation de chaussures bruyantes, la fermeture intempestive des portes doivent être évités, pour préserver la tranquillité due aux patients.

4.1.11.- Dispositions relatives au tabac, à l'alcool et aux stupéfiants sur les lieux de travail

Le personnel n'est pas autorisé à fumer dans l'enceinte de l'établissement. Il en est de même de la pratique du « vapotage ».
Le personnel ne doit pas introduire, ni consommer de boissons alcoolisées ou de stupéfiants dans l'enceinte de l'hôpital. Il est interdit à tout responsable hiérarchique, de laisser introduire et de laisser distribuer des boissons alcoolisées ou des stupéfiants.
Tout professionnel, quel que soit son métier ou son grade, en état apparent d'ébriété ou sous l'emprise de drogue sera retiré de son poste de travail. En cas de manquement à cette règle, la Direction se réserve le droit d'engager toute procédure à l'encontre du professionnel concerné.
Tout professionnel qui constate qu'un autre professionnel est dans un état ou présente un trouble du comportement tel que son exercice professionnel est susceptible de mettre en danger des patients, des usagers de l'établissement au sens large du terme, des professionnels de l'établissement ou de porter atteintes aux locaux, doit en référer immédiatement à son supérieur hiérarchique et, en son absence, à la Direction de l'établissement ou à l'administrateur de garde.

4.1.12.- Relations avec les usagers

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.
Le personnel s'efforcera d'assurer aux patients dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.
Tout professionnel doit s'abstenir dans ses relations avec les usagers de tout propos ou attitude ayant une connotation politique, syndicale ou confessionnelle.

4.1.13.- Secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel : il est interdit à toute personne qui en est dépositaire de dévoiler en dehors du service et de l'hôpital, toute information concernant le patient, sa vie privée, son traitement sous peine de sanctions administratives et pénales.
Cependant, le Directeur ou son représentant peut délier l'agent de cette obligation au profit d'un juge d'instruction ou d'un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat, qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossier dans les conditions fixées par la loi.
En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être donnés par les cadres soignants.
Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement, et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, est rigoureusement interdite.

4.1.14- Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, les informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

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

Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, photographes, agents d'assurance et démarcheurs, ainsi qu'aux communications personnelles sur les réseaux sociaux pouvant impliquer le CHIC, autres professionnels ou patients.

4.1.15.- Utilisation de l'outil informatique
Une charte d'utilisation des ressources informatiques définit les règles d'utilisation des moyens informatiques mis à disposition du personnel du Centre Hospitalier (cf supra chapitre 1-9).

4.1.16.- Utilisation du téléphone portable personnel
L'usage du téléphone portable à titre privé doit être strictement réservé aux situations d'urgence. Cet usage exceptionnel n'est autorisé que dans lieux affectés au repos, notamment pour les personnels en contact avec les patients.

4.1.17. Obligation de formation continue à la sécurité incendie
L'ensemble des personnels du Centre Hospitalier, en service de jour ou de nuit, a l'obligation de suivre annuellement les formations à la sécurité incendie organisées par l'établissement. L'encadrement est chargé de veiller au respect de cette obligation et de contribuer à sa mise en œuvre par une planification régulière des agents, en concertation avec le service de formation continue.

4.1.18. Obligation de formation continue à la radioprotection
L'ensemble du personnel affecté sous rayonnements ionisants reçoit une formation de la radioprotection du Travailleur, tous les 3 ans. Le personnel utilisateur direct des équipements émetteurs de rayonnements ionisants reçoit également une formation de la radioprotection du patient. Cette formation est réalisée tous les 7 ou 10 ans selon la situation d'usage – respectivement Imagerie interventionnelle (7 ans) ou Imagerie conventionnelle (10 ans).

4.1.19.- Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier
Les réunions publiques sont interdites au Centre Hospitalier, sauf autorisation expresse du Directeur ou de son représentant.

4.2. - ORGANISATION ET AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL NON MEDICAL

4.2.1. - Durée annuelle
La durée annuelle de travail maximale fixée à 1607 heures. Elle est réduite selon la réglementation :
- Pour les personnels à repos variables qui travaillent entre 10 et 19 dimanches et fériés dans l'année.
- Pour les personnels à repos variables qui travaillent 20 dimanches et fériés et plus.
- Pour les personnels à repos fixes.
- Pour les personnels de nuit.

4.2.2. - Durée quotidienne
La durée de la journée a été définie dans l'Accord Local, et est fixée, en règle générale à 7H40, 7h30, ou 8h pour les personnels de jour, 9h50 pour les personnels de nuit ou 12h pour certains services identifiés. Les temps de pause et de repas sont compris pour les agents en poste continu de plus de 6 heures. L'organisation est définie dans l'Accord Local qui est disponible sur le site Intranet.

4.2.3.- Le suivi du temps de travail
La gestion du temps de travail est informatisée sur le logiciel AGILETIME.
Chaque agent a un planning individuel informatisé qui est paramétré en fonction du profil agent, de son unité d'affectation, et en fonction du référentiel de gestion du temps décliné des dispositions réglementaires. Le Cadre responsable de service est chargé de l'élaboration des plannings et de leur mise à disposition. Les compteurs d'heures sont fournis aux agents régulièrement.

4.2.4.- Les heures supplémentaires
Elles font l'objet en fonction des nécessités du service d'un système de récupération. Elles peuvent faire l'objet sous certaines conditions d'une rémunération. Ce dispositif est soumis à l'avis du CSE.

4.2.5.- Les décharges syndicales
Les autorisations spéciales d'absence accordées au titre des articles 13, 15 et 15-1 du décret n° 86-660 du 19 mars 1986 font l'objet d'une demande de l'intéressé auprès de leurs cadres de proximité sur présentation de l'original de la convocation établie par l'autorité syndicale qui le mandate pour y participer.

Les décharges d'activité de service dont sont bénéficiaires les agents nominativement désignés de l'établissement sont intégrées dans le planning du service auquel est rattaché l'agent (article 16 du décret n°86-660 du 19 mars 1986).

4.2.6.- Cumul d'activités

Conformément au Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités et à la commission de déontologie de la fonction publique, il existe 3 formes de cumul possibles :

1. Le cumul d'activités à titre accessoire : expertise, enseignement et formation, activité agricole, travaux urgents de sauvetage, travaux ménagers peu importants chez un particulier, aide à domicile d'un proche, conjoint collaborateur, mission d'intérêt général, etc…
   L'exercice de cette activité à titre accessoire est subordonné à la délivrance d'une autorisation par l'autorité dont relève l'agent au titre de son activité principale.

2. Le cumul d'activité au titre de la création, de la reprise et de la poursuite d'activités au sein d'une entreprise : l'agent qui souhaite créer ou reprendre une entreprise quelle qu'en soit la forme juridique doit en faire la demande écrite au moins deux mois avant à l'autorité compétente qui saisit pour avis la commission de déontologie chargée de contrôler la compatibilité des projets.
   Cette activité peut être exercée pour une durée maximale de 2 ans renouvelable une fois pour une durée d'un an et peut être interrompue à tout moment sur demande de l'employeur.

3. Cumul d'activités applicable à certains agents à temps non complet : les agents contractuels de droit public à temps non complet peuvent exercer une activité privée lucrative dans des conditions compatibles avec leurs obligations de service et sous réserve de l'accord de l'autorité. Celle-ci peut à tout moment s'opposer à la poursuite de l'exercice de cette activité privée. La durée totale de travail ne pourra pas excéder un emploi à temps complet.

4.2.6.- Le Compte Epargne Temps

Il est géré en application des décrets 2002-788 du 3 mai 2002, 2012-1366 du 6 décembre 2012 et de l'arrêté du 6 décembre 2012. Le compte épargne-temps est activé à la demande de l'agent.
Il est alimenté au moyen d'un imprimé, disponible sur Intranet. Ce document doit être transmis à la Direction des Ressources Humaines pour validation, pour le 30 mars de l'année n+1, au plus tard. Une note d'information rappelle chaque année aux agents la procédure à suivre.

4.3. – DIVERS

4.3.1.- Livret d'accueil

Le livret d'accueil est remis aux agents lors de leur recrutement. Une version dématérialisée est disponible sur le site Intranet de l'Etablissement

4.3.2.- Consultation du dossier administratif

Tout agent qui le souhaite, peut prendre connaissance de son dossier administratif. Il en formule la demande par écrit, auprès du Directeur des Ressources Humaines, qui fixe une date pour la consultation. Il peut obtenir une copie de tout ou partie des documents versés à son dossier.

4.3.3.- Effets et biens personnels

Chaque agent est responsable de ses effets et biens personnels.
Tout vol, perte ou dégradation de valeurs, argent ou objets divers ne pourra faire l'objet d'une mise en cause de la responsabilité de l'établissement.
L'établissement met à la disposition du personnel pour lequel le port d'une tenue vestimentaire est obligatoire, un casier individuel (cadenas non fourni). A son départ (temporaire ou définitif), l'agent vide son casier et le remet à la disposition de l'administration. A défaut, cette dernière pourra faire ouvrir le casier par le service intérieur en présence d'un cadre de direction ou de l'administrateur de garde.

4.3.4.- Restaurant du personnel

Un restaurant du personnel est ouvert les jours ouvrés de 12h00 à 14h00. Les tenues professionnelles ne sont pas autorisées dans cette enceinte. Le prix des prestations fournies est fixé chaque année et affiché.

4.3.5.- Covoiturage

Tous les professionnels réalisant du covoiturage sont invités à la signifier à la Direction des Ressources Humaines par une simple déclaration co-signée indiquant le nom du conducteur et de ses collègues bénéficiant du covoiturage avec leurs adresses. Cette procédure vise à sécuriser les agents par rapport aux éventuels accidents de la route sur le trajet domicile-travail et aux détours qu'ils seraient conduits à réaliser dans le cadre d'un co-voiturage.

4.3.6.- Accident causé par des tiers

Les professionnels victimes d'accidents causés par des tiers (accident de travail ou accident de la vie privée) sont invités à le déclarer à la Direction des Ressources Humaines afin de permettre l'engagement de la procédure de recours contre tiers à l'encontre de la compagnie d'assurance du tiers responsable.

4.3.7.- Interdiction de tout démarchage au sein de l'établissement

Hormis naturellement les visiteurs médicaux et les personnes qui disposent d'une autorisation préalable acquise après entente avec l'Amicale des Hospitaliers pour tenir un stand au 3ème étage, l'intervention au sein de l'établissement de toute société voulant présenter ses produits est strictement prohibée sauf autorisation expresse de la Direction.

5. REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION

5.1. - OBLIGATIONS GENERALES

Le service public est soumis à une obligation générale de neutralité et de laïcité. L'ensemble des personnels et des visiteurs est soumis à cette obligation.

5.2. – SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS

Le CHIC Castres-Mazamet est équipé d'un système de vidéosurveillance agréé par la Préfecture, relié au PC Sécurité. Les images enregistrées sont conservées 1 mois. Des missions de sécurité et de surveillance sont confiées à une société spécialisée. Celle-ci assure des tournées sur le site, une vérification des issues et un accompagnement éventuel des personnels.

5.2.1 - Sécurité Générale

5.2.1.1.- Accès à l'hôpital

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions, par leurs nécessités de soins, et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite.
Les seules issues de l'hôpital du Pays d'Autan libres d'accès à toute personne sont l'entrée du service des urgences et le hall d'accueil. Toutes les autres issues sont contrôlées par un système d'accès par badge dont chaque agent hospitalier est détenteur et qui lui permet, en fonction de ses activités et des droits associés dans l'établissement d'y accéder par un accès déterminé.
Au recrutement, un badge est délivré gratuitement à l'ensemble du personnel. En cas de perte ou de destruction, il est remplacé contre paiement de 15 €.

5.2.1.2.- Les produits illicites et alcool

La détention illicite de produits stupéfiants est une infraction pénale punie et réprimée par l'article 222-57 du Code Pénal. L'introduction de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du Centre Hospitalier est strictement interdite.
Toute découverte de stupéfiants fera l'objet d'une remise aux autorités compétentes (police, gendarmerie) sans que l'identité du patient qui les détient ne soit révélée.

5.2.2. - Sécurité technique

La gestion et la maintenance des installations techniques sont assurées par les services techniques.
Les installations nécessitant des compétences techniques particulières sont déléguées, par contrats, à des entreprises qualifiées ou agréées (ascenseur et monte malade, détection incendie, etc …). Les services techniques vérifient dans ce cas que les maintenances et interventions prévues au contrat soient bien effectuées. La permanence de la sécurité technique est assurée par le PC sécurité qui fonctionne H24 et peut être assisté par un agent d'astreinte pour les sites extérieurs. Des formations sont systématiquement organisées lors de l'installation de matériels nouveaux et chaque fois que nécessaire pour les installations sensibles ou indispensables à la sécurité (groupes électrogènes, chaudières, détection incendie, etc …). Il est interdit d'utiliser un matériel électrique personnel sans autorisation des services techniques.
L'ensemble des matériels concourant à la sécurité générale de l'établissement est vérifié suivant une périodicité et des modalités définies dans le plan de maintenance des installations techniques.
Le registre de sécurité incendie est à la disposition des autorités compétentes au secrétariat des services techniques.

5.3. – VOIES DE CIRCULATION, REGLES DE CIRCULATION ET STATIONNEMENT

5.3.1. - Application du code de la route

Les voies de desserte établies dans l'enceinte du CHIC Castres-Mazamet constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du Service Public Hospitalier.

Certaines voies sont exclusivement réservées aux pompiers.

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du CHIC. La vitesse est limitée à 30 km/heure. Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

5.3.2. – Stationnement

Le stationnement dans l'enceinte des établissements du CHIC Castres-Mazamet est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels. Il existe également des emplacements matérialisés par un logo (couleur bleue) réservés aux personnes à mobilité réduite.
Les stationnements « bloquants » feront directement l'objet d'un recours aux forces de l'ordre.
Le sas des Urgences n'est pas un lieu de stationnement.

5.3.3. – Responsabilité

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du CHIC Castres Mazamet, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou d'accessoires, ou de déprédations.

5.3.4. – Sanctions

La Direction du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du Service Public Hospitalier, ainsi que tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave.

Sous la responsabilité du Directeur, les services techniques les agents de la société de sécurité et de surveillance sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus. Le refus opposé par toute personne à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des poursuites.

Fait à Castres, le 15 octobre 2026

Le Directeur du CHIC Castres-Mazamet



Philippe PERIDONT

ANNEXE 1/ CHARTE TIC

ANNEXE 2/ RI CAL

Règlement des Technologies de l'Information et des Communications

Document validé en CME le 16/11/2021, en CTE le 12/10/2021
et en conseil de surveillance le 13/10/2021

	Rédaction	Validation du contenu	Approbation de la forme
Nom(s) et Fonction(s) Date de signature	Jean-Christophe STEINBACH (Directeur du Système d'Information) 04 sept. 2026	Diane DUMONT (DA chargée du Département Qualité - Hygiène - GDR), Philippe PERIDONT (Directeur) 04 sept. 2026, 04 sept. 2026	Christelle PUGINIER (Ingénieure qualité & gestion des risques) 04 sept. 2026

Table des matières

I - INTRODUCTION 2

II - CHAMP D'APPLICATION 2

III - CONDITIONS D'ACCES AUX SYSTEMES D'INFORMATIONS 2

IV - USAGE DES MOYENS INFORMATIQUES ET DE COMMUNICATIONS 3

V - ACCES AUX SYSTEMES 4

1. **INFORMATIQUE FIXE ET TELEPHONIE** 4
2. **INFORMATIQUE ET TELEPHONIE MOBILES** 4
3. **MESURES DE SECURITE** 4
4. **BYOD** 5
5. **MESSAGERIE ELECTRONIQUE** 5
6. **ZONES D'ECHANGES** 6
7. **INTERNET** 6
8. **DONNEES A CARACTERE PERSONNEL** 7
9. **LES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL** 8
10. **CONTROLES ET AUDITS** 8
11. **LOGICIELS ET SERVICES EN LIGNE** 9
12. **VIDEOSURVEILLANCE ET CONTROLE D'ACCES AUX LOCAUX** 9
13. **ACCES DISTANT ET TELETRAVAIL** 9
14. **ABSENCE ET DEPART D'UN COLLABORATEUR** 10

VI - RESPONSABILITES ET SANCTIONS 10

Abréviation	Définition
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
SI	Système d'Information
Firewalling	Mur pare-feu pour protéger les équipements et informations
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
RGPD	Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles (08/2018)
DPO	Data Protect Officer (Responsable de la sécurité des données personnelles)
Laptop	Ordinateur portable
LSF	Loi sur la Sécurité Financière
ARS	Agence Régionale de Santé
Centre Hospitalier	Représente le CHIC Castres Mazamet et/ou le CH de Revel

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

I - INTRODUCTION

Le règlement d'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (Règlement TIC) est un complément au Règlement Intérieur. C'est un document majeur, qui a pour but de rappeler les règles essentielles de bonnes utilisations des ressources informatiques. Tout utilisateur (professionnel hospitalier ou stagiaire) se doit de les connaître et de les respecter dans le cadre de ses activités.
Il tend à établir un équilibre entre la préservation naturelle des intérêts de l'employeur et de l'employé, qui est également utilisateur de ce système pour un usage personnel de manière loyale, raisonnable et proportionnée.
Le Centre Hospitalier met à disposition de ses utilisateurs un ensemble d'équipements (ordinateurs, imprimantes, téléphones, …) et d'applications (messagerie, internet, bases de données, …) pour l'accomplissement de leurs missions.
Les risques liés à l'utilisation de ces technologies sont multiples (vol, détournement, usurpation, piratage, …). Pour les limiter, il convient de s'appuyer sur des moyens techniques et organisationnels, sur une utilisation appropriée de ces outils de travail tout en exerçant une vigilance au quotidien.
Ainsi, le présent règlement TIC s'inscrit dans le respect des bonnes pratiques, des textes de lois et vise à définir :

- les règles de bonnes conduites et d'utilisation des matériels d'information et de communication au Centre Hospitalier
- les droits et les devoirs des utilisateurs et de la Direction du Centre Hospitalier
- les modalités de contrôle liées à l'utilisation des outils TIC.

II - CHAMP D'APPLICATION

Le règlement concerne tous les utilisateurs, c'est-à-dire toute personne physique, quel que soit son statut (salarié, intérimaire, stagiaire, prestataire, sous-traitant…), autorisée à faire usage des systèmes d'informations et /ou de communications du Centre Hospitalier (y compris ceux dont le Centre Hospitalier autorise l'accès à distance directement ou en cascade), qu'ils soient utilisés sur le lieu de travail, en déplacement ou au domicile.
Une note d'information viendra informer la Communauté Hospitalière de l'adoption de ce règlement intérieur qui sera accessible sur l'intranet et qui fera l'objet d'un affichage dans tous les sites du CHIC Castres-Mazamet.

III - CONDITIONS D'ACCES AUX SYSTEMES D'INFORMATIONS

L'accès aux ressources informatiques et de télécommunications du Centre Hospitalier est conditionné par le respect des termes de ce règlement.
Les accès informatiques et téléphoniques sont personnels et incessibles, ils cessent avec la disparition des raisons qui ont motivé leur attribution. Ils sont limités aux activités professionnelles définies dans le cadre de la mission de l'utilisateur.
Par ailleurs, l'étendue des ressources, les accès informatiques et de télécommunication auxquels les utilisateurs ont accès peuvent-être limités en fonction des besoins réels et des contraintes imposées par le partage des ressources avec d'autres utilisateurs.
L'accès peut être suspendu par mesure conservatoire de l'autorité hiérarchique, si le comportement d'un utilisateur n'est plus compatible avec les règles énoncées dans le présent règlement.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

IV - USAGE DES MOYENS INFORMATIQUES ET DE COMMUNICATIONS

Afin d'assurer un niveau de sécurité dans le système d'information et de maintenir la confiance de tous dans le Système d'Information (SI) du Centre Hospitalier, il est impératif de respecter les règles suivantes :

1) Ne pas porter atteinte, directement ou indirectement, volontairement ou par négligence aux éléments composants les systèmes d'informations (réseaux, matériels, logiciels, etc.).

Ceci afin d'assurer :

- la disponibilité des systèmes (aptitude des systèmes à remplir une fonction dans des conditions prédéfinies d'horaires, de délais et de performances).
- l'intégrité des données (propriété qui assure que des informations sont exhaustives et exactes, non modifiées, altérées par une action volontaire ou pas).
- la confidentialité des informations (la tenue au secret des informations avec des accès contrôlés, aux seules personnes autorisées).
- la traçabilité (la possibilité de retrouver la trace d'une action ou d'un événement) dans les systèmes (auditabilité), avoir la connaissance de qui a fait quoi et quand en cas d'incidents.

2) Veiller à ne pas se mettre personnellement, ni mettre le Centre Hospitalier, en infraction vis-à-vis de la législation et notamment, sur les textes suivants :
   - Loi sur la « protection des logiciels » (loi 85-660 du 3/7/85) qui interdit notamment toute reproduction ou utilisation non autorisée d'un logiciel.
   - Loi « Godfrain » du 5 janvier 1988 (art 323 - 1 à 323 - 7 du code pénal) qui interdit d'accéder, de se maintenir frauduleusement, d'entraver ou de fausser un système de traitement automatisé de données.
   - Loi « informatique et libertés » (loi 78-17 du 6/1/1978) qui encadre l'utilisation de fichiers et de traitements de données personnelles.
   - RGPD (25/05/2018) qui est le Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles.
   - Loi « LOPSI2 » (loi du 20/01/2011) qui réprimande le fait d'avoir usurpé l'identité d'une personne et si cela peut porter atteinte à son honneur, sa considération.
   - Loi « HADOPI2 » (loi du 22/09/2009) sur la propriété littéraire et artistique, qui peut entrainer la coupure de la liaison d'accès à internet suite à un téléchargement illicite.
   - « Code de la santé publique » L1110-4 (17/01/2018) sur les informations sensibles échangées uniquement entre professionnels de la même équipe de soins participants à la prise en charge du patient.

3) Ne pas essayer d'accéder ou de faire accéder à tout ou partie du Système d'Information sans y être autorisé.
   - Des cloisonnements entre les réseaux et systèmes sont mis en place pour limiter la propagation de codes malveillants ou toutes tentatives d'intrusion dans le cœur du réseau.

4) Ne pas entraver par quelque moyen que ce soit le niveau de sécurité mis en place dans le Système d'Informations.
   - Ne pas désactiver l'antivirus sur le poste de travail, ni tenter de contourner le filtrage applicatif (firewalling) dans le réseau interne, ni le filtrage des URL (les sites web), ni tout autre système mis en place par le Centre Hospitalier.

5) Se rappeler que les autorisations d'accès au Système d'Information doivent correspondre aux fonctions exercées et uniquement à celles-ci.
   - Le Service Ressources Humaines n'a pas besoin d'accéder à la zone d'échange du Service de Médecine Gériatrique et vice versa, par exemple. Une zone d'échange dite « Commun-R » est prévue à cet effet.

6) Ne pas mettre en place de nouveaux traitements de données à caractère personnel sans l'aval du DPO.
   - Si dans l'accomplissement de son travail l'utilisateur est amené à constituer des fichiers relevant de loi informatique et liberté, il devra auparavant en avoir fait la demande au DPO et en avoir reçu l'autorisation. Il peut se rapprocher à tout moment du Service Informatique pour obtenir de l'aide.

L'absence de respect de ces différentes dispositions est susceptible de justifier l'engagement de la responsabilité civile, pénale et disciplinaire du professionnel concerné.

V - ACCES AUX SYSTEMES

L'accès aux ressources informatiques du Centre Hospitalier est protégé par un identifiant et un mot de passe. Cet accès est personnel et incessible, lié et adapté aux droits en fonction des besoins métiers. Chaque utilisateur est responsable de l'utilisation qui est faite de son compte. Le mot de passe doit rester confidentiel car il est personnel (comme le code de sa carte bleue) et ne doit en aucun cas être transmis à qui que ce soit, même au Service Informatique pour des besoins de maintenance ou autres.

1. Informatique Fixe et Téléphonie

La configuration des postes de travail est de la responsabilité du Centre Hospitalier. Elle doit pour des raisons d'exploitation et de maintenance être maitrisée sur l'ensemble du parc avec des configurations stables.
Tout utilisateur s'engage à ne pas effectuer d'opérations qui pourraient avoir pour conséquences :

- La modification du fonctionnement, du paramétrage ou des caractéristiques de son poste de travail informatique, de son système téléphonique et des périphériques associés (installation de nouveaux matériels, logiciels même gratuits, installation d'imprimantes, …).
- D'interrompre même temporairement le fonctionnement de tout système et paramétrage de celui-ci.
- D'utiliser ou de développer des outils mettant sciemment en cause l'intégrité des systèmes.

2. Informatique et téléphonie mobile

Les ordinateurs portables et les téléphones mobiles doivent répondre au minimum aux mêmes exigences que les postes de travail (fixes). Les utilisateurs doivent prendre leurs dispositions afin de s'assurer de :

- Leur protection physique
- Leur protection contre le vol (possibilité de fournir un câble antivol et un filtre écran pour les laptops)
- Leur non utilisation et connexion au réseau du Centre Hospitalier par des tiers externes.
- La non accessibilité aux données (fichiers et répertoires) par des tiers externes.

Leur vol ou disparition inexpliquée doivent immédiatement être signalés à la Direction du Centre Hospitalier.

3. Mesures de sécurité

Par souci de protection du réseau informatique du Centre Hospitalier, des exemples de solutions retenues sont :

- Le filtrage des flux,
- Le cloisonnement des environnements,
- La mise en place d'un outil anti-spam (pour bloquer les messages publicitaires),
- etc.

Ces mesures de sécurité ne doivent pas être contournées ni désactivées, il est notamment interdit de :

- Connecter un ordinateur personnel ou autre terminal mobile au système d'information du Centre Hospitalier (sauf autorisation écrite de la Direction Informatique).
- Connecter une borne d'accès Wifi dans les bâtiments du Centre Hospitalier ou sur le réseau informatique.
- Connecter des médias amovibles externes (clef USB, disque externe, …) si ceux-ci n'ont pas été préalablement inspectés par un antivirus pour s'assurer de l'absence de codes malveillants.

4. BYOD

Le BYOD, abréviation de « Baring your own device » (Apportez vos appareils personnels), est une pratique qui consiste à utiliser ses équipements personnels (téléphone, ordinateur portable, tablette électronique, …) dans un contexte professionnel.
Cette pratique est interdite au sein du Centre Hospitalier pour des raisons techniques, sociales, juridiques et plus globalement pour la sécurité de l'information du Centre Hospitalier.

Des situations dérogatoires peuvent être accordées par le Directeur de l'Établissement. Il s'agit notamment des situations de télétravail. Dans tous les cas, un document signé par l'agent précise les obligations supplémentaires de sécurité qu'il s'engage à mettre en œuvre sur son matériel. La signature de ce document par l'agent permet l'ouverture du télétravail. L'absence de respect de ces différentes dispositions annule l'autorisation dérogatoire du Directeur de l'Établissement et est susceptible de justifier l'engagement de la responsabilité civile, pénale et disciplinaire du professionnel concerné.

5. Messagerie Electronique

Le Centre Hospitalier met à la disposition de ses utilisateurs un accès à la messagerie de l'entreprise. Cet outil de travail est un média complémentaire qui ne se substitue pas aux autres formes d'échange (téléphone, notes, courriers, échanges oraux).
La courtoisie constitue une règle élémentaire dans tous les échanges de courriers même électroniques.

<u>La messagerie doit être utilisée pour :</u>

- L'envoi d'une information synthétique et claire, nécessitant une prise de connaissance ou une réponse rapide. Il s'agit d'éviter les surcharges d'information nuisant à la performance des communications.
- Planifier et inviter des tiers à une réunion,

Pour les éventuels envois de documents, en pièce jointe, concernant directement les problématiques de travail du destinataire (taille maximale d'une pièce jointe 5 Mo). Attention toutefois à vérifier auprès du destinataire que son serveur de messagerie accepte bien les pièces jointes de cette taille.

<u>Utilisation de la messagerie pour les envois en grand nombre :</u>

- Seuls les envois concernant l'organisation de l'établissement et validés par la Direction sont autorisés.

<u>La messagerie ne doit pas être utilisée pour :</u>

- Faire suivre des fausses alertes, des canulars (hoax) et/ou des rumeurs.
- Pratiquer du Spam, faire suivre des messages en chaîne (un envoi massif de messages vers le serveur peut nuire à ses performances).
- Ecrire un message diffamatoire ou en opposition aux règles de courtoisie, de bonnes mœurs.
- Envoyer des fichiers confidentiels si ceux-ci n'ont pas été préalablement chiffrés (se renseigner sur les outils utilisés auprès du Service Informatique).
- Transférer sur sa messagerie personnelle des messages ou documents professionnels sensibles (confidentiels).

De manière générale, les messages transitant sur Internet ne sont pas confidentiels et sont donc susceptibles, à tout moment d'être interceptés, visualisés, enregistrés modifiés et réutilisés à d'autres fins, par des tiers.
Il arrive souvent que des extensions de fichiers, en pièces jointes (.bat, .vba, .exe, .com, …) soient bloquées par les serveurs de messageries des destinataires.
Ceci pour des raisons de sécurité, car ils peuvent embarquer des codes malicieux et sont donc susceptibles d'infecter les ordinateurs des utilisateurs.
Il est dans ce cas fortement conseillé de modifier le type d'extension du fichier joint avant de l'envoyer (exemple : document confidentiel.exe est renommé en document confidentiel.exe.doc)

L'utilisation personnelle de la messagerie professionnelle est tolérée dans des proportions raisonnables en fréquence et en volume à condition qu'elle n'affecte pas le trafic normal des messages professionnels.

Il est impératif de différencier les messages professionnels des messages personnels en précisant dans l'objet du mail le mot « Privé ». De cette manière il ne pourra être confondu avec un mail professionnel. Cette même règle de nommage doit être appliquée sur les dossiers de la messagerie, sur un répertoire du disque dur du poste de travail de l'utilisateur mais également sur tout support utilisé (les clés USB par exemple).

6. Zones d'échanges

Le CH met à disposition des utilisateurs des zones d'échanges de documents (répertoires partagés). Elles sont exclusivement destinées à un usage professionnel.
Un répertoire « commun » est accessible par tous les utilisateurs qui possèdent un accès au système d'information. Ce répertoire est visible de tous, le dépôt de documents sensibles (confidentiel, santé, …) relatifs aux patients ou agents y est formellement interdit.
Les répertoires de « Services » ne sont accessibles que par les utilisateurs d'un même service, le responsable (référent) de la zone d'échange est en général le chef de service et les règles d'utilisations sont les suivantes :

- Interdiction d'y déposer des documents « sensibles » (données personnelles, santé, …)
- Interdiction de l'utiliser comme bibliothèque de comptes rendus et/ou documents patients
- Limitation de la taille des documents déposés à 30 Mo

7. Internet

Le trafic Internet (messagerie, sites web, forums, blogs, …) fournit aux administrateurs des journaux de connexions qui doivent être, d'un point de vue juridique, conservés par l'employeur de six mois à un an et ce à des fins de contrôle, de maintenance et de garantie d'une utilisation normale du système. Ces journaux permettent d'identifier les actions de chaque utilisateur individuellement.
Le téléchargement de fichiers audio, vidéo ou jeux possédant ou non un copyright, ou l'usage de logiciels piratés est formellement interdit car il expose l'hôpital et l'utilisateur à des sanctions pénales et civiles. Il en va de même pour la consultation des sites proposant des contenus à caractère xénophobe, raciste, révisionniste, pédophiles ou pornographiques.
La navigation Internet est un des premiers vecteurs de diffusion des codes malveillants (virus, cheval de Troie, vers, …). Il est donc recommandé aux utilisateurs de faire preuve de prudence, de ne pas être trop naïfs et de ne pas cliquer « Ok » sur les fenêtres publicitaires, pop-up apparaissant à l'écran. En cas de doute la DSI est là pour vous assister.

Utilisation d'outils d'intelligence artificielle (IA)

L'établissement met en place une commission spécifique, le CORTEX, responsable de la gouvernance de l'IA et des outils expérimentaux. Le CORTEX est composé d'acteurs pluri professionnels, associant notamment Comité Éthique, le DPO et RSSI (cf règlement intérieur). Il est notamment chargé d'émettre des avis des outils avant leur mise à disposition et d'assurer leur conformité réglementaire (sécurité des données et information du patient, formation des utilisateurs, garantie humaine, cf « fiche projet outil numérique » …). Cette gouvernance repose sur un principe intangible : la décision finale appartient toujours au professionnel de santé ou administratif, jamais au système d'IA.

Dans le domaine du soins, seules les IA validées par l'établissement sont autorisées. L'usage d'IA grand public, notamment générative, est strictement interdit dans le cadre des soins.
Tout professionnel recourant à un tel outil pour l'aide au diagnostic, à la thérapeutique, la rédaction d'un compte rendu ou toute autre activité de soins engage sa pleine responsabilité, tant sur le plan déontologique que juridique. La plus grande vigilance s'impose face aux risques de réponses erronées (erreur de diagnostic, faux traitement, …) et la divulgation d'informations de santé confidentielles.

L'établissement déploie l'outil « COPILOT » pour les activités non cliniques et les fonctions de gestion, une solution d'IA agréée pour l'hébergement de données de santé, intégrée à la suite Microsoft et accessible via un compte professionnel.

Son utilisation doit respecter les principes de bon usage et la règlementation en vigueur. L'IA doit être utilisée comme un outil d'aide avec le maintien systématique d'une supervision humaine. L'utilisateur vérifie les informations produites, résultats, références et sources puisque l'IA peut générer des informations inexactes. Chaque utilisateur est responsable des contenus et informations qu'il communique à l'IA et qu'elle produit : il est garant du respect de la protection des données (RGPD). L'utilisateur d'IA est aussi garant d'une information transparente : son utilisation doit être clairement indiquée aux personnes concernées.

8. Données à caractère personnel

Les données personnelles vous concernant, collectées dans le cadre de travail et pendant toute votre période d'emploi sont destinées aux services concernés du CH dans le cadre de la gestion de ses professionnels. Elles ont notamment vocation à être utilisées pour :

- la gestion de la paie,
- la mise à disposition d'outils informatiques (suivi et maintenance, gestion des autorisations d'accès)
- l'organisation du travail (gestion des agendas, des tâches, du planning, …),
- la gestion de votre carrière (évaluation professionnelle, gestion des compétences, …)

Vos données sont transmises :

- Aux organismes publics dans le cadre de nos obligations légales ;
- Au CGOS, sauf opposition de votre part ;
- A certains de nos sous-traitants techniques et informatiques avec lesquels nous sommes liés contractuellement ;

Elles ne sont en aucun cas cédées à un tiers à des fins commerciales. Conformément au Règlement Européen (2016/679) relatif à la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) les principes suivants sont appliqués :

- Licéité et transparence : durée de conservation, droit d'accès, de rectification, suppression auprès de la DRH
- Pertinence et proportionnalité : des traitements, de leur finalité, exactitude, anonymisation et suppression.

- Conservation limitée des données : purge automatique et suppression au-delà du délai de conservation préalablement défini dans le registre des traitements.
- Respect des droits des personnes concernées : d'accès et de rectification, d'opposition, de portabilité des données, d'effacement des leurs données (droit à l'oubli).
- Obligation de sécurité et notification des violations de données : les mécanismes de sécurité sont adaptés aux risques encourus et la direction s'engage à mettre en œuvre et faire respecter les politiques de protection des données personnelles et du SI.
- Territorialité : Aucun traitement de données à caractère personnel vers un pays situé hors de l'Union Européenne (UE), n'est effectué.

9. Les données de santé à caractère personnel

Les données de santé à caractère personnel sont des données particulièrement sensibles. Elles concernent la santé physique ou mentale passée, présente ou futur d'un individu.
Cette définition comprend :

- Toutes les informations concernant une maladie, un handicap, un risque de maladie, un traitement, un antécédent, un état physiologique ou biomédical,
- Les informations obtenues lors d'un test ou de l'examen d'une partie du corps, y compris les examens de biologie, anatomo-pathologie, génétique et d'imagerie,
- les informations relatives à une personne physique collectées lors de son inscription en vue de bénéficier de services de soins de santé ou lors de la prestation de ces services

Les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel sont étroitement définies et surveillées. Seules les personnes désignées par le code de la santé, dans le respect de la notion d'équipe soignante du patient, sont autorisées à interagir avec le dossier médical informatisé. Cette interaction est limitée aux besoins de leur mission.

En plus des sanctions pouvant émaner du non-respect du RGPD, ces données, couvertes par le secret professionnel (art. 226-13 du code pénal), exposent en cas de non-respect à des sanctions disciplinaires, civiles et pénales : « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende".* Art 1110-4 du Code de la Santé Publique
Il découle de cela les points suivants :

- Il est interdit de faire ou demander de faire des photos de patients avec du matériel personnel et d'envoyer les photos par messagerie non sécurisée. Seul le matériel photographique de l'établissement et la messagerie sécurisée (Médimail) sont autorisés.
- Avant tout nouveau traitement (constitution de fichier par ex.), échange, partage d'information « personnelles » ou de « santé » avec un tiers externe, il faut vérifier auprès du DPO et du RSSI la conformité réglementaire.

10. Contrôles et Audits

D'un point de vue réglementaire (CNIL, Hôpital Numérique, LSF, …) le Centre Hospitalier doit-être en mesure de surveiller, contrôler, ce qui se passe sur son réseau. C'est au salarié d'être vigilant avant d'émettre via ce réseau des informations qu'il estime de nature privée.
Le Centre Hospitalier peut être amené à exercer certains contrôles quant à l'utilisation qui est faite de l'accès Internet, Intranet, de la messagerie par ses salariés, dans le but de vérifier, d'assurer et de contrôler le bon fonctionnement des systèmes, le respect des règles fixées par le présent règlement ou encore dans le cadre d'investigations relatives à des actes répréhensibles et, plus généralement, pour satisfaire aux obligations judiciaires.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

Ces contrôles s'effectueront dans le respect de la confidentialité et du droit à la vie privée de chacun, étant rappelé que les messages et/ou répertoire sans le terme « Privé » dans l'objet et/ou le nom sont considérés comme messages professionnels et peuvent faire l'objet desdits contrôles.
Les contrôles ne sont pas systématiques mais effectués en cas de :

- Constatation de problèmes techniques ou dysfonctionnement du réseau ou des systèmes
- Constatation d'anomalies dans les flux, les applications ou les systèmes
- Plainte d'un salarié, d'un tiers externe, ou enquête judiciaire
- Vérification de l'origine licite des logiciels installés

Des contrôles aléatoires peuvent être menés par le Centre Hospitalier, dans le cadre d'audit spécifique ou autre.

L'équipe de la DSI peut à tout moment effectuer une prise de main à distance (PMD) sur le poste d'un utilisateur pour dépanner, maintenir ou améliorer le fonctionnement global du matériel appartenant au Centre Hospitalier. Dans la mesure du possible les équipes techniques contactent avant toute intervention l'utilisateur.

11. Logiciels et services en ligne

Il est interdit d'utiliser des outils de collecte, traitement de données, solutions de stockage de fichiers professionnels à l'extérieur du système d'information du CH ou d'un système ayant fait l'objet d'une convention avec le CHIC sans autorisation écrite du Directeur de l'établissement. En effet, la législation en vigueur impose des règles particulières aux administrations publiques quant à l'utilisation de services dits d'informatique en nuage (Cloud Computing, ex : Google Drive, Dropbox, …). Le système d'information du CHIC respecte ces règles et les systèmes tiers ayant conventionnés font l'objet d'une analyse permettant de s'assurer du respect de la réglementation.

Notez que la plupart des services en ligne :

- ne permet pas de connaitre précisément la localisation du stockage,
- ne répond pas à la réglementation sur le stockage de données identifiants des patients
- peut être fermée à tout moment sans préavis,
- n'est pas forcement Hébergeur de Données de Santé (HDS)
- peut devenir payant à tout moment,
- n'assure pas la sécurité quant à la perte et la disponibilité des données,
- et se déresponsabilise en cas de fuites d'informations

12. Vidéosurveillance et contrôle d'accès aux locaux

Un dispositif de vidéosurveillance et de contrôle d'accès aux locaux est mis en place par le CHIC Castres-Mazamet afin d'assurer la sécurité des biens et des personnes. Le dispositif de vidéosurveillance est installé sur les lieux de passage et une affichette aux entrées des bâtiments rappelle :

- que l'établissement est sous vidéosurveillance pour des raisons de sécurité,
- que pour tout renseignement, l'on peut contacter la Direction du CHIC CASTRES MAZAMET conformément à la loi 95-73 du 21 janvier 1995.

13. Accès distant et télétravail

L'accès distant aux ressources informatiques du Centre Hospitalier pour le Télétravail ou autres besoins est soumis à autorisation de l'encadrement de l'agent. L'utilisation du matériel personnel dans ce cadre est décrite au paragraphe V-4 BOYD.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

14. Absence et départ d'un collaborateur

En cas de départ ou d'absence pour disponibilité, congé parental ou arrêt de travail supérieur à 60 jours, le compte AD de l'agent est désactivé dans la semaine suivant son départ ou son absence. Il en est de même si un arrêt de travail initialement de plus courte durée est prolongé pour atteindre 60 jours. Les responsables applicatifs sont informés de la désactivation du compte et la reporte le cas échéant dans l'applicatif.
La messagerie professionnelle et les répertoires du poste de travail sont des outils professionnels. Sans mention particulière précisant le caractère personnel d'un courrier papier, d'un mail ou d'un dossier, ces documents sont réputés être professionnels. Ils sont donc susceptibles d'être ouverts, y compris après le départ de l'agent, pour assurer la continuité de service. Sauf dans les cas de départ définitif (retraite, démission, fin de contrat, …), l'agent est informé au moins une semaine avant l'ouverture de sa messagerie ou de son poste de travail, de telle sorte qu'il puisse assurer le tri de ses documents personnels s'il le souhaite.
En cas de départ définitif, passé un délai d'un mois, les documents identifiés comme personnels sont détruits sans être consultés.

Courriers papiers :

Pour la correspondance professionnelle sous forme papier (= sans mention de caractère personnel), le Chef de service ou le Directeur fonctionnel organise le traitement de cette correspondance pour garantir la continuité des soins ou du service.

Concernant la correspondance professionnelle médicale :

L'Administration s'interdit tout accès la messagerie de santé Médimail de l'agent ainsi qu'à de la correspondance papier ou documents traitants manifestement de données de santé.
L'accès à la messagerie de santé Médimail de l'agent pourra être autorisée au médecin chef de service ou à la personne désignée par lui, au président de CME ou à un médecin du département d'information médicale.

Enfin, le Directeur peut autoriser l'accès à la messagerie ou aux répertoires d'un agent pour répondre à une obligation réglementaire ou légale.

VI - RESPONSABILITES ET SANCTIONS

Les règles définies dans le présent Règlement ont été fixées par la Direction du Centre Hospitalier dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé, ANSSI, DGOS, ANS, ...).
Un des fondamentaux du code Pénal Français est de répondre des infractions commises par un individu et de subir les peines prévues par le texte qui les réprime. De ce fait chaque personne est responsable pénalement de ses actes qu'elle soit dans un cadre privé ou professionnel.
Le Centre Hospitalier ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Règlement TIC.
Les utilisateurs ne respectant pas les règles et obligations définies dans le présent Règlement et ceux qui ne signalent pas au service informatique, au responsable sécurité informatique (RSSI) et des données à caractère personnel (DPO) les tentatives de violation de leur compte engagent leur responsabilité personnelle et sont passibles :

- De mesures conservatoires : déconnections immédiates par les administrateurs en cas de non-respect du Règlement entrainant un péril imminent pour le système d'information,
- de restriction d'usage : sur décision du Directeur de l'établissement
- d'engagement de procédures civiles, pénales et/ou disciplinaires à la demande du Directeur de l'Établissement, de l'instance ou des instances judiciaires ou de toute personne morale ou physique ayant intérêt à agir.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

Outre ces sanctions, la Direction du centre hospitalier est tenue de signaler toutes infractions commises par son personnel au instances concernées (Procureur de la République, CNIL, ANS, ARS, ...).

Il appartient à chaque utilisateur de :

- Choisir des mots de passe sûrs, gardés secrets et en aucun cas les communiquer à des tiers.
- Ne pas afficher ou noter son mot de passe sur son poste de travail.
- Signaler toute tentative de violation de son compte et toute anomalie (mauvaise gestion des droits, faille de sécurité, logiciel suspect…) au RSSI.
- Ne pas mettre à disposition de tiers non autorisés un accès au matériel informatique et au réseau du CH.

Nom :

Prénom :

Atteste avoir pris connaissance du Règlement TIC et m'engage à le respecter.

A …….. le / /

Signature :

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

Charte de l'activité libérale au CHIC Castres-Mazamet

Vu l'avis de la commission de l'activité libérale lors de sa réunion du 14 juin 2022

Vu la concertation du directoire du 15 février 2023

Vu l'avis de la commission des usagers du 9 mars 2023

Vu l'avis de la commission médicale d'établissement du 14 mars 2023

Vu l'avis du conseil de surveillance du 15 mars 2023

	Rédaction	Validation du contenu	Approbation de la forme
Nom(s) et Fonction(s) Date de signature	Stéphanie GUYERE (DA chargé des affaires médicales et de la patientèle) 14/06/2023	Pierre AGHNATIOS (Président de la CAL), Philippe PERIDONT (Directeur) 14/06/2023, 14/06/2023	Christelle PUGINIER (Ingénieure qualité & gestion des risques) 30/05/2023

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 2
II. CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE A L'HOPITAL 3
a. Les praticiens concernés 3
b. Les modalités d'exercice de l'activité libérale (cf. annexe 1) 3
III. OBLIGATION DE PASSATION D'UN CONTRAT 4
IV. INFORMATION AU PATIENT 5
b. La commission régionale de l'activité libérale (CRAL) 6
VI. SUSPENSION OU RETRAIT DE L'AUTORISATION D'EXERCICE 7
VII. ANNEXES 7
DEMARCHES PRATIQUES AU CHIC 8
CONTRAT TYPE D'ACTIVITE LIBERALE 9
INFORMATION SUR L'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE 13
CHARTE DU PATIENT 14
TARIFS DES CONSULTATIONS ACTIVITÉ LIBERALE 15

I. INTRODUCTION

Au sein des établissements publics de santé, l'exercice de la médecine s'effectue dans le cadre du service public hospitalier et dans les conditions définies par les différents statuts des médecins hospitaliers.

L'activité libérale est un droit statutaire, inscrit dans le code de la santé publique. Les praticiens exerçant au minimum huit demi-journées par semaine peuvent ainsi avoir une activité privée à l'hôpital en utilisant les équipements et les compétences du personnel hospitalier. En contrepartie, les praticiens versent une redevance à l'hôpital. Ils ne perçoivent pas l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

Le praticien exerce sous son entière responsabilité, notamment en cas de recours d'un patient devant le tribunal judiciaire. Il doit donc contracter une police d'assurance personnelle (responsabilité civile professionnelle), qu'il communique au directeur de l'établissement à la demande de celui-ci. Son régime de protection sociale sera modifié.

Documents de référence

- *Articles L.6154-1 à L.6154-7 et R.6154-1 à R.6154-27 du Code de la Santé Publique*
- *Code de la Sécurité Sociale et notamment Art L.162-5*
- *Instruction n° DGOS/RH5/2022/58 du 28 février 2022 relative au statut de praticien hospitalier*

Cette charte est annexée au Règlement Intérieur du CHIC Castres-Mazamet.
Elle est consultable sur le site Intranet de l'établissement ainsi que la composition de la Commission de l'Activité Libérale au CHIC.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

II. CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE A L'HOPITAL

a. Les praticiens concernés

Peuvent exercer une activité libérale au sein de l'établissement public de santé dans lequel ils sont nommés les praticiens statutaires visés au 1° de l'article L. 6152-1, exerçant au minimum huit demi-journées par semaine, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle.

L'activité libérale peut être exercée au sein d'un autre établissement public de santé membre du même GHT, sur deux sites au maximum.

Les praticiens hospitaliers en période probatoire peuvent y prétendre.

Si l'exercice de l'activité libérale commence avant l'expiration du contrat d'engagement de service public exclusif (IESPE) signé pour une période de trois ans, le praticien doit rembourser la totalité des indemnités perçues pour le contrat en cours.

L'exercice d'une activité libérale à l'hôpital public en application des articles est subordonné à l'adhésion du praticien à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

b. Les modalités d'exercice de l'activité libérale (cf. annexe 1)

L'activité libérale est intégrée dans les obligations de service du praticien, sous réserve que :

- chacune des activités exercées, à savoir consultations, soins en hospitalisation et actes médico-techniques, est effectuée, à titre principal, dans le service public hospitalier ; aucun acte médical et médico-technique ne peut être réalisé à titre libéral s'il ne l'est pas à titre public dans le service.

- aucun lit ni aucune installation médico-technique ne soit réservé à l'activité libérale.

- elle ne dépasse pas :
  - 20 % de l'activité globale du praticien, si celui-ci ne pratique pas d'activité d'intérêt général. Dans le cas contraire, l'exercice de l'activité libérale est limité à 10 %,
  - Une demi-journée par semaine pour un praticien à 80 % ou à 90 % et deux demi-journées par semaine pour un praticien à 100 %.

Le nombre total de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre total de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique au sein du ou des établissements dans lesquels il exerce.

Les activités de transplantations d'organes ne peuvent être exercées dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Le praticien doit fournir à la direction des affaires financières un état récapitulatif de l'exercice de son activité libérale, afin de permettre notamment le paiement trimestriel de la redevance.

Le montant de la redevance, mentionnée à l'article L. 6154-3, est calculé selon un pourcentage qui est fixé réglementairement par rapport aux tarifs conventionnés *(Article D. 6154-10-3).*
Le taux de la redevance est ainsi fixé :

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

1. Consultations : **15 %** pour les centres hospitaliers ;
2. Actes de chirurgie, obstétrique, anesthésie, échographie, chimiothérapie, odontologie, endoscopie et divers actes diagnostiques : **16 %** pour les centres hospitaliers ;
3. Actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : **60 %** pour les centres hospitaliers.

Par exception aux dispositions de l'alinéa précédent, le taux de redevance est fixé, pour les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel et auxquels était affectée, antérieurement au 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z, à 20 % pour les centres hospitaliers. La liste de ces actes est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Pour les actes dont la codification issue de la liste établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale comprend la codification d'un acte principal et celle d'un geste complémentaire ou d'un supplément, il convient d'appliquer séparément à l'acte principal, d'une part, et au geste complémentaire ou au supplément, d'autre part, le taux défini pour chacun d'eux par les dispositions du présent article en fonction de la nature de l'acte et de la catégorie de l'établissement.

III. OBLIGATION DE PASSATION D'UN CONTRAT

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et le directeur de l'établissement public de santé, instruit et préparé par la direction des affaires médicales (DAM), sur la base d'un contrat-type cité à l'article R.6154-5 du code la santé publique **(cf. annexe 2).**

Ce contrat-type rappelle le respect des principes essentiels d'exercice et prévoit :
- les modalités de règlement des honoraires,
- le tableau de service.

Le contrat, accompagné des avis du chef de pôle et du président de la CME, sont adressés au directeur général de l'ARS Occitanie pour approbation. Seule cette approbation vaut exercice de l'activité libérale, pour une durée de cinq ans. La réglementation précise que le contrat est réputé approuvé en l'absence d'opposition dans un délai de 2 mois, à compter de la date d'envoi du contrat par l'administration.

Le contrat peut, avec l'accord des deux parties, faire l'objet d'une révision avant sa date d'expiration des cinq ans. La révision et le renouvellement du contrat sont soumis à la même procédure de consultation et d'approbation que le contrat initial. Toute modification apportée au contrat, qu'il s'agisse du mode d'encaissement des honoraires ou d'un changement de la demi-journée d'activité libérale, fera également l'objet d'une révision de contrat par avenant.

Le renouvellement de l'exercice de l'activité libérale doit être formulé par le praticien auprès de la DAM et adressé à l'ARS Occitanie au moins trois mois avant la fin d'expiration du précédent contrat.

Le contrat prévoit une **clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif,** excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, **à ne pas s'installer**, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité du ou des établissements publics de santé dans lesquels il exerçait une activité libérale.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

IV. INFORMATION AU PATIENT

a. Le droit à l'information (cf. annexes n°3 et 4)

Le code de la santé publique précise que, pour tout acte ou consultation réalisés au titre de l'activité libérale, le patient doit au préalable être informé des règles applicables en la matière et, qu'en cas d'hospitalisation, il doit formuler expressément son choix par écrit.

Il revient à l'administration de s'assurer, lors de l'admission du patient, qu'il a bien émis ce choix par écrit.

b. L'affichage des consultations et des honoraires (cf. annexe n° 5)

Le médecin est tenu d'informer le patient sur le tarif des honoraires pratiqués et de répondre aux éventuelles demandes de précisions.

Le praticien doit afficher de manière visible et lisible, de manière préférentielle dans les salles d'attente, les honoraires des consultations et des principaux actes réalisés.

V. CONTROLE DE L'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE

Pour prévenir les éventuels abus, la réglementation met en place un double système de contrôle, renforcé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et le décret du 11 avril 2017.

Le contrôle de l'activité libérale s'effectue à deux niveaux complémentaires : une commission locale de l'activité libérale (CAL) mise en place dans chaque établissement et une commission régionale (CRAL) placée auprès de l'ARS Occitanie.

a. La commission de l'activité libérale (CAL)

La commission de l'activité libérale de l'établissement mentionnée à l'article L. 6154-5 peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou d'un organisme obligatoire d'assurance maladie, le président du conseil départemental de l'ordre des médecins, 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 saisit le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses des contrats d'activité libérale signés par les praticiens. Elle informe le président du conseil départemental de l'ordre des médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées au I toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. Elle peut saisir la commission régionale de l'activité libérale.

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

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement, ou des établissements en cas d'activité libérale partagée entre deux établissements, et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5. Les informations et rubriques types devant figurer obligatoirement dans le rapport sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

Le rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, à la commission des usagers, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour un mandat d'une durée de trois ans.

La commission comprend :

- 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 ;
- Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant ;
- Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur général ;
- Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;
- Un praticien hospitalier, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;
- Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L.1114-1 du CSP.

Le président de la CME ne peut pas être élu président de la commission.

La CAL désigne en son sein un bureau permanent composé de trois membres dont son président pour préparer les séances et assurer le suivi des décisions. Il intègre les deux directions fonctionnelles qui, par délégation du directeur, assurent conjointement la gestion de l'activité libérale (DAM et DAF).

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

Le mandat des membres de la commission de l'activité libérale d'établissement est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

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

Le secrétariat de la commission est assuré, par délégation du directeur, par le directeur des affaires médicales.

b. La commission régionale de l'activité libérale (CRAL)

La commission régionale de l'activité libérale peut être saisie par une commission de l'activité libérale d'un établissement, ou par le directeur général de l'agence régionale de santé Occitanie.

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

La commission comprend:

- Un président, personnalité indépendante ;
- Un membre du conseil régional de l'ordre des médecins n'ayant pas de liens d'intérêt avec un établissement de santé privé, désigné sur proposition du conseil régional de l'ordre des médecins ;
- Deux directeurs d'établissements publics de santé, dont un représentant d'un centre hospitalier universitaire et un représentant d'un établissement public de santé non universitaire nommés sur proposition de l'organisation la plus représentative de ces établissements au plan régional ;

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

- Deux présidents de commissions médicales d'établissement, dont un président de commission médicale d'établissement d'un centre hospitalier universitaire et un président de commission médicale d'établissement public de santé non universitaire ;
- Le directeur de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- Deux représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires membres de commissions de l'activité libérale au sein d'établissements publics de santé, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature, dont un désigné parmi les praticiens autorisés à exercer une activité libérale et un parmi les praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;
- Trois praticiens hospitaliers, membres de commissions de l'activité libérale au sein d'établissements publics de santé, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature, dont deux désignés parmi les praticiens autorisés à exercer une activité libérale et un parmi les praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;
- Deux membres de conseils de surveillance non médecins, dont l'un est membre du conseil de surveillance d'un centre hospitalier universitaire et l'autre du conseil de surveillance d'un établissement public de santé non universitaire, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature ;
- Un représentant des usagers du système de santé nommé parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du CSP.

La commission régionale de l'activité libérale est convoquée par son président. Le secrétariat de la commission est assuré par l'agence régionale de santé.

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de secret médical et professionnel et de discrétion.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-15.

VI. SUSPENSION OU RETRAIT DE L'AUTORISATION D'EXERCICE

Le directeur de l'établissement d'affectation du praticien ou les présidents des commissions locales de l'activité libérale mentionnées à l'article L. 6154-5 portent à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements ou des stipulations du contrat qu'il a conclu en application de l'article L. 6154-4.
Lorsqu'un praticien méconnaît ces obligations, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de la commission régionale de l'activité libérale.
La durée de suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé Occitanie ne peut pas excéder deux ans.
La décision de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé Occitanie au praticien concerné ainsi qu'au directeur général du CHIC. Le directeur général du CHIC en informe les présidents de la CME et de la CAL ainsi que le chef de pôle et le chef de service.

Préalablement à toute instance contentieuse, les contestations relatives aux décisions mentionnées à l'article R. 6154-20 font l'objet d'un recours hiérarchique devant le ministre chargé de la santé déposé dans les deux mois à compter de la notification.

VII. ANNEXES

1. Démarches pratiques au CHIC
2. Modèle de contrat
3. Information sur l'exercice de l'activité libérale
4. Charte du patient
5. Modèle d'affichage des tarifs

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

DEMARCHES PRATIQUES AU CHIC

1. Ce que fait la Direction des Affaires Médicales (DAM)

Constitution du dossier :

- vérifier si I'intéressé bénéficie d'une convention d'activité d'intérêt général (AIG),
- envoyer au praticien le projet de contrat pour complément d'information,
- demander les avis au Chef de Pôle et au Président de la CME.

Envoi des contrats signés par le Directeur au Directeur de l'ARS Occitanie pour approbation,
Dès retour, envoi d'un exemplaire :

- au praticien concerné,
- à la Direction des Affaires Financières,
- au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins,
- au Trésorier du CHIC.

2. Ce que doit faire le praticien

Le praticien peut rencontrer un membre de la commission exerçant une activité libérale.
Dès la constitution du dossier, le praticien doit contacter la Direction des Affaires Financières pour définir les modalités de mise en œuvre : moyens humains, moyens matériels, mode d'encaissement…
A la réception du contrat, le praticien doit contacter :

- la CPAM pour faire connaître les conditions d'exercice de l'activité libérale.
  La CPAM délivre alors les ordonnances nominatives
- L'Assurance Maladie et Vieillesse (CARMF) afin d'être affilié à l'assurance vieillesse propre à la catégorie professionnelle
- L'URSSAF

Un versement de cotisation est demandé au praticien en fonction des revenus perçus au titre de l'activité libérale. Durant les deux premières années, cette cotisation est fixée forfaitairement ; elle est réajustée la troisième année en fonction des revenus réels. Ensuite, la cotisation est calculée sur la base du revenu net perçu au titre de l'activité professionnelle. Il existe une dispense de paiement lorsque les revenus non-salariés sont inférieurs à un certain plafond. Le fait d'être inscrit à l'URSSAF oblige le praticien à cotiser à un fonds d'assurance formation continue, même s'il est exonéré de cotisation.

Le praticien doit faire le nécessaire afin que son activité libérale soit couverte par une police d'assurance personnelle (responsabilité civile professionnelle) qu'il communiquera au directeur de l'établissement (DAM) à la demande de celui-ci.

3. Ce que fait la Direction des Affaires Financières (DAF)

Un mois avant le démarrage de l'activité, la DAF transmet au praticien un document descriptif de la gestion de l'activité libérale :

- Option d'encaissement choisi,
- Gestion et suivi des encaissements,
- Facturation de la redevance,
- Liste des Informations à fournir à la DAF avant démarrage.

A réception des informations, la DAF :

- établit le contrat de création de la sous-régie et la nomination des sous-régisseurs (pour l'option d'un encaissement par l'administration hospitalière uniquement),
- assure la formation des utilisateurs sur les moyens d'encaissement, le cas échéant

Tout au long de l'année, la DAF assure la comptabilité des honoraires encaissés, transmet au praticien des états récapitulatifs de son activité, des honoraires perçus de la part de la redevance. Elle informe chaque praticien de façon trimestrielle du pourcentage de son activité libérale.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

Annexe n° 2

CONTRAT TYPE D'ACTIVITE LIBERALE

ENTRE :

Le **CHIC Castres-Mazamet**

ET :

Madame / Monsieur le XXX
Adresse personnelle : **XXX**
Fonction hospitalière : **XXX**

Adresse professionnelle: **XXXX**

Qualification : **(à titre d'exemple : gynécologie-obstétrique)**
Date de qualification : **20/09/2005**

N° d'inscription au conseil départemental de l'ordre des médecins : **XXX**
Identifiant RPPS : XXX
Secteur conventionnel d'exercice : **1 ou 2**

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1

Madame / Monsieur XXX exerce une activité libérale dans le **Service de XXX** dans les conditions fixées par les articles L. 6154-1 à L.6154-6 et les articles R.6154-4 à R.6154-26 du Code de la Santé Publique qui figurent en annexe au présent contrat et dont il a pris connaissance.

Article 2

Dans le respect de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique, **Madame / Monsieur le XXX**, déclare qu'il exerce personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.

Il s'engage :

1. À ne pas consacrer à l'exercice de l'activité libérale plus de **10 ou 20 %** de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle il est astreint. Ces demi-journées sont mentionnées sur le tableau de service selon une codification dédiée.
2. À s'identifier dans le système d'informations comme réalisateur des actes et consultations, en précisant que ces derniers sont réalisés au titre de son activité publique personnelle.
3. A fournir trimestriellement au directeur de l'établissement et au président de la commission de l'activité libérale le tableau de service réalisé ainsi qu'un état récapitulatif de l'exercice de l'activité libérale précisant le nombre et la nature des actes et des consultations effectuées au titre de chacune d'elles, de même que les dépassements appliqués le cas échéant.

Conformément à l'article D6154-10-2 du code de la santé publique, l'état récapitulatif indique le détail des actes réalisés au titre de l'activité libérale, en code et en valeur.

4. A ce que les consultations et les actes effectués au titre de l'activité libérale quelle que soit leur nature soient inférieurs au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique personnelle.
5. A respecter les principes énoncés dans la charte de l'activité libérale intra-hospitalière de l'établissement.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

6. A ne débuter son activité libérale que lorsque son contrat a été approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L. 6154-4
7. A ne pas réaliser d'acquisition directe de dispositifs médicaux implantables et ou de produits pharmaceutiques. Le CHIC Castres-Mazamet intègre dans ses marchés publics les dispositifs médicaux implantables et les produits pharmaceutiques qui sont utilisés dans le cadre de l'activité libérale de **Madame/ Monsieur le XXX**

Article 3

Madame / Monsieur le XXX choisit de percevoir ses honoraires par **entente directe** avec le patient. Il s'engage à verser trimestriellement le montant de la redevance dont il est redevable vis-à-vis du CHIC.

OU

Madame/Monsieur le XXX choisit de percevoir ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. Celle-ci s'engage à lui reverser mensuellement les honoraires recouvrés. L'administration de l'hôpital prélève tous les trimestres le montant de la redevance dont l'intéressé est redevable vis-à-vis de l'Hôpital

Article 4

Les honoraires ou fourchettes d'honoraires des consultations sont affichés dans la salle d'attente, conformément aux dispositions de l'article R 1111-21 du code de la santé publique relatif à l'information des tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux. Cet affichage comprend l'indication des principaux tarifs pratiqués (y compris les dépassements d'honoraires le cas échéant).

Article 5

Madame/ Monsieur XXX veille au respect du secret professionnel par les personnes appelées à l'aider dans son exercice. L'établissement s'engage à veiller, pour sa part, à ce que les dossiers et documents médicaux soient conservés sous la responsabilité de **Madame/Monsieur XXX** à l'abri des indiscrétions.

Article 6

Madame/Monsieur XXX exerce sous son entière responsabilité ; à cet effet, il fera le nécessaire pour que son activité professionnelle soit couverte par une police d'assurance adéquate qu'il communique au directeur de l'établissement à la demande de celui-ci.

Article 7

Madame/Monsieur XXX tant pour son activité libérale que pour son activité publique, est le garant de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il lui revient de transmettre, pour traitement, au médecin responsable de l'information médicale.

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

Article 8

L'Hôpital met à la disposition de **Madame**/**Monsieur XXX** les moyens nécessaires pour lui permettre d'exercer son art compte tenu de la spécialité exercée. Aucun lit ni aucune installation médico-technique n'est réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Article 9

Madame/Monsieur XXX s'entend avec ses confrères hospitaliers pour, qu'en cas d'absence, la continuité des soins soit assurée.

Article 10

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq années et prend effet à compter de sa date d'approbation. Il prend fin si une demande de renouvellement n'a pas été faite dans les six mois qui précèdent son expiration.

Il peut faire l'objet d'avenants dans les conditions et selon les procédures requises pour son établissement.

Le contrat prend fin de plein droit si **Madame/Monsieur XXX** cesse ses fonctions hospitalières à temps plein dans l'établissement, s'il renonce à l'exercice d'une activité libérale ou si l'autorisation d'exercer une telle activité lui est retirée.

Article 11

Conformément aux dispositions prévues au IV de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cessera ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, **Madame/Monsieur XXX** s'engage à ne pas s'installer, pendant une période de douze mois et dans un rayon de dix kilomètres du site d'exercice.

En cas de non-respect de cette clause, **Madame/Monsieur XXX** devra verser à l'établissement une indemnité calculée selon les modalités suivantes : 25 % du montant mensuel moyen des honoraires de l'activité libérale perçus par **Madame/Monsieur XXX**, redevance comprise, au cours des six derniers mois, multiplié par le nombre de mois pendant lesquels la clause n'est pas respectée.

Article 12

Conformément à l'article L. 4113-9 du code de la santé publique, **Monsieur XXX** communique le présent contrat au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Fait à Castres, le
Le Directeur

(*) **Madame / Monsieur XXX**

Avis :

Chef de Pôle :
Président de la CME :
(*) Faire précéder de la mention **"LU ET APPROUVE"**

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

TABLEAU DE SERVICE de Madame / Monsieur XXX

Sous réserve des nécessités de service

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
MATIN						
APRES MIDI						

Signature du praticien

Activité libérale consultations et soins externes Activité publique consultations et soins externes Activité libérale actes opératoires patients hospitalisés Activité publique actes opératoires patients hospitalisés	Visites	Travail administratif Réunion de service

- les rubriques ci-dessus sont données à titre d'exemple. D'autres rubriques peuvent être ajoutées.
- pour les consultations préciser les horaires

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

Annexe n° 3

INFORMATION SUR L'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE

Les modalités d'exercice d'une activité libérale par les praticiens à temps plein, affectés dans un Etablissement Public de Santé, sont définies dans le Code de la Santé Publique.

Les praticiens qui exercent une activité libérale engagent leur responsabilité civile.

Deux modes d'encaissement d'honoraires sont admis :

- soit par l'intermédiaire de l'Administration Hospitalière (à l'ordre du Trésor Public)
- soit directement par le praticien.

Quel que soit le mode d'encaissement choisi, les praticiens reversent à l'Hôpital une redevance dont les taux sont fixés dans le Code de la Santé Publique.

Les praticiens choisissent de percevoir leurs honoraires en :

-	Secteur 1	:	Application du tarif de la Sécurité Sociale
-	Secteur 2	:	Dépassement du tarif de la Sécurité Sociale
-	Honoraires libres	:	Actes hors Assurance Maladie

Les tarifs des actes font l'objet d'un devis systématique (chirurgie esthétique) ou à la demande du patient (dépassement en secteur 2).

Toute réclamation doit être réalisée par lettre adressée au Directeur du CHIC.

Le Directeur du CHIC

Le Président de la Commission de l'Activité Libérale

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

CHARTE DU PATIENT

DROITS DU PATIENT

1) Tout patient est libre de choisir le praticien qui le prendra en charge

2) Tout patient peut être pris en charge au titre de l'activité libérale d'un praticien s'il en a préalablement formulé expressément la demande : en cas **d'hospitalisation**, la volonté du patient doit être **obligatoirement exprimée par écrit.**
Les médecins, les services d'admissions et les secrétariats médicaux devront être particulièrement attentifs à ce que le choix des patients soit exprimé en toute connaissance de cause.

3) L'activité libérale est un droit ouvert à tous les praticiens à temps plein ayant conclu un contrat avec l'Etablissement, encadré par des règles garantissant les droits du patient :

- les jours et les horaires de consultation en activité libérale sont affichés dans la salle d'attente
- les tarifs (ou fourchette de tarifs) des principaux actes sont affichés en fonction du secteur des praticiens

En secteur I : médecin conventionné : application du tarif sécurité sociale
En secteur II : médecin conventionné à honoraires libres : application d'un dépassement d'honoraires

- un devis, établi avec tact et mesure, est :

● **obligatoire** pour les actes non remboursables par l'assurance maladie (chirurgie esthétique, ophtalmologie…..etc),

● **souhaitable** en cas d'honoraires libres (secteur II).

4) En cas de contestation, le patient peut, par courrier, présenter ses doléances au Directeur du CHIC qui en informera la Commission d'Activité Libérale.

MODALITES D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE POUR LE PRATICIEN

5) Le service technique rendu par l'hôpital fait l'objet d'une redevance forfaitaire à la charge des praticiens. Cette redevance vient en compensation des dépenses de l'Etablissement constatées au titre de l'activité libérale.

CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE

6) La Commission de l'activité libérale se réunit au moins une fois par an afin de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires et établit un rapport d'activité.

RESPONSABILITE DIRECTE DU PRATICIEN

7) Dans le cadre de l'activité libérale, c'est la responsabilité directe du praticien et non de l'Etablissement qui est engagée (sauf infections nosocomiales).

REGLEMENT DES HONORAIRES

8) Le patient règle les honoraires en fonction de l'option d'encaissement choisie par le Praticien et à cette occasion, une facture lui est remise :

- ✓ paiement via l'administration hospitalière (si chèque, le libeller à l'ordre du Trésor public)
- ✓ paiement direct auprès du médecin (si chèque, le libeller à l'ordre du médecin)
- ✓ tiers-payant

Le règlement des honoraires de la consultation ou des actes n'engage que l'activité libérale.
Tout acte réalisé en parallèle en secteur public par un autre praticien (comme par exemple des examens biologiques…..) devra être réglé en plus (vous recevrez pour ces derniers une facture).

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi

Annexe n°5

TARIFS DES CONSULTATIONS ACTIVITÉ LIBERALE

Applicables à compter du…

Dr…..

ADRESSE DU SERVICE…

REGLEMENT PAR CHEQUE OU EN ESPECE

JOURS ET HEURES DE CONSULTATION…

SECTEUR 2 – TARIFS AVEC DEPASSEMENT D'HONORAIRE	**Honoraires pratiqués**	*Tarif de base SS*
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

SECTEUR 1 – TARIFS SANS DEPASSEMENT D'HONORAIRE	**Honoraires pratiqués**	Tarif de base SS
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

Ce qui est à votre charge dépend de votre couverture sociale et de votre parcours de soins

Le remboursement s'effectue sur la base des honoraires conventionnés : votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les actes et les honoraires qu'il compte pratiquer

Attention : seule la version électronique disponible sur Ennov fait foi