



Centre Hospitalier des **Pyrénées**

Règlement intérieur de l'établissement

29 av du Général Leclerc 64039 PAU Cedex

Téléphone : 05.59.80.90.90

<http://www.ch-pyrenees.fr>

Novembre 2019

Table des matières

Préambule au règlement intérieur	3
Chapitre1 – Dispositions relatives à l'établissement.	4
Section 1 – L'organisation administrative	4
Article 1- Le Conseil de Surveillance :	4
Article 2- Le Directoire :	4
Article 3 : Le Directeur et l'équipe de direction :	4
Article 4 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME) :	4
Article 5 : La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) :	4
Article 6 : Le Comité Technique d'Etablissement (CTE) :	5
Article 7 : Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) :	5
Article 8 : La Commission des Usagers (CDU) :	5
Article 9 : Les autres commissions :	5
Section 2 – L'organisation des soins	6
Article 10- L'organisation en pôle.....	6
Chapitre 2- Dispositions relatives aux usagers.....	10
Section 1-L'admission.	10
Article 11 : L'admission en soins psychiatriques libres	10
Article 12 : L'admission des mineurs	10
Article 13 : L'admission des toxicomanes.....	11
Article 14 : L'admission en soins psychiatriques sans consentement.	11
Article 15 : Les modalités de suivi des patients en soins sans consentement.....	12
Article 16 : Le contrôle de plein droit du Juge des Libertés et de la Détention	13
Article 17 : Les voies de recours	13
Article 18 : La Commission Des Usagers (CDU)	14
Section 2- Les droits du patient et le séjour :	15
Sous-section 1 : Les droits du patient :	15
Article 19 : Les droits fondamentaux	15
Article 20 : Libre choix du praticien.....	16
Article 21 : Le consentement aux soins	16
Article 22 : La désignation d'une personne de confiance	16
Article 23 : Les directives anticipées.....	16
Sous-section 2 : Le séjour :	17
Article 24 : L'accès aux chambres.....	17
Article 25 : Les visites	17
Article 26 : Les repas.....	17

Article 27 : Tabac, alcool et produits toxiques	17
Article 28 : L'utilisation des téléphones portables.	18
Article 29 : Le courrier.	18
Article 30 : L'attitude courtoise	18
Article 31 : Le dépôt des biens	18
Article 32 : L'exercice du culte	18
Article 33 : Information des patients	19
Article 34 : L'accès au dossier médical	19
Section 3- La sortie	19
Article 35 : Les patients en soins psychiatriques libres.	19
Article 36 : Les patients en soins sans consentement.	19
Article 37 : Les informations	20
Article 38 : Le décès	20
CHAPITRE 3 – Dispositions relatives à l'amélioration de la qualité et des risques et aux règles de sécurité.....	22
Section 1- L'amélioration de la qualité et la maîtrise des risques.	22
Article 39- Mise en œuvre de la politique qualité et de la gestion des risques.....	22
Article 40 - Le pilotage de la démarche qualité et de la gestion des risques	22
Article 41 - La gestion de crise	23
Article 42 - Le Plan blanc	23
Article 43 – Les Plans canicule et grand froid.....	23
Article 44 – Le Plan de pandémie.....	23
Article 45 – Le Plan Vigipirate /attentats	23
Article 46- La gestion documentaire	23
Section 2 : Les grands principes des règles de sécurité	23
Article 47 – Les finalités et portée des règles de sécurité.....	23
Article 48 – Le contrôle d'accès au site.....	24
Article 49 – Calme et tranquillité	24
Article 50 – Les dispositifs de sécurité mis en place.....	24
Article 51- Les relations avec les autorités judiciaires et de police.....	25
Article 52– Les règles de circulation et de stationnement	25
Article 53 - La sécurité technique.....	25
Article 54 - La sécurité incendie.....	26
Article 55 - La sécurité du système d'information	26
Article 56 - La Protection des Données personnelles	26

Préambule au règlement intérieur

Le centre hospitalier des Pyrénées est un établissement public de santé spécialisé en santé mentale. Il prend en charge au sein d'une population d'environ 350 000 habitants, des adultes, des adolescents et des enfants ayant des troubles de santé mentale.

Les établissements publics de santé sont soumis au Code de la santé publique quant à leur obligation de rédiger un règlement intérieur.

Son contenu est conforme aux dispositions législatives et réglementaires du Code de la Santé Publique.

Le règlement intérieur porte à la connaissance des patients, de leur entourage et du personnel, les règles de fonctionnement de l'établissement. Il est actualisé en permanence en fonction de l'évolution du droit positif.

Le présent règlement intérieur est le fruit d'un travail d'actualisation du précédent règlement mené par un groupe de travail, piloté par la chargée des relations avec les usagers, associant les représentants des usagers, les membres de la CDU, la Présidence de la CME, les médecins désignés par la CME, des représentants de la DSIRMT (CSS et CS) et la direction des usagers et de la qualité.

Ce règlement intérieur a été arrêté par le Directeur après concertation avec le Directoire. Il a été présenté pour avis à la Commission Médicale d'Etablissement, au Conseil de Surveillance, au Comité Technique d'Etablissement et à la Commission Des Usagers.

Chapitre1 – Dispositions relatives à l'établissement.

Section 1 – L'organisation administrative

Article 1- Le Conseil de Surveillance :

Le conseil de surveillance comprend trois collèges de 5 membres où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels de l'établissement et des personnes qualifiées, dont deux représentants d'usagers. Ses missions s'exercent dans 3 domaines, le premier d'ordre général sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement, une compétence décisionnelle sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, et enfin un rôle consultatif pour la politique qualité de l'établissement.

Article 2- Le Directoire :

Le directoire est un organe collégial, composée obligatoirement du directeur de l'établissement, président du directoire, le président de la commission médicale d'établissement, et le président de la commission des soins infirmiers ainsi que 4 autres membres désignés par le président du directoire. Cette instance prépare le projet d'établissement, conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement et est obligatoirement concerté sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement.

Article 3 : Le Directeur et l'équipe de direction :

Le directeur est le représentant légal de l'établissement. Il conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il assure la coordination des directions fonctionnelles.

Entouré d'une équipe de direction, il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement et dispose de compétences de gestion après concertation du directoire dans de nombreux domaines (stratégie, qualité, finances, gestion du patrimoine, politique sociale). Il dispose également d'un pouvoir de nomination pour l'ensemble des personnels non médicaux, et de proposition de nomination pour les personnels médicaux.

Article 4 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME) :

La commission médicale d'établissement est une instance consultative qui représente les personnels médicaux. La mission principale de la CME est de contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle est aussi consultée et informée dans tous les domaines de la vie de l'établissement (organisation, investissement, financement).

Article 5 : La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) :

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques composée de 3 collègues (cadre de santé, personnels infirmiers, de rééducation et médicotechnique) et des aides-soignants est consultée pour avis sur le projet de soins infirmiers, l'organisation générale des soins infirmiers, la politique d'amélioration continue de la qualité de la sécurité des soins et de la gestion des risques, les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers, la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de la politique de développement professionnel continu.

Article 6 : Le Comité Technique d'Établissement (CTE) :

Le comité technique d'établissement est un organe consultatif représentatif des personnels non médicaux de l'établissement, appelé à donner son avis sur les orientations générales de l'établissement et ses principales règles de fonctionnement. Il est consulté :

- Sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée
- Sur d'autres thématiques spécifiques relevant de sa compétence : conditions et organisation du travail, politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation

Il est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Article 7 : Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) :

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, et à protection de la sécurité des salariés ; ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Il contribue à la prévention des risques professionnels dans l'établissement.

Article 8 : La Commission des Usagers (CDU) :

Elle est présidée par un représentant des usagers (CF partie 2, article 18).

Article 9 : Les autres commissions :

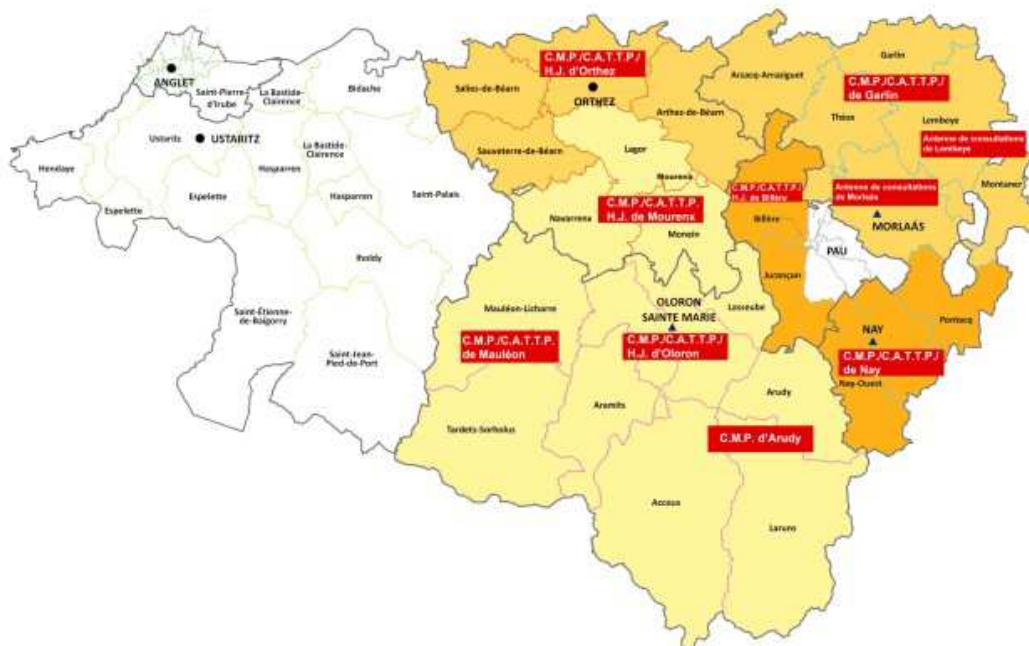
- La commission de la qualité et de la sécurité des soins – C.Q.S.S. – participe par ses avis à l'élaboration de la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Le comité Développement Professionnel Continu – D.P.C. – est chargé de définir la politique de formation des personnels médicaux, de l'évaluation des pratiques professionnelles et de faire fonctionner le dispositif de déploiement des E.P.P. du Centre Hospitalier des Pyrénées.
- La commission de l'organisation de la permanence des soins – C.O.P.S. – définit annuellement avec le directeur, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre.

Section 2 – L'organisation des soins

Article 10- L'organisation en pôle

Le centre hospitalier des Pyrénées est composé de 5 pôles, 1 pôle administratif, logistique et technique, le pôle 5 et 4 pôles médicaux (3 pôles de psychiatrie adultes (les pôles 1, 2 et 3) et 1 pôle de psychiatrie infanto-juvénile (pôle 4).

Pôle 1

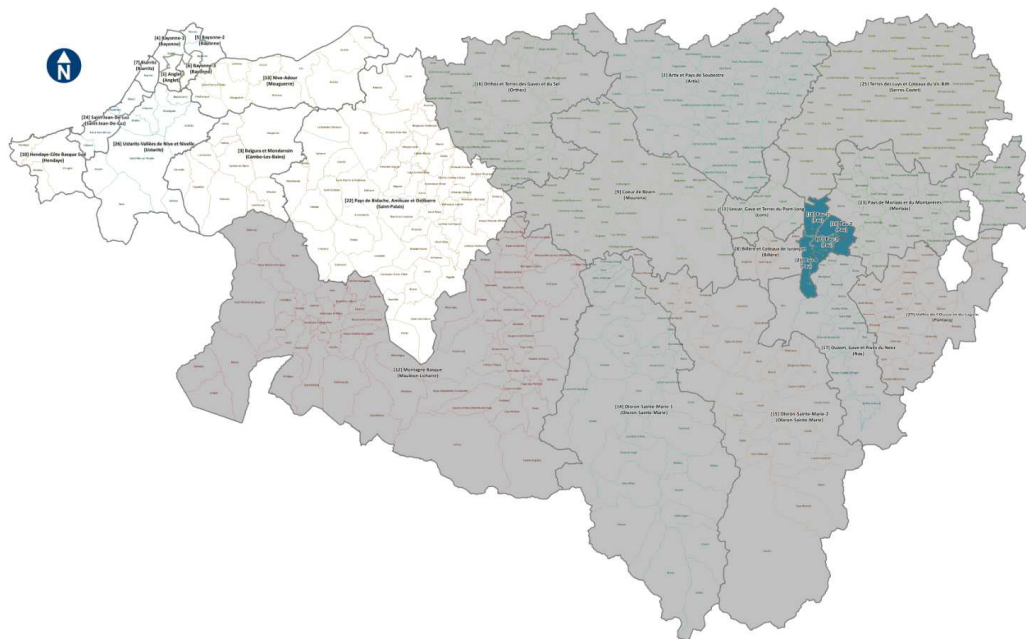


Le pôle 1 prend en charge la population de la périphérie de Pau et de la zone est du département. Il couvre un secteur géographique désigné communément « Pôle rural », mais on y retrouve des zones urbanisées comme Billère, Lons, Lescar et des villes d'importance moyenne comme Oloron, Orthez, Mauléon, Nay, Garlin avec dans chacune de villes, des lieux de consultations.

Il regroupe donc :

- 8 structures intra-hospitalières : 3 unités ouvertes (Erables, Saules, Marronniers) ; 1 unité fermée (ESA 2) 1 service de géro-psycho-geriatrie composé d'une unité d'hospitalisation complète (Oliviers-Montbretias), d'un hôpital de jour de 10 places, d'un Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) et d'une équipe mobile.
- 14 structures extra-hospitalières : CMP et hôpital de jour.

Pôle 2 :

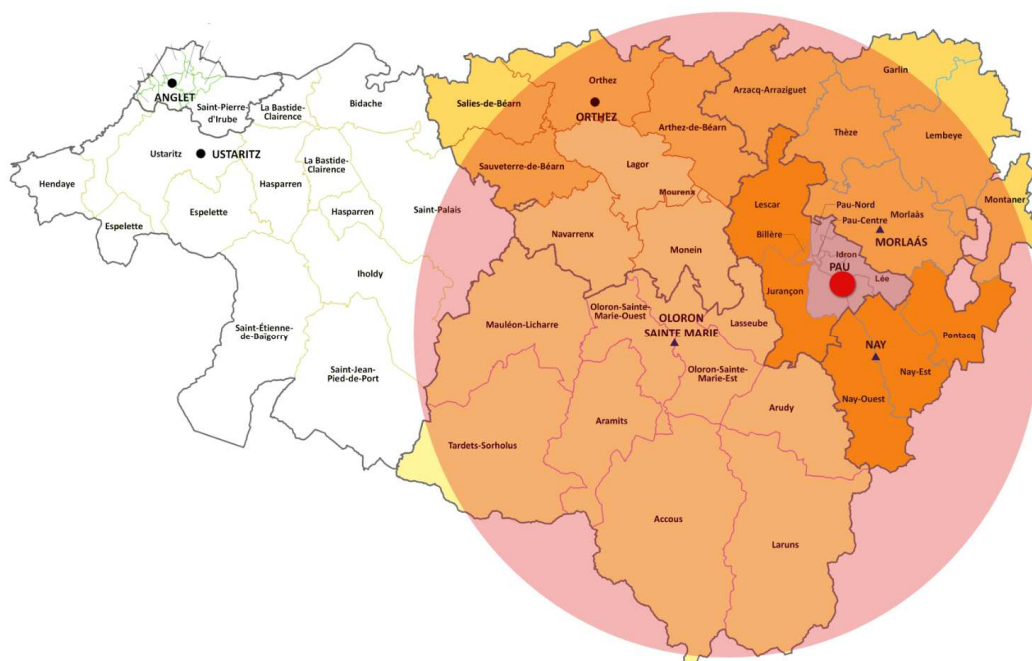


Le pôle 2 est constitué du territoire de la ville de Pau ainsi que des communes avoisinantes.

Il dispose de :

- 6 unités d'hospitalisation : 2 unités ouvertes (Pins, chênes) ; 1 unité fermée (ESA 1) ; 1 unité de soins intersectorielle de réhabilitation (UMSR) ; une unité de moyen à long séjour intersectorielle (USPP) ; 1 unité pour déficients (amandiers), 1 service d'ergothérapies et médico-social
- 6 structures extra-hospitalières : 2 hôpitaux de jour ; 1 hôpital de nuit ; 1 centre d'activité à temps partiel ; 2 Unités De Vie Sociale (U.D.V.S.), correspondant à la dimension ambulatoire ; 1 Centre Médico-Psychologique.

Pôle3 :



Le pôle 3 s'organise autour de 11 structures, de façon à assurer aussi bien les situations de crise et d'urgence que les suivis au long cours.

Le pôle 3 regroupe donc :

Le Service d'Accueil et d'Admission des Urgences (S.A.A.U.) qui accueille tout patient (adulte ou adolescent) en état de détresse psychologique 24H/24H. et qui comprend également :

- 1 A.L.P., Antenne de Liaison Psychiatrique constituée d'une équipe d'infirmiers, de psychologues et de psychiatres qui interviennent dans les différents services de l'Hôpital Général de Pau.
- 1 U.S.M.P., Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire pour la prise en charge la population incarcérée à la maison d'arrêt de Pau nécessitant des soins psychiatriques.
- 1 C.U.M.P., Cellule d'Urgences Médico-Psychologique qui prend en charge des personnes victimes de traumatismes psychiques graves dus à des circonstances exceptionnelles.

L'Unité de Soins Intensifs Psychiatrique (U.S.I.P.), accueille des patients en phase aiguë ayant une obligation de soins et nécessitant un contenant physique et psychique sur une longue durée, ainsi que des détenus nécessitant des soins.

L'Unité de Gestion de la Crise (U.G.C.), prend en charge des patients présentant une pathologie ou un trouble psychiatrique aigu, nécessitant pour un temps limité, des soins et une surveillance médicale constante.

Le Département de Médecine Polyvalente (D.M.P.) propose aux patients des soins de médecine générale, ainsi que des soins de médecins spécialistes. Il comprend également un cabinet dentaire, des consultations diététiques ainsi que de la kinésithérapie.

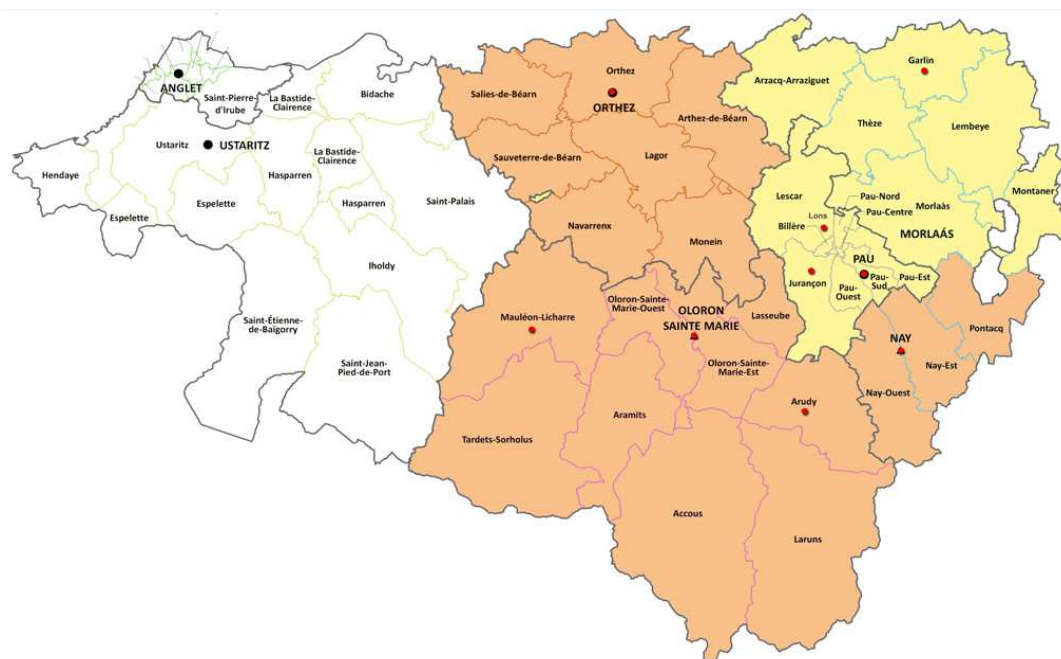
La Pharmacie à Usage Intérieur (P.U.I.) se trouve à l'interface des services cliniques et administratifs en vue de garantir à la fois le bon usage des produits pharmaceutiques et des ressources de l'hôpital. Ses deux missions essentielles consistent à améliorer l'efficacité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, et à garantir la qualité et la continuité du circuit des produits de santé.

Le Département d'Information Médicale (D.I.M.) est chargé du traitement de l'information médicale et de sa restitution auprès de l'institution, ainsi que de la mise en place du dossier patient commun informatisé.

Le Service d'Hygiène Hospitalière est en contact avec toutes les structures de l'établissement dans le cadre de la prévention du risque infectieux et de l'hygiène.

L'Equipe d'Accompagnement et de Transport (E.A.T.) est une équipe pluridisciplinaire chargée de l'accompagnement et du transport des patients aux différents rendez-vous intra et extra-hospitaliers.

Pôle 4 :



Le pôle 4 prend en charge la population infanto-juvénile du territoire Béarn et Soule. Il se compose et comprend 27 unités organisées de la manière suivante :

- 12 unités intra-hospitalières : 1 unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents (Capucines) ; 1 Centre Médico-Psychologique Infantile (C.M.P.I. les clématites) ; 4 hôpitaux de jour pour enfants (épinoches, mésanges, colibris, lucioles), 1 hôpital de jour pour adolescents ; 1 Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P. les voiliers) pour enfants ; 1 dispositif pour les enfants âgés de 8 à 12 ans en grande difficulté (canopée) ; 1 unité de périnatalité, 1 unité d'Accueil Familial Spécialisé (A.F.S.)
- 15 unités situées en extrahospitalier : 5 C.M.P.E.A. ; 3 hôpitaux de jour pour enfants ; 2 unités de périnatalité à Orthez et Oloron ; 1 centre de soins études pour les patients âgés de 13 à 22 ans souffrant de troubles psychologiques ainsi que de troubles des conduites alimentaires (Mont Vert) ; une maison des adolescents en partenariat avec le Centre Hospitalier Général de Pau.

Les cadres de santé des différentes unités sont à votre disposition pour toute demande d'information.

Chapitre 2- Dispositions relatives aux usagers

Section 1-L'admission.

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi 2013-869 du 27 septembre 2013, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge définit les conditions d'admission et de séjour des personnes admises en soins sous contrainte. L3211-2 à L3223-3 / R3211-1 à R3214-23/ R1112-45 al 1^{er} du code de la santé publique (CSP).

L'admission en soins psychiatriques se décline sous 3 modalités :

- Les soins psychiatriques libres ;
- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Les personnes hospitalisées peuvent demander lors de leur admission à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

Article 11 : L'admission en soins psychiatriques libres

(L3111-2 du CSP).

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres.

Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

Article 12 : L'admission des mineurs

(L 3211-10, Article R1112-34 à R. 1112-36 du CSP).

L'admission d'un mineur hors cas d'urgence est prononcée à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire). Elle intervient dans une unité spécifique.

L'accord des deux parents doit être recherché : les démarches réalisées pour rechercher et obtenir les signatures des deux parents sont tracées dans le dossier médical du patient¹.

Dans le cas du refus des titulaires de l'autorité parentale ou de l'impossibilité de recueillir leur consentement : hors cas d'urgence, il ne peut être procédé à aucune admission.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises, le médecin peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Autre modalité d'admission du mineur : l'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).

A titre provisoire, le juge pour enfants peut ordonner, dans le cadre de l'assistance éducative, la remise provisoire d'un mineur à l'établissement lorsque les soins sont nécessaires.

¹ L'autorisation parentale : Lorsque les soins et examens envisagés sont usuels c'est-à-dire considérés comme des actes de la vie quotidienne sans gravité : prescription ou geste de soins qui n'expose pas le patient à un danger particulier, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre. Le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

L'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale est requise dans le cas des actes non usuels considérés comme lourds : actes dont les effets pourraient engager le devenir du patient et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires...).

Article 13 : L'admission des toxicomanes

(R1112-38 du CSP).

Le patient toxicomane qui se présente spontanément dans l'établissement afin d'y être traité peut, s'il le demande expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

Toutefois, le patient peut demander au médecin traitant un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

Article 14 : L'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Deux modalités de soins sans consentement :

- Les Soins sur Décision du Directeur (SDDE) : SDT (soins à la demande d'un tiers) SDTU (soins à la demande d'un tiers en urgence), ou SPI (soins en cas de péril imminent).
Il appartient au Directeur de prendre les décisions prononçant l'admission ou le maintien de ces mesures de soins sans consentement.
- Les Soins sur Décisions de Représentant de l'Etat (SDRE) : SDRE (Soins sur Décisions de Représentant de l'Etat) SDREU (Soins sur Décisions de Représentant de l'Etat, en Urgence), SDJ (Soins sur Décision de Justice), SDRE D398 (détenus). Ces mesures sont prises par le Préfet et font l'objet d'un arrêté préfectoral.

Les soins psychiatriques sur décision du Directeur (L3212-1 à L3212-9 et R3212-1 du CSP).

Ils interviennent quand deux conditions sont remplies : le patient compte tenu de ses troubles doit être dans l'impossibilité de donner son consentement et son état rend indispensable des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale.

3 modalités :

- L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers : la demande d'admission par le tiers est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours rédigés par deux médecins différents. Le premier certificat médical est établi par un médecin n'exerçant pas au CHP et le deuxième certificat médical conforme au premier est établi par un médecin qui peut être attaché au CHP.

Le « tiers » représente toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient (membre de sa famille ou de son entourage, ou tout autre personne pouvant justifier de l'existence de relations antérieures à la demande, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil). La demande doit être manuscrite, effectuée sur papier libre, datée et signée. Elle doit obligatoirement comporter les nom, prénoms, âge et domicile de l'auteur de la demande ainsi que ceux de la personne dont l'hospitalisation est demandée et contient des indications précises sur la nature des relations existant entre ces deux personnes.

- L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence : lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, le directeur peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement.
- L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent. Le péril imminent fait référence à la notion d'immédiateté du danger pour la santé de la personne ou pour sa vie en cas de refus de soins. L'admission dans ce cadre est prononcée par le directeur au vu d'un seul certificat médical établi par un médecin extérieur à l'établissement. Il n'y a pas de demande de tiers, toutefois la famille du patient doit être informée dans les 24 heures. Dans le cas contraire (démarches infructueuses), mention doit être faite dans le dossier du patient.

Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (L3213-1 à L3213-11 et R3213-1 à R3213-3 du CSP).

Cette mesure permet, sur arrêté provisoire du maire ou du préfet, qu'une personne, malgré son refus ou son opposition, soit admise en soins psychiatriques si ses troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le préfet, par arrêté, prononce l'admission en soins psychiatriques au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin n'exerçant pas au CHP.

Les soins psychiatriques faisant suite à une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale :

Une personne ayant commis des faits d'une particulière gravité peut être admise en soins psychiatriques sur décision du préfet si les autorités judiciaires estiment que son état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Les soins psychiatriques des personnes détenues (L3214-1 à L3214-5 du CSP).

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation au sein de l'établissement.

Le certificat médical est établi par un médecin extérieur au CHP.

Les personnes détenues sont accueillies au sein d'une unité spécifique identifiée, l'USIP dont les spécificités sont prévues dans les règles de fonctionnement de l'unité.

Article 15 : Les modalités de suivi des patients en soins sans consentement

(L3211-2-1 et suiv, L3212-7 L3213-3 L3213-9-1/ R3211-1 R3211-2 R3211-27 à R3211-33 du CSP).

Période d'observation :

Le patient admis en soins psychiatriques sous contrainte fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète d'une durée de 72h00.

Dans les 24 heures suivant son admission, un médecin réalisera un examen somatique complet et un psychiatre établira un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques.

En cas de non confirmation des soins dans le certificat de 24 heures la mesure de soins du patient est levée.

Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi.

Dans le cas d'une confirmation de la nécessité de maintenir les soins, le psychiatre proposera, dans ce certificat de 72h00, la forme de prise en charge adaptée.

Le maintien en hospitalisation complète :

Le 29^{ème} jour suivant l'admission en hospitalisation complète (dans les trois derniers jours du 1^{er} mois suivant l'admission pour les patients en SDDE) et ensuite au moins tous les mois, le patient est examiné par son psychiatre référent au sein de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant les observations contenues dans les précédents certificats. Ce certificat précise si la forme de prise en charge demeure adaptée.

Chaque mois, au vu de ce certificat, le Directeur prend une décision de maintien valable un mois ou dans le cas contraire une décision de levée.

Le Préfet au vu d'un avis médical, peut prononcer le maintien de la mesure de soins sans consentement pour trois mois. Au-delà de cette durée, le maintien sera arrêté ou décidé pour des périodes maximales de six mois renouvelables.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, pour les patients en SDDE, le maintien est subordonné à l'avis d'un collège ; cette évaluation par le collège est renouvelée chaque année.

Programme de soins :

Il est établi par un psychiatre de l'établissement participant à la prise en charge du patient. Il précise les types de soins dispensés, les lieux où ceux-ci sont prodigués et leur périodicité.

Le patient est informé du programme de soins au cours d'un entretien avec le psychiatre.

Le patient est tenu de respecter son programme de soins. A défaut et en cas de dégradation de son état de santé, le psychiatre peut demander à tout moment, sa réintégration en hospitalisation complète.

Tous les mois, le patient est examiné par son psychiatre référent qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant les observations contenues dans les précédents certificats. Ce certificat précise si la forme de prise en charge demeure adaptée.

- Dans les situations d'admission sur décision du directeur de l'établissement de santé, celui-ci prend alors une décision mensuelle de maintien du programme de soins.
- Dans les situations d'admission par arrêté préfectoral, dans les trois derniers jours du premier mois suivant l'admission, le préfet peut prononcer le maintien de la mesure de soins sans consentement pour trois mois. Au-delà de cette durée, le maintien intervient pour des périodes maximales de six mois renouvelables.

Article 16 : Le contrôle de plein droit du Juge des Libertés et de la Détention

(L. 3211-12-1 à 3211-12-5/ R3211-7 à R3211-26 CSP).

L'hospitalisation ne peut se poursuivre au-delà d'un délai de 12 jours sans une intervention de plein droit du juge des libertés et de la détention.

Par ailleurs, ce contrôle est renouvelé tous les 6 mois à compter de la décision judiciaire si le patient est maintenu en hospitalisation complète.

La décision du juge des libertés sera fondée sur l'avis motivé d'un psychiatre ou le cas échéant l'avis collégial (associant le psychiatre traitant du patient, un psychiatre de l'établissement et un membre de l'équipe pluridisciplinaire) lorsque le patient est admis sur décision judiciaire pour des faits graves.

Le juge des libertés peut maintenir l'hospitalisation complète ou en ordonner la mainlevée.

Dans ce dernier cas, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai de 24h, la mesure d'hospitalisation complète prendra fin.

Le déroulement des audiences : les audiences sont publiques et ont lieu au sein de l'établissement dans une salle spécialement aménagée qui devient une annexe du tribunal judiciaire. Lors de l'audience, le patient est entendu. Il est assisté d'un avocat de son choix ou, à défaut, commis d'office.

Dans certains cas, il peut être impossible au patient d'assister à l'audience pour des raisons médicales. Dans ce cas, un avis médical est produit attestant que, en raison de ses troubles, l'audition du patient est de nature à porter préjudice à son état de santé. Il sera représenté par un avocat.

Le patient peut refuser de se rendre à l'audience. Un formulaire doit être rempli par le patient ou par deux soignants si celui-ci refuse. Il sera représenté par un avocat.

Dans les 10 jours suivant la notification de l'ordonnance du JLD, le patient pourra faire appel de la décision. Le psychiatre référent devra rédiger un certificat médical en vue de l'audience à la Cour d'Appel se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Article 17 : Les voies de recours

(L3211-3, L3211-12/ R3211-8 à R3211-26 CSP).

Le patient dispose de la possibilité d'exercer un recours auprès du juge des libertés et de la détention aux fins d'obtenir la mainlevée de la mesure de soins sous contrainte.

Il doit être le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, informé de la décision d'admission et de chacun des projets de décision visant le maintien de ses soins ou définissant la forme de sa prise en charge.

La décision d'admission prononcée par le directeur ou l'arrêté préfectoral sont notifiés au patient dans les 24 heures suivant son admission.

Le patient dispose du droit :

- De communiquer avec les autorités ci-dessous mentionnées :
 - Le Préfet ;
 - Le président du tribunal judiciaire de Pau ;
 - Le juge des libertés et de la détention ;
 - Le maire de la commune ou son représentant ;
 - Le procureur de la République du tribunal judiciaire de Pau.
- De saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et/ou la commission des usagers de l'établissement (CDU) ;
- De porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- D'exercer son droit de vote ;
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Article 18 : La Commission Des Usagers (CDU)

(L1112-3 / R1112-81 et suivant) :

Une Commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé public et privé pour représenter les patients et leur famille.

Elle est chargée de veiller au respect des droits des usagers et contribuer à la qualité de l'accueil des patients et de leurs proches, et à celle de la prise en charge. Elle facilite les démarches des usagers et veille à ce qu'ils puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement.

Sa composition est inscrite sur le règlement intérieur de la CDU disponible auprès du pôle usagers-loi, Direction des Usagers et de la Qualité.

Un affichage définissant ses missions et sa composition est organisé au sein de chaque unité.

Rôle des représentants des usagers :

Le représentant des usagers défend les droits et les intérêts des usagers d'un établissement de santé. Il intervient dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge. Il s'exprime au nom des patients dans les différentes instances.

Tout patient, sa famille ou ses proches, peut contacter un représentant des usagers de l'établissement pour s'informer et lui faire part d'une situation à résoudre.

La chargée des relations avec les usagers :

Son rôle consiste à

- Informer les usagers de leurs droits ;
- Favoriser l'accès aux informations médicales (les dossiers médicaux) des usagers ;
- Favoriser la réception des plaintes, réclamations, avis, suggestions, satisfactions émises par les usagers ou leur entourage par écrit ou oralement ;
- Offrir une réponse la plus adaptée possible.

Où la trouve-t-on ?

- Au pôle usagers/loi dans la cour de la direction.
- Du lundi au vendredi de 9h à 17h ou sur rendez-vous.

La chargée des relations avec les usagers peut être contactée au 05.59.80.90.28

Les médiateurs de la CDU (R1112-92 du CSP) :

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises au Directeur qui a la possibilité de saisir un médiateur.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Section 2- Les droits du patient et le séjour :

Sous-section 1 : Les droits du patient :

Article 19 : Les droits fondamentaux

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; L 1110-2 et suivant CSP).

Le centre hospitalier des Pyrénées, garantit à chaque patient :

- le respect de sa dignité ;
- le respect de sa vie privée ;
- le secret des informations le concernant.
- l'accès sans discrimination à la prévention ou aux soins ;
- Le respect des droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux quelle que soit la mesure de soins.

Liberté d'aller et venir (L3211-2/ L3211-3 CSP /Circulaire n°48 Juillet 1993) :

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques (...), les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.

« Les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs ni a fortiori dans des chambres verrouillées. L'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indications médicales. »

Toute restriction de liberté doit être appréciée en fonction des circonstances, médicalement justifiée, limitée dans le temps et remise en cause en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

La liberté est la règle et la contrainte ou l'interdit sont l'exception. La liberté doit être privilégiée dans toutes les pratiques en adoptant une position stricte de respect de toutes les libertés quand les soins sont consentis et en ne confondant pas soins sans consentement et soins avec liberté de contraindre.

Article 20 : Libre choix du praticien

(L1110-8 CSP/ L3211-1 CSP).

Le patient dispose du libre choix de son praticien et de son établissement, en application des dispositions légales et déontologiques, y compris à l'extérieur du secteur psychiatrique dont elle dépend.

Cette disposition s'applique toutefois en fonction et dans la limite des possibilités de prise en charge.

En l'absence de choix affirmé par le patient, la prise en charge se fera par l'équipe du secteur géographique dont dépend le patient.

Article 21 : Le consentement aux soins

(L1111-4/L1111-5 du CSP).

Le patient prend, avec le médecin, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

La liberté de consentir à des soins est un droit reconnu à chaque personne. Aucun acte médical ni aucun traitement ne sera pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient et ce consentement pourra être retiré à tout moment (hors cas de soins sous contrainte).

Toute personne étant présumée apte à consentir à ses soins, c'est elle seule qui peut donner un consentement libre et éclairé aux soins. Ce principe s'applique différemment dans le cas d'une personne majeure sous tutelle, et dans le cas d'une personne mineure.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle est recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Toutefois, dans le cas du patient mineur ou d'une personne jugée inapte à consentir à ses soins, le personnel soignant et médical doit obtenir ce consentement d'une autre personne autorisée par la loi à le donner en son nom (représentant légal ou juge des tutelles).

Lorsque le patient refuse les soins proposés (hors cas de soins sous contrainte), le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix.

Article 22 : La désignation d'une personne de confiance

(L1111-6 /L1111-4 CSP).

Toute personne majeure admise en hospitalisation peut désigner une personne de confiance. Elle sera consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit selon les modalités définies dans le process désignation personne de confiance. Elle est révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance n'a pas vocation à se substituer au patient. Elle l'accompagne pour l'aider à prendre ses décisions. La personne de confiance n'a pas accès, en tant que tel, au dossier médical du patient, ni de son vivant, ni après son décès.

Les patients sous tutelle peuvent désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Si la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Article 23 : Les directives anticipées

(L1111-11 CSP).

Toute personne majeure admise dans l'établissement a la possibilité de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiqueront ses souhaits relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, soit révoquées. La révocation devra être expresse (écrite).

Sous-section 2 : Le séjour :

Article 24 : L'accès aux chambres.

Les chambres restent en libre accès pendant la journée. Cependant, cet accès pourra être limité pour certains patients pour des raisons cliniques et/ou de sécurité du patient. Une traçabilité de ces mesures sera assurée dans le dossier du patient.

Article 25 : Les visites

(R1112-47 du CSP).

Les visites sont autorisées de 14h30 à 18h30 sauf contre-indication médicale ou demande expresse du patient.

Les visites peuvent être adaptées en fonction des spécificités des unités. Les modalités sont portées à la connaissance des patients et de leur famille via les règles de fonctionnement de l'unité.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des usagers ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, la visite peut être suspendue au sein de l'unité et une interdiction de visite et/ou de site pourra être décidée par le Directeur.

Il est rappelé en particulier qu'il est strictement interdit de filmer ou de photographier d'autres personnes sous peine de poursuites prévues à l'article 226-1 et suivants du code pénal.

L'établissement se réserve le droit d'exercer les voies de poursuites existantes (dépôt de plainte, signalement au procureur de la République, interdiction de site) en cas de non-respect de cette obligation.

Article 26 : Les repas.

L'équipe du service restauration prépare les repas servis. En cas de régime, le repas sera conçu et adapté par la diététicienne.

Les repas sont servis dans la salle à manger (sauf contre-indication) aux horaires indiqués dans les règles de fonctionnement de chaque unité.

Les familles ont exceptionnellement la possibilité de manger au self de l'établissement en achetant un ticket repas à l'accueil de la direction des approvisionnements et de la logistique.

Les denrées périssables sont interdites dans toutes les unités. Il est autorisé de conserver des denrées non périssables sauf avis médical contraire (pathologie somatique, régime alimentaire, troubles de la déglutition...).

Article 27 : Tabac, alcool et produits toxiques

(R1112-48 du CSP).

Il est strictement interdit de fumer dans les locaux de l'établissement, y compris dans les chambres. Des mesures sont prises pour permettre de fumer à l'extérieur des locaux, dans certaines conditions et selon les modalités propres à chaque unité décrites dans les règles de fonctionnement des unités.

Il est strictement interdit d'introduire dans l'hôpital des boissons alcoolisées et des produits toxiques.

En cas de nécessité attestée par le médecin ou d'urgence avérée, les vêtements, les affaires personnelles et la chambre du patient pourront être fouillés par un membre de l'équipe soignante en présence des agents de sécurité afin de vérifier qu'aucune substance, aucun objet interdit ne soit présent dans l'établissement (alcool, médicaments non autorisés, produits stupéfiants, objets tranchants, armes...).

Il pourra être décidé à la demande du médecin, de faire intervenir la brigade cynophile.

L'usage de la cigarette électronique à l'intérieur des locaux est également proscrit.

Article 28 : L'utilisation des téléphones portables.

Vous pouvez recevoir ou émettre des communications avec votre téléphone portable ou avec le téléphone dans votre chambre dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement du service. Cette liberté peut être restreinte pour raison thérapeutique.

Les téléphones portables sont utilisés sous la responsabilité de leur propriétaire.

Il est rappelé en particulier qu'il est strictement interdit de filmer ou de photographier d'autres personnes sous peine de poursuites prévues à l'article 226-1 et suivants du code pénal.

L'établissement se réserve le droit d'exercer les voies de poursuites existantes (dépôt de plainte, signalement au procureur de la République, interdiction de site) en cas de non-respect de cette obligation.

Article 29 : Le courrier.

Pour toute vos opérations postales, le vaguemestre est à votre disposition (permanence de 11h20 à 11h50 et de 12h25 à 12h50). Les correspondances affranchies dans la boîte peuvent être déposées dans la boîte aux lettres située devant son bureau (à gauche avant la salle de théâtre). Le vaguemestre peut être contacté au 05.59.80.91.00.

Article 30 : L'attitude courtoise

(R1112-49, R1112-50 du CSP).

La vie collective et le respect des droits et libertés respectifs impliquent une attitude, des propos et des comportements dans le respect de l'intégrité et de la dignité de la personne.

Il est rappelé que les faits de violence volontaire à l'encontre des patients et des personnels sont susceptibles de donner lieu à des procédures administratives et judiciaires.

Le patient doit respecter le bon état des locaux et objets qui sont à sa disposition. Il indemniserà l'hôpital pour toute dégradation sciemment commise sur proposition du médecin référent du patient.

Article 31 : Le dépôt des biens

(Article R1112-51/ R 1113-1 à R1113-9 du CSP).

Lors de l'accueil du patient, un inventaire des effets personnels et des biens est établi par l'équipe soignante en présence du patient selon son état de santé.

Les valeurs sont déposées à la trésorerie contre signature d'un reçu. Elles pourront être récupérées à la sortie selon les mêmes modalités.

Cette mesure est destinée à prévenir toute perte ou vol à l'intérieur de l'établissement. Si le patient souhaite garder certains biens ou valeurs et sauf contre-indication médicale il signera une décharge de responsabilité, l'hôpital n'étant alors pas responsable de leur éventuelle disparition.

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les patients.

Les armes ou autres objets dangereux et les substances illicites sont interdits dans l'établissement. Ils seront remis à l'administration de l'hôpital (via le cadre de la surveillance générale qui les remettra aux autorités concernées).

Article 32 : L'exercice du culte

(R1112-46 du CSP).

Les personnes hospitalisées ont la possibilité de participer à l'exercice de leur culte. Le service d'aumônerie catholique est situé au bâtiment les Glaïeuls. Il peut être fait appel à un ministre d'un autre culte sur demande auprès du cadre de santé de l'unité.

L'expression des convictions religieuses ne doit cependant pas faire obstacle aux soins, à la tranquillité des autres patients et de leurs proches, ni au bon fonctionnement du service.

Article 33 : Information des patients

(L1111-2 CSP).

Tout patient pris en charge au centre hospitalier des Pyrénées a droit à l'information sur son état de santé. Les informations relatives à la santé du patient lui seront communiquées par le praticien hospitalier référent concerné dans le respect des règles déontologiques applicables. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Le cas particulier des mineurs ou majeurs sous tutelle : L'information médicale est transmise aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur. Toutefois, les patients mineurs ou majeurs sous tutelle pourront recevoir eux-mêmes une information et participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Article 34 : L'accès au dossier médical

(L1111-7 du CSP).

Toute personne a le droit d'accéder à son dossier médical. Elle en fait la demande au directeur.

Plusieurs personnes peuvent consulter le dossier. le patient lui-même ; son tuteur si le patient est majeur sous tutelle ; son représentant légal si le patient est mineur; son médecin si le patient l'a désigné comme intermédiaire, ou l'ayant droit si le patient est décédé.

Délai de communication :

Au plus tard dans les 8 jours suivant sa demande après un délai de réflexion de 48 heures lorsque les informations médicales datent de moins de 5 ans.

Au plus tard 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans.

Section 3- La sortie

(R1112-56 à Article R1112-67 du CSP).

Article 35 : Les patients en soins psychiatriques libres.

Le patient en soins libres peut quitter l'établissement avec l'accord de son médecin référent.

Si la sortie est susceptible de présenter un danger pour sa santé, le médecin peut donner un avis défavorable. S'il persiste dans son choix, le patient signera une décharge indiquant qu'il souhaite quitter l'établissement contre l'avis médical et en connaissance des risques qu'il encourt. Le médecin peut refuser la sortie contre avis médical et mettre en place une mesure de soins sans consentement.

Cas particulier du patient mineur : la sortie définitive d'un mineur peut être effectuée par ses parents ou toute personne investie de l'autorité parentale.

Ils sont informés de la sortie du mineur et font connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

La sortie disciplinaire : lorsqu'un patient, dûment averti, ne respecte pas le règlement intérieur, le directeur prendra avec l'accord du médecin, toutes les mesures appropriées pouvant aller, si l'état de santé du patient le permet, jusqu'au prononcé de la sortie.

Article 36 : Les patients en soins sans consentement.

Les autorisations de sorties accompagnées : autorisations de sortie de – de 12h.

Elles interviennent pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires. Le patient sera accompagné par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, ou par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'il a désignée lors de son admission.

Les autorisations de sorties non accompagnées : les autorisations de sorties de 48h au plus.

Le patient hospitalisé sans son consentement, si son état de santé le permet pourra bénéficier de sortie non accompagnée d'une durée maximale de 48h00.

Ces autorisations d'absence sont accordées par le Directeur (pour les SDDE) ou le Préfet (pour les SDRE) après avis favorable et sur proposition d'un psychiatre de l'établissement.

La sortie définitive.

➤ Les patients en soins sans consentement sur décision du Directeur :

- Sur proposition médicale :

Pour les patients en soins sans consentement à la demande d'un tiers en urgence ou en cas de péril imminent : il est mis fin à tout moment à la mesure dès lors qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou en cas de péril imminent ne sont plus réunies. La sortie est prononcée par le Directeur (décision de levée de mesure de soins sans consentement).

- Sur demande du tiers, d'un membre de la famille, du représentant légal ou d'un proche :

Le médecin référent du patient établit un certificat d'opposition ou de non opposition à cette demande. En cas d'opposition il devra attester dans un certificat datant de moins de 24 heures que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le patient et le demandeur sont informés de la décision.

➤ Les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat :

Lorsqu'un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical la disparition des conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques, le directeur informe le préfet dans les 24 heures. Ce dernier prend sa décision dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

Il peut soit lever la mesure, soit ordonner une expertise psychiatrique, soit décider de maintenir la mesure.

Sortie sans autorisation.

Après le constat de la sortie sans autorisation du patient, les soignants recherchent la personne dans le parc ainsi que l'équipe de sécurité. Les personnes à prévenir sont informées tout comme le médecin référent pour la conduite à tenir. Un rapport circonstancié est transmis à la surveillance générale dans les 2 heures.

Une demande de recherche est envoyée aux forces de police et gendarmerie ainsi qu'à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Article 37 : Les informations

(Art. R. 1112-1-2.-I CSP).

Le bulletin d'hospitalisation délivré au patient ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation. Seul, le patient, son représentant légal ou son tuteur peut en faire la demande.

Tout patient sortant reçoit la lettre de liaison, les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements.

Article 38 : Le décès

(R1112-69 à R1112-71/R1112-73 à Article R1112-76-2 du CSP).

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

Le décès est constaté par un médecin qui établit un certificat de décès. Il est inscrit sur un registre spécial, conformément à l'article 80 du Code civil.

Dans les cas de signes ou indices de mort violente ou suspecte d'un patient, le médecin qui constate le décès précise l'existence d'un obstacle médico-légal sur le certificat.

Lorsque l'obstacle médico-légal est mentionné sur le certificat, les autorités judiciaires et de Police sont avisées conformément à l'article 81 du Code civil.

L'équipe soignante du service procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec les précautions indiqués dans la procédure (PR/ADM/023) et dressent l'inventaire de tous les effets personnels du défunt.

Le document doit être rempli et signé par deux agents et conservé dans le dossier du patient.

S'il n'y a pas de mesure de protection, les affaires sont remises à la famille. Un exemplaire de l'inventaire doit leur être remis contre signature.

S'il y a une mesure de protection, les affaires sont remises au mandataire judiciaire. Un exemplaire de l'inventaire doit lui être remis contre signature.

CHAPITRE 3 – Dispositions relatives à l'amélioration de la qualité et des risques et aux règles de sécurité

Section 1- L'amélioration de la qualité et la maîtrise des risques.

Article 39- Mise en œuvre de la politique qualité et de la gestion des risques

Elle représente un axe transversal important du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels exerçant dans l'établissement.

L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels de santé. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnels.

Article 40 - Le pilotage de la démarche qualité et de la gestion des risques

Démarche qualité

Depuis plusieurs années l'établissement s'est doté d'une Direction des Usagers et de la Qualité, d'un service qualité gestions des risques et de référents qualité répartis au sein des pôles de soins, administratifs, techniques et logistique.

La démarche qualité et la certification

C'est une procédure d'évaluation externe par des pairs (experts visiteurs) menée par la Haute Autorité de Santé (HAS) instance consultative à caractère scientifique et indépendante, qui se déroule au plus tous les 6 ans. Elle concerne tous les établissements de santé, publics et privés. Son objectif principal est d'évaluer leur démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Des programmes d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) sont élaborés, mis en œuvre et suivis. Ils sont regroupés dans un PAQSS global de l'établissement et permettent d'alimenter le compte qualité obligatoire dans le cadre de la certification HAS.

Chaque année ce programme global est actualisé en fonction des résultats de différentes évaluations (satisfaction des patients, fiches d'évènements indésirables, plaintes et réclamations, contrôles externes, audits, résultats de la certification...) et est validé par le Comité de Pilotage qualité.

La démarche gestion des risques

La gestion des risques est une démarche visant à identifier les risques qui pèsent sur l'établissement au niveau du patient, des infrastructures, de l'environnement, du personnel, des visiteurs..., à les évaluer dans le but de définir un programme de gestion des risques, et à mettre en œuvre les mesures adéquates de prévention ou de protection.

L'établissement dispose de diverses sources d'information pour identifier son niveau de risques : les fiches d'évènements indésirables, les réclamations et les plaintes des usagers, les rapports de garde, les rapports des bureaux de contrôles ou des inspections sur la sécurité, les rapports circonstanciés des équipes, les mains courantes de la surveillance générale et des agents de sécurité, les alertes sanitaires reçues....

Cette démarche est centralisée dans les cartographies des risques de l'établissement et le PAQSS global, documents régulièrement actualisés et validés en Copil Qualité.

Article 41 - La gestion de crise

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

Article 42 - Le Plan blanc

Le Centre Hospitalier dispose d'un plan blanc qui prévoit sous la responsabilité du Directeur la mise en place d'une organisation de gestion de crise et la mise en œuvre des formations adaptées.

Le plan blanc de l'établissement de santé s'intègre dans le plan blanc élargi qui a vocation à construire, au niveau du département, une coordination de l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

Le plan blanc est régulièrement mis à jour et des exercices/test sont réalisés.

Article 43 – Les Plans canicule et grand froid

Pour lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule, le centre Hospitalier dispose dans les services de soins de pièces rafraîchies référencées et identifiées par le personnel.

Lors des périodes de grand froid et pour protéger les personnes, le centre hospitalier participe à la maraude pour intervenir sur l'agglomération paloise.

L'intégralité de ces 2 dispositifs sont annexés au Plan Blanc.

Article 44 – Le Plan de pandémie

Le Centre Hospitalier a prévu une organisation de soins spécifique en situation de pandémie (Annexée au plan blanc). S'agissant de la gestion des risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), il tient compte de l'implantation géographique de l'établissement de santé et des risques émergents.

Article 45 – Le Plan Vigipirate /attentats

Dans le cadre de ce plan, applicable dans les établissements de santé, il y a lieu d'exercer une vigilance accrue dans l'application des mesures de sécurité à mettre en œuvre dans tous les lieux appelés à recevoir du public, notamment dans les établissements de santé. Une note de service régulièrement mise à jour est disponible sous Qualios ref NSCGE1-16/07-01 indiquant la posture et les bons réflexes à adopter et fait l'objet d'un affichage dans l'établissement.

Article 46- La gestion documentaire

La gestion documentaire de l'établissement est assurée par le service Qualité gestion des risques.

Elle est dématérialisée avec l'outil QUALIOS, accessible depuis chaque ordinateur et par tout personnel.

Elle regroupe l'intégralité des documents (processus, procédures, fiches techniques, notes de service, compte-rendu de réunion, guides, plaquettes...) de l'établissement.

Deux notes de service ref NSCGE2-14/01-02 - V1 et réf NSCGE2-14/07-05 - V2 l'organisent.

Section 2 : Les grands principes des règles de sécurité

Article 47 – Les finalités et portée des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et la qualité d'accueil et de

soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital et en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, le Directeur est chargé d'assurer la mise en œuvre des règles de sécurité. Il veille à leur respect et coordonne leur mise en œuvre.

Toute personne présente au sein de l'hôpital doit se conformer aux règles de sécurité dans l'intérêt de tous. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes hébergés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du Directeur de site, les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

Article 48 – Le contrôle d'accès au site

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital s'effectue par une seule entrée, 29 avenue du général Leclerc et est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions et à toutes personnes autorisées par la direction. Un contrôle entrée/ sortie véhicules, piétons est assuré par un agent de sécurité 24h/24 et 365 jours par an.

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

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

Le directeur peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui refuse à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou de donner la justification du motif de son accès et/ou de son habilitation à accéder au site.

Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement.

Article 49 – Calme et tranquillité

Toute personne, et particulièrement tout accompagnant ou visiteur qui, crée un trouble au sein de l'hôpital est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui sera enjoint de quitter l'établissement. Il pourra être raccompagné à la sortie. Si nécessaire, une décision d'interdiction de site et de visite lui sera envoyée ou remise en main propre par les agents de sécurité.

Article 50 – Les dispositifs de sécurité mis en place

Des matériels de télésurveillance, de vidéo protection, de contrôle d'accès informatisé aux locaux sont mis en place pour la sécurité des biens et des personnes.

Concernant le dispositif de vidéo- protection, il est soumis à autorisation préfectorale tous les 4 ans et respecte la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6 août 2004 (code de sécurité intérieure article L223-1 à L223-9 et L251-1 à L255-1, décret 96-926 du 17 octobre 1996 modifié par la loi du 2011-267 du 14 Mars 2011).

Le fonctionnement de ces installations respecte le secret médical, la dignité des usagers et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

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

Article 51- Les relations avec les autorités judiciaires et de police

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

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

Les victimes des dommages de toute nature peuvent déposer plainte en leur nom personnel ; le Directeur peut déposer plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier.

Le Centre hospitalier, représenté par son Directeur, peut se constituer partie civile pour toute affaire pénale relative à des faits de violence commis à l'encontre du personnel.

Article 52– Les règles de circulation et de stationnement

Les dispositions du Code de la route, matérialisées par la signalisation adéquate, sont applicables dans l'enceinte du Centre Hospitalier.

La vitesse y est limitée à 30 km/heure.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruit.

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait engager la responsabilité de l'établissement en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou de dégradations.

En 2013, trois parkings permanents ont été rénovés et sécurisés par la pose d'un revêtement au sol, l'installation d'une clôture périphérique, la mise en place d'une signalétique horizontale et verticale et l'installation d'une vidéo protection

- 1 – à l'entrée du CHP, intitulé « Parking Nord »,
- 2 – au niveau de l'avenue des Lauriers, intitulé « Parking Sud »,
- 3 – dans la partie centrale, intitulé « Parking Central »

Le Directeur a réglementé par une note de service Réf. NSCGE2-14/01-01 l'accès, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgence, les livraisons, les travaux, l'accès des pompiers, de la police et des services de secours).

La direction du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police, ou de faire déplacer elle-même aux frais des contrevenants, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier. Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 53 - La sécurité technique

Le Directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des installations, équipements et locaux afin de protéger les personnes et le patrimoine immobilier hospitalier.

Article 54 - La sécurité incendie

L'hôpital est assujéti aux règles de sécurité incendie applicables aux établissements recevant du public. L'hôpital doit tenir un registre de sécurité par site sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies. Parmi ces renseignements doivent figurer :

- Les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- Les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu ; les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes coupe-feu, clapets coupe-feu...)
- Les dates et contenus des opérations de travaux réalisées dans l'établissement ;
- Tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres.

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

Article 55 - La sécurité du système d'information

Une charte d'usager des technologies numériques est élaborée, validée et disponible sous Qualios (logiciel de gestion documentaire).

Elle a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques, des services Internet et des technologies numériques du Centre Hospitalier des Pyrénées. Elle rappelle aux utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation des systèmes et des technologies mis à leur disposition.

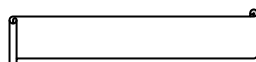
Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information et des technologies numériques de l'établissement, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par l'établissement.

Article 56 - La Protection des Données personnelles

Le Centre Hospitalier des Pyrénées a mis en place une démarche pour se mettre en conformité avec le Règlement Général pour la Protection des Données personnelles (RGPD).

Les données doivent être traitées de façon à garantir une sécurité appropriée : la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte et la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle (intégrité et confidentialité). Seules les personnes autorisées doivent avoir accès aux données (protection des accès aux fichiers par mot de passe, tiroirs ou armoires fermés à clés...)

L'intégralité des bonnes pratiques en la matière est disponible sous Qualios.



Communication : Le règlement intérieur peut être consulté par toute personne qui en formule la demande.

Le présent règlement intérieur est consultable sur QUALIOS, sur le site internet de l'établissement et il est également à disposition dans les unités.