

REGLEMENT INTERIEUR GENERAL



2025

- Version initiale : 2011
- Version actualisée n°1 : 2013
- Version actualisée n°2 : juin 2015
- Version actualisée n°3 : février 2017
- Version actualisée n°4 : octobre 2017
- Version actualisée n°5 : décembre 2018
- Version actualisée n°6 : juin 2021
- Version actualisée n°7 : décembre 2021
- Version actualisée n°8 : décembre 2022
- Version actualisée n°9 : juin 2023
- Version actualisée n°10 : décembre 2025

SOMMAIRE

PREAMBULE	5
CHAPITRE 1 : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU CHU	6
SECTION I : LE CHU DE DIJON	6
Article 1 : Statut et sites géographique de l'établissement	6
Article 2 : Missions	6
SECTION II : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHU DE DIJON	7
Article 3 : Le Conseil de Surveillance	7
Article 4 : Le Directeur Général du CHU et l'équipe de direction	10
Article 5 : Le Directoire	11
Article 6 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME)	13
Article 7 : Le Comité Social d'Etablissement (CSE)	18
Article 8 : La Formation Spécialisée de la Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT)	20
Article 9 : Les Commissions Administratives Paritaires (CAPL)	21
Article 10 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	22
Article 11 : La Commission des Usagers (CDU)	23
Article 12 : Autres instances (liste non exhaustive)	24
SECTION III : L'ORGANISATION MEDICALE DU CHU DE DIJON	25
Article 13 : Code de déontologie médicale	25
Article 14 : Les pôles d'activités médicales	25
Article 15 : Le personnel médical	27
Article 16 : Organisation des soins et fonctionnement médical	29
Article 17 : Interventions chirurgicales	30
SECTION IV : TRAITEMENT DES DONNEES NOMINATIVES	30
Article 18 : Réglementation applicable	30
Article 19 : Droits d'accès au réseau et aux applications informatiques	31
Article 20 : Equipements informatiques mis à disposition	31
Article 21 : Responsabilités de l'utilisation des ressources informatiques	32
Article 22 : Sanctions en cas de non respect des règles d'utilisation des ressources informatiques	34
CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS, HOSPITALISES OU CONSULTANTS	35
SECTION I : ADMISSIONS (DISPOSITIONS GENERALES)	35
Article 23 : Modes d'admission	35
Article 24 : Transfert après premiers secours	35
Article 25 : Personne(s) à prévenir	35
Article 26 : Désignation d'une personne de confiance	36
Article 27 : Directives anticipées	36
Article 28 : Dépôt des objets de valeur	36
Article 29 : Restitution des objets de valeur	37
Article 30 : Libre choix du service et du praticien par le malade	37
Article 31 : Régime d'hospitalisation	37
Article 32 : Consultations externes en activité libérale à l'hôpital	37
Article 33 : Prise en charge des frais d'hospitalisation	38
SECTION II : ADMISSIONS (DISPOSITIONS PARTICULIERES)	38
Article 34 : Admission des femmes enceintes	38
Article 35 : Admission des mineurs	39
Article 36 : Admission des militaires	40
Article 37 : Malades relevant des services de psychiatrie	40
Article 38 : Régime d'hospitalisation	41
Article 39 : Consultations externes en activité libérale à l'hôpital	41
Article 40 : Admission de majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection	42
Article 41 : Admission de patients étrangers	42
Article 42 : Admission des malades toxicomanes	43
Article 43 : Admission des détenus	43
Article 44 : Existence et rôle de l'Unité Médico-Judiciaire et de l'Institut Médico-Légal	43
SECTION III : SOINS PARTICULIERS	44

<i>Article 45 : Don et utilisation du sang</i>	44
<i>Article 46 : Dons et prélèvements d'autres produits et éléments du corps humain</i>	44
<i>Article 47 : Participation à des recherches cliniques ou biomédicales</i>	45
<i>Article 48 : Menace sanitaire grave</i>	46
SECTION IV : CONDITIONS DE SEJOUR	46
<i>Article 49 : Accueil, information et consentement du patient</i>	46
<i>Article 50 : Information des proches</i>	47
<i>Article 51 : Comportement des patients hospitalisés et consultants</i>	47
<i>Article 52 : Exercice du culte</i>	48
<i>Article 53 : Choix des menus</i>	48
<i>Article 54 : Poursuite de la scolarité</i>	49
<i>Article 55 : Règles applicables aux personnes extérieures</i>	49
<i>Article 56 : Règles relatives à l'hospitalisation des enfants</i>	51
<i>Article 57 : Interdiction de fumer</i>	52
<i>Article 58 : Service social</i>	52
<i>Article 59 : Outils de communication à disposition des patients</i>	52
SECTION V : SORTIE DES HOSPITALISES	53
<i>Article 60 : Sortie temporaire</i>	53
<i>Article 61 : Formalités de sortie</i>	53
<i>Article 62 : Sortie contre avis médical</i>	54
<i>Article 63 : Sortie disciplinaire</i>	54
<i>Article 64 : Sortie après refus de soins</i>	54
<i>Article 65 : Sortie des mineurs</i>	54
<i>Article 66 : Fugues de patients</i>	55
<i>Article 67 : Sortie des nouveau-nés</i>	56
<i>Article 68 : Evaluation de la qualité du séjour du patient au CHU</i>	56
<i>Article 69 : Transport en ambulance</i>	56
SECTION VI : RELATIONS ENTRE PRATICIENS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS DU CHU	56
<i>Article 70 : Conservation du dossier du patient</i>	56
<i>Article 71 : Communication du dossier du patient</i>	56
<i>Article 72 : Envoi d'un dossier médical succinct</i>	57
<i>Article 73 : Informations communiquées au médecin traitant</i>	57
<i>Article 74 : Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale</i>	58
<i>Article 75 : Accès au dossier des consultations externes</i>	58
<i>Article 76 : Communication des résultats d'examens anatomo et cyto-pathologiques</i>	58
SECTION VII : MESURES A PRENDRE EN CAS DE NAISSANCE OU DE DECES DE PERSONNES HOSPITALISEES	58
<i>Article 77 : Naissances</i>	58
<i>Article 78 : Malades en fin de vie</i>	59
<i>Article 79 : Constat du décès</i>	59
<i>Article 80 : Notification du décès</i>	59
<i>Article 81 : Déclaration d'enfant sans vie</i>	59
<i>Article 82 : Toilette mortuaire et inventaire des biens du défunt</i>	59
<i>Article 83 : Mesures de police sanitaire</i>	60
<i>Article 84 : Règlement intérieur du Service Mortuaire</i>	60
<i>Article 85 : Présentation du corps</i>	60
<i>Article 86 : Transport de corps à résidence sans mise en bière</i>	60
<i>Article 87 : Transfert du corps en chambre funéraire avant mise en bière</i>	61
<i>Article 88 : Transfèrement du corps après mise en bière</i>	61
<i>Article 89 : Prélèvement d'organe(s)</i>	61
<i>Article 90 : Autopsie</i>	62
<i>Article 91 : Inhumation</i>	62
<i>Article 92 : Don de corps</i>	63
CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL	63
SECTION I : PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE	63
<i>Article 93 : Assiduité et ponctualité du personnel</i>	63
<i>Article 94 : Coopération entre les professionnels</i>	64
<i>Article 95 : Exécution des instructions reçues</i>	64

<i>Article 96 : Signalement des incidents</i>	64
<i>Article 97 : Identification du personnel</i>	64
<i>Article 98 : Conservation en bon état des locaux, matériels et effets</i>	65
<i>Article 99 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité</i>	65
<i>Article 100 : Tenue générale de service</i>	65
<i>Article 101 : Alcool et tabac</i>	66
<i>Article 102 : Lutte contre le bruit</i>	66
<i>Article 103 : Interdiction d'exercer une activité à but lucratif</i>	66
<i>Article 104 : Interdiction des gratifications et de la promotion commerciale</i>	66
<i>Article 105 : Interdiction de conserver par devers soi, les valeurs ou objets confiés par les malades</i>	67
<i>Article 106 : Responsabilité par rapport aux effets et aux biens personnels</i>	67
<i>Article 107 : Médiation</i>	67
<i>Article 108 : Visite médicale</i>	67
SECTION II : PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DU MALADE	68
<i>Article 109 : Secret professionnel</i>	68
<i>Article 110 : Obligation de réserve et de discrétion professionnelle</i>	68
<i>Article 111 : Attitude envers les patients</i>	68
<i>Article 112 : Connaissance et application de la charte de la personne hospitalisée</i>	69
<i>Article 113 : Lutte contre la douleur</i>	69
<i>Article 114 : Demande d'information</i>	69
<i>Article 115 : Information des familles par rapport aux décisions importantes</i>	69
<i>Article 116 : Respect de la liberté de conscience ou d'opinion</i>	69
<i>Article 117 : Accueil et respect du libre choix des familles</i>	69
<i>Article 118 : Adressage des avis d'aggravation de l'état des patients</i>	70
<i>Article 119 : Interdiction des réunions publiques</i>	70
SECTION III : DROITS DES PERSONNELS	70
<i>Article 120 : Liberté d'opinion – Principe de non discrimination</i>	70
<i>Article 121 : Protection contre le harcèlement</i>	70
<i>Article 122 : Liberté d'expression</i>	71
<i>Article 123 : Droit de grève</i>	71
<i>Article 124 : Droit de retrait</i>	71
<i>Article 125 : Droit syndical</i>	71
<i>Article 126 : Droit à la formation professionnelle tout au long de la vie</i>	72
<i>Article 127 : Accès au dossier personnel des agents</i>	73
CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES	74
SECTION I : REGLES DE SECURITE ET DE TRANQUILITE	74
<i>Article 128 : Nature et opposabilité des règles de sécurité</i>	74
<i>Article 129 : Accès au CHU</i>	74
<i>Article 130 : Locaux réservés</i>	75
<i>Article 131 : Calme et tranquillité au sein du CHU</i>	75
<i>Article 132 : Personnel de sécurité</i>	75
<i>Article 133 : Signalement des dommages de nature pénale</i>	75
<i>Article 134 : Rapports avec l'autorité judiciaire</i>	75
<i>Article 135 : Règles générales d'hygiène et de propreté</i>	76
SECTION II : REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT	76
<i>Article 136 : Autorisation de circuler</i>	76
<i>Article 137 : Code de la route</i>	76
<i>Article 138 : Emplacements des stationnements</i>	76
<i>Article 139 : Emplacements de stationnement réservés</i>	76
<i>Article 140 : Interdiction de stationner</i>	77
<i>Article 141 : Comportement des conducteurs automobiles</i>	77
<i>Article 142 : Stationnement pendant plus de 24 h</i>	77
<i>Article 143 : Déplacement d'office des véhicules</i>	77
SECTION III : DISPOSITIONS GENERALES	78
<i>Article 144 : Entrée en vigueur du règlement intérieur</i>	78
<i>Article 145 : Mise à disposition du règlement intérieur</i>	78
<i>Article 146 : Autres règlements intérieurs</i>	78
<i>Article 147 : Modification du règlement intérieur</i>	78

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Dijon Bourgogne, établissement pivot du GHT 21/52, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, de l'accueil et de la prise en charge des usagers ainsi que de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers.

Il est arrêté par le Directeur Général CHU Dijon Bourgogne après concertation avec le Directoire menée lors de sa séance en date du 13 septembre 2022, et présenté :

- A la Commission Médicale d'Établissement du 10 novembre 2021 pour consultation ;
- Au Comité Technique d'Établissement du 04 novembre 2021 pour consultation ;
- Au Conseil de Surveillance du 15 décembre 2022 pour avis.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est informée des modifications portées au règlement intérieur.

Ledit règlement à été modifié pour la dernière fois le 15 décembre 2022.

CHAPITRE 1 : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU CHU

SECTION I : LE CHU DE DIJON

Article 1 : Statut et sites géographique de l'établissement

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon est un établissement public de santé, dont son ressort territorial est régional.

Son siège social est fixé 1 Boulevard Jeanne d'Arc à Dijon (21).

Le CHU de Dijon est doté de la personnalité morale de droit public et dispose de l'autonomie administrative et financière.

Le CHU de Dijon déploie son activité sur 3 sites principaux qui sont les suivants :

- Le site hospitalier François-Mitterrand – Le Bocage, 1 Bd Jeanne d'Arc 21079 Dijon
- Le centre gériatrique de Champmaillot, 2 rue Jules Violle – 21000 Dijon
- USP La Mirandière, 1 rue de la Gouge – 21800 Quetigny

La capacité d'accueil totale est de 1774 lits et places (chiffres-clefs 2021).

Article 2 : Missions

2.1 Missions générales d'un établissement public de santé :

Conformément aux dispositions de l'article L6111-1 du Code de la santé publique, le CHU de Dijon a pour missions :

- d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, blessés et des femmes enceintes ;
- de délivrer les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ;
- de participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent ;
- de participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- de mener, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

2.1 Missions de service public d'un établissement public de santé :

Conformément aux dispositions de l'article L6112-1 du Code de la santé publique, le CHU assure les missions de service public suivantes :

- La permanence des soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- Les actions de santé publique ;
- La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatrique ;
- Les soins dispensés aux personnes détenues ou, retenues.

SECTION II : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CHU DE DIJON

Article 3 : Le Conseil de Surveillance

Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, le CHU de DIJON est doté d'un Conseil de Surveillance.

3.1 Composition :

Le conseil de surveillance compte 15 membres :

- Des représentants des collectivités territoriales :
 - le maire de la ville siège de l'établissement ou son représentant
 - un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que la commune, siège de l'établissement
 - le président du Conseil Général ou son représentant
 - un représentant du Conseil Général du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que le département, siège de l'établissement
 - un représentant du Conseil Régional

- Des représentants du Personnel :
 - un membre désigné par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (C.S.I.R.M.T.)
 - deux membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement (CM.E.)
 - deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives
- Des personnalités qualifiées ;
 - deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
 - trois personnalités qualifiées désignées par le Préfet du département siège de l'établissement, dont au moins deux représentants des usagers

Siègent par ailleurs avec voix consultative :

- le Vice-président du Directoire, Président de la CME
- le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ou son représentant
- le représentant de la structure chargée de la réflexion sur l'éthique
- le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- le Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de médecine
- un représentant des familles de personnes accueillies à l'EHPAD

Le Directeur Général du CHU, Président du Directoire, participe aux réunions du Conseil de Surveillance assisté, selon son choix, des membres de l'équipe de direction.

3.2 Présidence :

La présidence du Conseil de Surveillance est assurée par l'un de ses membres, élu pour une durée de cinq ans, parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

3.3 Attributions :

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

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

Il donne son avis sur :

- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- la charte de gouvernance mentionnée au III de l'article L. 6143-7-3 ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à [l'article L. 6148-2](#) ;
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance se voit présenter annuellement :

- a) Les observations du directeur général de l'agence régionale de santé 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.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire.

Les comptes de l'établissement étant soumis à certification en application de l'article [L. 6145-16](#), le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

3.4 Règlement intérieur du Conseil de Surveillance :

L'organisation et le fonctionnement du Conseil de Surveillance du CHU de DIJON sont décrits dans le règlement intérieur de cette instance, partie intégrante du règlement intérieur de l'établissement.

Article 4 : Le Directeur Général du CHU et l'équipe de direction

4.1 Nomination :

Le Directeur Général du CHU, établissement support du GHT 21/52, nommé selon la réglementation en vigueur, assure la conduite générale de l'établissement dont il est en outre le représentant légal.

4.2 Attributions :

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins.

Il propose au Directeur Général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Le directeur nomme les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales, sur présentation d'une liste de propositions comportant au moins trois noms, établie conjointement par le président de la CME et le directeur de l'UFR.

Le directeur nomme le membre du personnel non médical au sein du directoire sur présentation d'une liste de propositions comportant au moins trois noms, établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le directeur nomme les chefs de pôle d'activité clinique ou médico-technique par décision conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'UFR.

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

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Il assure la présidence du directoire. Après concertation avec le directoire, le directeur de l'établissement :

- 1- Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 2- Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement et en lien avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 3- Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- 4- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-

techniques en ce qui concerne les équipements médicaux et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

- 5- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel, après avis du conseil de surveillance ;
- 6- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- 7- Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité ;
- 8- Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération sanitaire ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux ;
- 9- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- 10- Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat public privé et les conventions de location ;
- 11- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- 12- Conclut les délégations de service public ;
- 13- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- 14- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- 15- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement ;
- 16- Arrête le plan blanc ;
- 17- Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale ;
- 18- Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes.

Il assure le secrétariat du Conseil de Surveillance assisté d'un ou plusieurs de ses collaborateurs.

Pour assurer sa mission de conduite générale de l'établissement, le Directeur Général est entouré d'une équipe de direction.

4.3. Prévention des conflits d'intérêt

Le Directeur Général de du CHU, établissement support du GHT 21-52, pensant se trouver en situation de conflit d'intérêts peut déléguer ses pouvoirs à un membre de l'équipe de direction afin de faire cesser ou de prévenir ce conflit. Il en informe sans délai le Conseil de Surveillance.

Article 5 : Le Directoire

Conformément à la réglementation en vigueur, le CHU de Dijon est doté d'un Directoire.

5.1 Composition :

Le Directoire comporte 11(onze) membres, dont une majorité appartenant à la communauté médicale :

- Le Directeur Général, Président,
- Trois (3) vice-présidents dont :
 - Un (1) 1er Vice-président, Vice-Président chargé des Affaires Médicales (Président de la CME)

- Un (1) Vice-président, Directeur de l'UFR de Médecine
- Un (1) Vice-président, chargé de la Recherche
- Le Président de la C.S.I.R.M.T.
- Un (1) professionnel soignant non médical
- Cinq (5) professionnels qui appartiennent aux professions médicales (médecine, chirurgie, pharmacie, maïeutique, odontologie)

Il est possible de nommer jusqu'à trois (3) personnes qualifiées ayant voix consultative.

Chaque membre est nommé selon les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur.

Le règlement intérieur de l'instance arrête les modalités concernant la désignation des personnes invitées au Directoire

5.2 Présidence :

La présidence du Directoire est assurée par le Directeur Général du CHU conformément à la réglementation.

5.3 Attributions :

Le Directoire a pour attributions :

- D'approuver le projet médical ;
- D'approuver le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de préparer sur cette base le projet d'établissement
- De conseiller le Directeur Général dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le président du Directoire organise une concertation avec les membres du Directoire sur les sujets suivants :

- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Le rapport social unique et la politique d'intéressement,
- Le programme d'investissement,
- L'EPRD et le plan global de financement pluriannuel,
- Le compte financier,
- L'organisation interne de l'établissement et la signature des contrats de pôle
- La constitution et la participation à des coopérations ou des réseaux,
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location,
- Le projet d'établissement,
- Les délégations de service public,
- Le règlement intérieur de l'établissement,
- L'organisation du travail et des temps de repos en l'absence d'accord avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement,
- Le plan de redressement,
- Le plan blanc,
- Les prises de participation et les créations de filiale,
- Les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation.

5.4 Règlement intérieur du Directoire :

L'organisation et le fonctionnement du Directoire du CHU Dijon Bourgogne sont décrits dans le règlement intérieur de cette instance, partie intégrante du règlement intérieur de l'établissement.

L'ordre du jour est arrêté conjointement par le Président du Directoire et le 1^{er} Vice-Président du Directoire.

Les minutes du Directoire retraçant les sujets de l'ordre du jour et, le cas échéant, les résultats des concertations ou les orientations corollaires, sont co-validés par le Président du Directoire et le 1^{er} Vice-Président du Directoire.

Article 6 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

6.1 Composition :

La **composition** de la commission médicale d'établissement des centres hospitaliers universitaires est fixée comme suit :

1° Pour le CHU de DIJON, ce nombre est fixé à 15.

2° Des représentants élus parmi les responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;

3° Des représentants élus parmi les personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement ;

4° Des représentants élus parmi les praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ;

5° Des représentants élus parmi les personnels temporaires ou non titulaires, les personnels contractuels ou ceux exerçant à titre libéral dans l'établissement ;

6° Un représentant élu parmi les sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;

7° Des représentants des internes dont un pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie.

8° Des représentants des étudiants hospitaliers comprenant un représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine, un représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant pour les étudiants en second cycle des études de maïeutique.

Les représentants mentionnés aux 3° et 4° sont en nombre égal.

Assistent en outre avec **voix consultative** :

1° Le président du directoire, ou son représentant ;

2° Les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine, ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical et, lorsqu'ils existent, le directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie et le directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;

3° Le président de la C.S.I.R.M.T. (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) ;

4° Le praticien responsable de l'information médicale ;

5° Le représentant du comité social d'établissement, élu en son sein ;

6° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

7° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

8° Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Le président du directoire peut, en outre, se faire assister par les personnes de son choix.

La commission médicale d'établissement peut désigner, en concertation avec le directeur de l'établissement, aux plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

La répartition et le nombre des sièges au sein de la CME sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines existant dans l'établissement.

Les membres de la CME sont désignés conformément à la réglementation.

6.2 Présidence et vice présidence :

Les mandats de président et de vice-président de la CME sont exercés par des membres de cette commission élus parmi les praticiens titulaires. Conformément à la réglementation applicable aux centres hospitaliers_universitaires, le président est élu parmi les représentants des personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les représentants des praticiens de l'établissement.

6.3 Attributions :

La commission médicale d'établissement élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement. Elle participe à leur mise en œuvre. Elle contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

La CME est dotée des attributions suivantes :

Elle est **consultée** sur :

1° Les projets de délibération soumis au Conseil de Surveillance ;

2° Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;

3° Le plan de redressement ;

- 4° L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- 8° Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance ;
- 9° Les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures ;
- 10° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 11° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 12° La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- 13° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 14° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 15° La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.
- 16° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 17° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 18° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 19° L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- 20° Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

Elle est **informée** sur :

- 1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 2° Les contrats de pôles ;
- 3° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 5° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

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

1° Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;

2° Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence avec la politique territoriale du groupement ;

3° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;

4° La déclinaison des orientations stratégiques du groupement en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;

5° Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;

6° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;

7° La mise en œuvre des conventions d'association avec les groupements hospitaliers de territoire.

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

1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins, ainsi qu'à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;

2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

4° La prise en charge de la douleur ;

5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement.

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

1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ;

2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier ceux admis en urgence ou en hospitalisation non programmée ;

3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;

4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant, par secteur d'activité ;

5° L'organisation des parcours de soins.

La CME :

- 1- Propose au Directeur Général le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2. Il comprend les actions permettant de répondre aux recommandations du rapport de certification et ceux à mettre en œuvre au titre des engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi. La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.
- 2- Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le Directeur Général du CHU tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

6.4 Les sous-commissions de la CME :

La Commission Médicale d'Etablissement constitue en son sein des sous-commissions spécialisées qui contribuent, par leurs avis, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé énumérés à l'article L 5311-1 du CSP (médicaments, prélèvements, PSL, biomatériaux, etc.)
- La lutte contre les infections nosocomiales
- La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- La lutte contre les affections iatrogènes
- La prise en charge de la douleur

Le Conseil de Surveillance arrête la répartition des matières à examiner par chacune de ces sous-commissions.

Le Directeur Général arrête la liste des membres de chaque sous-commission. Il décide également qui en assurera le secrétariat.

Le président et le vice-président de chaque sous-commission sont désignés par le président de la CME après avis de cette instance.

Les sous-commissions spécialisées comprennent parmi leurs membres :

- Deux membres de droit : le Directeur Général (ou son représentant) et le Président de la CME (ou son représentant),
- Des praticiens, membres de la CME et désignés en son sein,
- Des professionnels, médicaux ou non, dont l'expertise est avérée dans le domaine de compétences de la sous-commission. Il peut s'agir :
 - des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes désignés par la CME
 - des personnels paramédicaux désignés par le Président de la CSIRMT
 - d'autres experts si besoin,
 - du responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ou le correspondant local des sous-commissions en charge des questions relatives

- aux infections nosocomiales, à la biovigilance, à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, à la pharmacovigilance, à la matériovigilance ou à la réactovigilance
 - du directeur de l'établissement de transfusion sanguine référent et le correspondant d'hémovigilance pour les questions relatives à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance
- Un représentant du CTE et un représentant du CHSCT.

Il est possible dans le cadre d'une action de coopération que les experts cités ci-dessus, exercent à l'extérieur du CHU.

Les représentants des usagers de la Commission des Usagers (CDU) assistent avec voix consultative aux séances de la CME à l'ordre du jour desquelles figure la présentation du programme annuel et du rapport d'activité de ces sous-commissions.

Il est loisible à toute personne compétente sur un sujet inscrit à l'ordre du jour des sous-commissions précitées, de demander à y être entendue.

Chacune de ces sous-commissions se réunit au moins 3 fois par an, sur convocation de son président ou à la demande d'un tiers au moins de ses membres. L'ordre du jour est fixé par le président.

Les sous-commissions de la Commission Médicale du Centre Hospitalier Universitaire de DIJON sont les suivantes :

- Comité de Coordination des Vigilances
- Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- Comité de LUTte contre la Douleur
- Comité de Liaison Alimentation et Nutrition
- COMmission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles
- Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins
- Commission des Effectifs Médicaux
- Commission du Développement Professionnel Continu
- Commission des Equipements et des Travaux
- Commission des Gaz et Fluides Médicaux
- Commission de la Qualité et de la Sécurité des Soins

6.5 Règlement intérieur de la CME :

L'organisation et les modalités de fonctionnement de la CME sont décrites dans le règlement intérieur de cette instance, partie intégrante du règlement intérieur du CHU.

Article 7 : Le Comité Social d'Établissement (CSE)

7.1. Composition

Le Comité social d'établissement comporte 15 membres représentants du personnel désignés à l'issue des élections professionnelles conformément à la réglementation en vigueur.

Un représentant de la commission médicale d'établissement assiste, avec voix consultative, aux réunions du CSE.

7.2 Présidence et secrétariat

Le CSE est présidé par le Directeur Général du CHU ou par son représentant, l'un ou l'autre pouvant se faire assister du (ou des) collaborateur(s) de son choix, sans que ce(s) dernier(s) puisse(nt) prendre part aux votes. Le secrétaire est élu par les représentants du personnel du CHU

7.3 Attributions

Le CSE est consulté sur les matières suivantes :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- 3° Le plan global de financement pluriannuel ;
- 4° 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 ;
- 5° L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- 6° Les projets de réorganisation de service ;
- 7° La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- 8° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- 9° 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 ;
- 10° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 11° Les politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations ;
- 12° Les projets de lignes directrices de gestion (LDG) relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels.

Le CSE est informé sur les matières suivantes :

- 1° La situation budgétaire de l'établissement ;
- 2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- 3° Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;

Le CSE débat chaque année sur les matières suivantes :

- 1° La programmation des travaux de l'instance ;
- 2° L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

7.4 Règlement intérieur du CSE

L'organisation et les modalités de fonctionnement du CSE sont décrites dans le règlement intérieur de cette instance, dans le respect du cadre réglementaire relatif au CSE.

Article 8 : La Formation Spécialisée de la Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT)

8.1 Composition

La F3SCT comporte :

- 15 membres représentants du personnel non médicale désignés à l'issue des élections professionnelles conformément à la réglementation en vigueur.
- Deux représentants du corps médical élus par la CME

Assistent à titre consultatif le médecin du travail ; le représentant du service d'hygiène ; les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés et notamment de manière permanente le directeur des services techniques ou son représentant ; l'ergonome, en fonction de l'ordre du jour, le directeur des affaires économiques et logistiques.

L'agent de contrôle de l'inspection du travail est systématiquement invité aux séances de la formation spécialisée.

8.2 Présidence et secrétariat

La F3SCT est présidée par le Directeur Général ou son représentant.

Le secrétaire est élu par les représentants du personnel du CHU. La F3SCT se réunit au moins une fois par trimestre.

8.3 Attributions

La Formation Spécialisée est compétente sur les questions relatives à :

- la protection de la santé physique et mentale,
- l'hygiène,
- la sécurité des agents dans leur travail,
- l'organisation du travail,
- le télétravail,
- les enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques,
- l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

La Formation Spécialisée est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

Elle est également consultée sur :

- les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et avant toute transformation importante des postes de travail, à l'exception des projets s'intégrant dans une réorganisation de service examinés directement par le CSE ;
- les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents ;
- les plans blancs (article L. 3131-7 du code de la santé publique) ;
- 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 handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

La Formation Spécialisée rend un avis sur le rapport annuel, soumis par le président, faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail ainsi que sur

le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Elle peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention.

La Formation Spécialisée examine le rapport annuel établi par le médecin du travail et a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique.

La Formation Spécialisée procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents, notamment les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L.4161-1 du code du travail.

La Formation Spécialisée contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels et peut proposer des actions qu'elle estime utiles dans cette perspective. Elle peut proposer des actions de prévention du harcèlement sexuel et des violences sexistes et sexuelles.

La Formation Spécialisée présente annuellement au CSE le bilan de ses travaux.

Enfin, elle suggère toute mesure de nature à améliorer la santé et la sécurité du travail, à assurer la formation des agents dans les domaines de la santé et de la sécurité.

8.4. Règlement intérieur

Le règlement intérieur du CSE comporte les dispositions valant règlement intérieur de sa formation spécialisée santé sécurité et conditions de travail.

Article 9 : Les Commissions Administratives Paritaires (CAPL)

9.1 Organisation générale des CAP(s) :

Les CAPL sont instituées par l'assemblée délibérative et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement. Au nombre de neuf, elles correspondent chacune à un collège professionnel :

- trois commissions pour les corps de catégorie A,
- trois commissions pour les corps de catégorie B,
- trois commissions pour les corps de catégories C.

9.2 Composition :

Les Commissions Administratives Paritaires Locales comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le Conseil de Surveillance, d'autre part des représentants élus par le personnel.

9.3 Présidence et secrétariat de séance :

La présidence est assurée par le Président du Conseil de Surveillance, ou son représentant.

Le secrétariat est assuré par un agent de l'établissement désigné par le Directeur Général.

Les séances ne sont pas publiques.

9.4 Attributions :

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes sur toutes les questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation des agents..

Un membre de la Commission Administrative Paritaire ne peut se prononcer sur le cas d'un agent d'un grade supérieur, ni sur son propre cas.

9.5 Règlement intérieur des CAPL :

Le fonctionnement des CAPL fait l'objet d'un règlement intérieur.

Article 10 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

10.1 Composition :

La Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée comme suit :

- le coordonnateur général des soins, membre de droit,
- En outre, des représentants élus constituent trois collèges :
- le collège des cadres de santé des trois filières,
- le collège des personnels infirmiers et personnels de rééducation et médico-techniques,
- le collège des aides- soignants.

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

Certains autres membres siègent à la CSIRMT, avec voix consultative :

- les directeurs de soins qui assistent le Coordonnateur Général des soins,
- les directeurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et des écoles paramédicales rattachés à l'établissement,
- un représentant des élèves infirmiers de 3^{ème} année, désigné par le Directeur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers,
- un élève aide-soignant nommé par le Directeur Général du CHU, sur proposition du directeur de l'Institut de Formation ou de l'école ou des directeurs des Instituts de Formation,
- un représentant de la CME.

Le Président du Directoire arrête la liste des membres composant la commission.

10.2 Présidence :

Le Coordonnateur Général des soins assure la présidence de la CSIRMT.

10.3 Attributions :

La Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est obligatoirement consultée pour avis sur 1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;

2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;

3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;

4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;

5° La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

6° La politique de développement professionnel continu ;

7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement,
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 du CSP,
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

10.4 Règlement intérieur de la CSIRMT :

L'organisation et le fonctionnement de la CSIRMT sont décrits dans le règlement intérieur de cette instance, partie intégrante du règlement intérieur de l'établissement.

Article 11 : La Commission des Usagers (CDU)

11.1 Composition :

La Commission est composée de membres de droit :

- le Directeur Général du CHU, ou son représentant ;
- deux médiateurs et leurs suppléants :
 - le médiateur médecin et ses deux suppléants : ils sont désignés par le Directeur Général du CHU parmi les médecins exerçant dans l'établissement ou ceux ayant cessé depuis moins de cinq ans, d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur;
 - le médiateur non médecin et son suppléant : ils sont désignés par le Directeur Général du CHU, parmi le personnel non médical exerçant dans l'établissement.
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Elle comprend en outre :

- Le président de la Commission Médicale d'Etablissement, ou son représentant ;
- Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et son suppléant, désignés par le Coordonnateur Général des soins ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, désignés en son sein par les membres du Comité Social d'Etablissement ;
- Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, désignés par cette instance, parmi les personnalités qualifiées ainsi que les membres représentant les collectivités territoriales.

Le directeur en charge de la politique Qualité au CHU, assiste avec voix consultative aux séances de la Commission, laquelle peut en outre entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour d'une séance

11.2 Présidence et Vice-Présidence :

Le Président et le Vice-Président de la CDU sont élus pour une durée de trois ans renouvelables deux fois parmi les membres figurant aux 1° à 3° du I de l'article R. 1112-81 du Code de la Santé Publique. En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le Vice-Président.

11.3 Attributions :

La CDU veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle participe également à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la CME. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites données. Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la CME. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données. Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.

En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée

Elle rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport annuel. Ce rapport ne comporte que des données anonymisées. Il est transmis au Directeur Général du CHU, à la CME, au CTE, à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et au Conseil de Surveillance.

Le projet des usagers est proposé par la CDU en vue de l'élaboration du projet d'établissement. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement (CME) contribue à son élaboration

11.4 Règlement intérieur de la CDU :

L'organisation et le fonctionnement de la CDU sont décrits dans le règlement intérieur de cette instance, partie intégrante du règlement intérieur de l'établissement.

Article 12 : Autres instances (liste non exhaustive)

D'autres instances contribuent également au bon fonctionnement de l'Etablissement. Outre les sous-commissions spécialisées de la CME, citées plus haut, on dénombre les instances suivantes :

- la commission d'activité libérale (CAL),
- la commission d'appel d'offres (CAO),
- la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS),
- la commission des locaux (CL),
- la commission des effectifs (CE),
- la commission développement durable (CDD),
- le conseil de la vie sociale de l'EHPAD
- le comité opérationnel des pôles (COP)

SECTION III : L'ORGANISATION MEDICALE DU CHU DE DIJON

Article 13 : Code de déontologie médicale

Le Praticien doit soigner avec la même conscience tous les malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments que ceux-ci lui inspirent.

Le Praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées aux circonstances.

Le Praticien ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Le Praticien a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

Article 14 : Les pôles d'activités médicales

Pour l'accomplissement de ses missions, l'établissement est organisé en pôles d'activités médicales définis par le Directeur Général du CHU, conformément au projet d'établissement, après avis du Président de la CME et du Directeur de l'UFR de médecine. Leur nature et leur périmètre doivent revêtir une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée. Les pôles participent aux performances de la gestion de l'établissement en fonction des moyens qui leurs sont délégués et dans le respect des objectifs qui leurs sont assignés.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle les membres du personnel enseignant et hospitalier des CHU, les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels et les cliniciens hospitaliers. Ils sont nommés par le Directeur Général, le Président de la CME et le Directeur de l'UFR des Sciences de Santé pour quatre ans, renouvelable après présentation du projet de pôle et concertation du Directoire.

Le Directeur Général, le Président de la CME et le Directeur de l'UFR des Sciences de Santé co-nomment les chefs des pôles cliniques ou médico-techniques conformément à la réglementation en vigueur.

Au sein du CHU de DIJON, le chef de pôle assure la gestion du pôle en étroite collaboration avec un chef de pôle adjoint proposé par le chef de pôle au Directeur Général avec avis du Président de la CME. Dans toute la mesure du possible, il sera recherché dans chaque binôme « chef de pôle – chef de pôle adjoint » une représentation des praticiens hospitaliers universitaires et des praticiens hospitaliers non universitaires. La désignation du chef de pôle adjoint intervient à une échéance aussi rapprochée que possible de celle du chef de pôle. Elle se matérialise par une décision du Directeur Général.

L'organisation interne mise en place au sein de l'établissement prévoit également la participation au fonctionnement du pôle de Directeurs Délégués. Ces Directeurs Délégués, qui peuvent intervenir sur un ou plusieurs pôles, sont désignés par le Directeur Général. Ce dernier peut mettre fin à leurs fonctions lorsque des modifications sont apportées à l'organigramme de l'équipe de direction du CHU. Une organisation différente sera mise en place progressivement en parallèle à l'affectation d'un Assistant de gestion par Pôle.

Il peut être mis fin aux fonctions de chef de pôle dans l'intérêt du service, par co-décision du Directeur Général, du Président de la CME et du Directeur de l'UFR des Sciences de Santé.

Le chef de pôle est assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur Général. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un des collaborateurs du chef de ce pôle, est une sage-femme.

Les chefs de pôle doivent suivre une formation adaptée d'une durée de soixante heures, et ce, dans les deux mois suivant leur nomination. Cette formation est également suivie par le chef de pôle adjoint.

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle (*arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôle*).

Sous l'autorité du Directeur Général, le chef de pôle :

- met en œuvre au sein du pôle, la politique générale de l'établissement et les actions définies dans le contrat passé conjointement avec le Directeur Général et le Président de la CME, afin d'atteindre les objectifs assignés au pôle ;
- élabore le projet de pôle qui prévoit l'organisation générale et les orientations d'activités dudit pôle, ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et la sécurité des soins ;
- organise avec les équipes médicales, paramédicales et cadre(s), sur le(s)quel(s) il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle ;
- à ce titre, valide l'organisation du temps médical et s'assure auprès du responsable de la structure interne, de l'élaboration, ainsi que de la communication à la Direction des Affaires Médicales, dans les délais impartis, des tableaux de service mensuels, prévisionnels comme réalisés ;
- négocie et conclut le contrat interne du pôle qui définit les objectifs et les moyens du pôle.

Un contrat de pôle est établi pour quatre ans, sur la base de l'organisation définie par le Directeur Général. Ce contrat arrête les objectifs assignés au pôle, notamment ceux en matière de politique et de qualité des soins, et fixe quantitativement et qualitativement, les moyens qui lui sont attribués. Il définit le périmètre de la délégation de gestion concédée au chef de pôle et les modalités d'exercice de cette délégation, ainsi que les règles de l'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Il détermine enfin, les types d'indicateurs permettant d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs.

Le contrat de pôle est signé par le Directeur Général après avis du Président de la CME et du Directeur de l'UFR de Médecine

Après la conclusion du contrat de pôle, le chef de pôle élabore un projet de pôle, qui, en application du projet d'établissement, prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et la sécurité des activités, ainsi que l'évaluation des soins, pour les pôles d'activités cliniques ou médico-techniques. Le projet de pôle comporte également des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.

Chaque année, un rapport d'activité et d'évaluation est établi dans les mêmes conditions ; celui-ci précise l'état d'avancement du projet et comporte une évaluation de la qualité des soins. Ce rapport est remis au Directeur Général et, concernant les pôles d'activités cliniques ou médico-techniques, au Président de la CME.

L'évaluation annuelle des résultats du pôle s'accompagnera d'un intéressement si les objectifs fixés au contrat ont été atteints. Cet intéressement sera de nature collective et forfaitaire ; il ne pourra être utilisé qu'au financement de dépenses à caractère non pérenne (équipements, formations, travaux).

A contrario, l'inexécution du contrat entraînera sa suspension. Ce fait sera pris en compte dans la définition des objectifs et des moyens alloués au pôle l'année suivante.

Le service demeure l'unité de base de l'organisation médicale et médico-technique du CHU. Chaque service est placé sous la responsabilité d'un médecin, biologiste ou pharmacien, chef de service. Ce dernier organise le fonctionnement technique de son service, aidé par un cadre en rapport avec la spécialité du service.

Article 15 : Le personnel médical

- Les personnels hospitalo-universitaires (les Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (PUPH), les Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH), les Chefs de Clinique-Assistants (CCA) et les Assistants Hospitaliers Universitaires (AHU)) exercent tout à la fois des fonctions de recherche, d'enseignement (à l'UFR de Médecine ou de Pharmacie) et de soins et diagnostic dans les services hospitaliers.
 - Ils consacrent la totalité de leur activité professionnelle à ces missions et participent aux tâches de gestion qu'elles peuvent impliquer.
- Les Praticiens Hospitaliers Temps Plein consacrent la totalité de leur activité professionnelle (dix demi-journées par semaine) dans les services du CHU. Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier. Ils doivent notamment :
 - assurer le service normal de jour,
 - participer aux services de garde et astreinte,
 - participer aux jurys de concours organisés par le Ministère chargé de la Santé,
 - tenir un dossier individuel par malade et le registre de service.
- Les Praticiens Hospitaliers Temps partiel exercent à raison de six demi-journées hebdomadaires. Leur activité peut être ramenée à cinq, voire quatre demi-journées par semaine dans certaines disciplines ou spécialités, et sous réserve d'y avoir été autorisés. Les praticiens à temps partiel participent, au service normal de jour et aux services de garde et astreinte.
- Les Assistants des hôpitaux sont des praticiens recrutés par contrat, et que s'associe le CHU pour une durée maximale de 6 ans. Les assistants généralistes et les assistants spécialistes des hôpitaux exercent à temps plein ou à temps partiel, des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention, ou bien effectuent sous l'autorité du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de service ou de département, des actes pharmaceutiques ou biologiques.

Les assistants participent à la continuité des soins ou à la permanence pharmaceutique conjointement avec les autres membres du corps médical ou pharmaciens de l'établissement.
- Les Praticiens attachés exercent, dans le cadre d'un contrat, des fonctions hospitalières et participent, sous l'autorité du chef de service, à l'ensemble des missions du service public hospitalier. Leurs obligations de service sont fixées par un contrat qui détermine un nombre de demi-journées hebdomadaires.
- Des Praticiens contractuels peuvent être recrutés, à temps plein ou à temps partiel, pour exercer des fonctions temporaires, effectuer des remplacements, ou occuper des postes restés vacants.
- Les Internes exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité des médecins seniors dont ils relèvent. Leurs obligations normales de jour sont de 11 demi-journées par semaine. Ils bénéficient d'autorisations d'absence dans le cadre de leur formation.

- Les internes et faisant fonction d'internes, affectés dans les services cliniques sont associés à la visite et la contre-visite des malades. Ils participent aux services de garde et astreinte et dispensent les soins lorsque le l'urgence de la situation ne permet pas d'attendre la venue du responsable du service ou de l'un de ses collaborateurs, docteurs en médecine. En dehors de ces cas d'urgence, les internes ne peuvent procéder à des interventions à caractère invasif, ni à des opérations chirurgicales. En aucun cas, l'interne ou le faisant fonction d'interne ne doit se décharger de ses fonctions sur les étudiants en médecine ou pharmacie présents.
- Les étudiants en médecine et en pharmacie participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité :
 - du personnel médical et des internes en médecine pour ce qui concerne les étudiants en médecine DCEM2, DCEM3, DCEM4,
 - des pharmaciens, du personnel médical et des internes en pharmacie pour ce qui concerne les étudiants en pharmacie de 5ème année.
 - Les étudiants en médecine en stage au CHU sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils perçoivent des indemnités de stage conformément aux dispositions réglementaires.
 - Les étudiants en pharmacie sont chargés de contribuer à la bonne dispensation des médicaments. Ils perçoivent, durant 12 mois, des indemnités de stage conformément aux dispositions réglementaires. Les étudiants en Pharmacie de 5ème année effectuent des stages dans les services de Biologie et participent à l'activité de diagnostic biologique.
 - A titre dérogatoire, les étudiants de la filière industrie ont la possibilité d'effectuer 6 mois de stage à temps plein (à raison de 11 demi-journées par semaine). Le montant de leur indemnité annuelle est identique à celui perçu par leurs collègues.
- Les Pharmaciens sont chargés de l'organisation du service qui leur est confié dans les divers aspects de leur activité. Ils sont responsables de l'approvisionnement régulier des différentes unités de soins en médicaments (spécialités et préparations) et dispositifs médico-chirurgicaux stériles, ainsi que du contrôle des conditions de leur stockage.
 - Ils tiennent, selon les règles prescrites, la comptabilité des toxiques et stupéfiants.
 - Ils s'assurent en outre de la qualité des processus et résultats de la stérilisation, ainsi que celle des gaz médicaux. Pour ces derniers, ils veillent, en collaboration avec les Services Techniques, à la continuité des approvisionnements.
 - La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement, et notamment :
 - » d'assurer, dans le respect de la chaîne de qualité et des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, autres produits pharmaceutiques, et dispositifs médicaux stériles.
 - » de mener ou de participer à toute action d'information sur ces produits, ainsi que de promotion et d'évaluation de leur bon usage,
 - » de contribuer à l'évaluation de ces produits et concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, ainsi qu'à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux,
 - » de mener ou de participer à toute action susceptible d'améliorer la qualité et la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.
 - Les Praticiens Hospitaliers peuvent exercer une activité libérale au sein de l'établissement à la triple condition :

- » que les praticiens en question exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public du CHU ;
- que la durée de l'activité libérale n'excède pas chaque semaine 20 % de la durée de service hospitalier à laquelle sont astreints hebdomadairement les praticiens ;
- que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Les praticiens exerçant une activité libérale ont le choix pour l'encaissement de leurs honoraires, entre un encaissement direct par leurs soins, et un encaissement par l'administration hospitalière. Dans les deux cas, ils devront, chaque trimestre, acquitter une redevance au CHU.

Il convient de rappeler que l'article 25 du décret n°2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers pose le principe général selon lequel « les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées ». Cet article 25 est cependant indissociable du décret n°2007-658 du 2 mai 2007 pris pour son application et qui fixe les conditions dans lesquelles les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public peuvent être autorisés à exercer, à titre accessoire, une activité lucrative ou non auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé « dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui leur sont confiées et n'affecte pas leur exercice ». Cette activité est soumise à autorisation de l'autorité dont relève l'agent.

Article 16 : Organisation des soins et fonctionnement médical

Dans les services d'hospitalisation, les visites effectuées par l'équipe médicale, ont lieu chaque matin de façon régulière. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant l'heure du déjeuner des patients. Le chef de service organise une contre-visite.

Un dossier médical est constitué pour chaque patient accueilli et pris en charge dans l'établissement. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

- 1) Les informations formalisées recueillies, selon les circonstances, lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de la prise en charge au service d'accueil des urgences ou au moment de l'admission, ainsi qu'au décours de l'hospitalisation :
 - la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou décisionnaire de l'admission
 - les motifs d'hospitalisation
 - la recherche d'antécédents et de facteurs de risques
 - les conclusions de l'évaluation clinique initiale
 - le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée
 - la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou de la prise en charge aux urgences
 - les informations relatives à la prise en charge lors de l'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques prescrits et réalisés, notamment ceux d'imagerie médicale
 - les informations sur la démarche médicale (association du patient à sa prise en charge : information, consentement éclairé)
 - le dossier d'anesthésie
 - le compte-rendu opératoire ou d'accouchement
 - le consentement écrit du patient dans les cas où celui-ci est expressément requis sous cette forme par la réglementation
 - la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel

- les éléments relatifs à la prescription médicale, à l'exécution de celle-ci , et aux examens complémentaires demandés
- le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives à l'exécution des soins infirmiers
- les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ainsi que les correspondances échangées entre ces derniers

2) Les informations formalisées établies à la fin du séjour :

- le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie
- la prescription de sortie et le double des ordonnances de sortie
- la destination du patient lors de sa sortie et l'organisation de son suivi éventuel (domicile, autres structures)
- la fiche de liaison infirmière

Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la (des) personne(s) à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations.

Les prescriptions médicales sont horodatées et signées par leur auteur ; le nom du médecin signataire est renseigné de façon parfaitement lisible.

Le Directeur Général veille à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer :

- la communication aux personnes dûment autorisées à les recevoir, des informations médicales transmissibles
- la garde et la confidentialité des informations de santé, conservées dans l'établissement, conformément à la réglementation sur les archives hospitalières

Article 17 : Interventions chirurgicales

Les chirurgiens – praticiens hospitaliers et attachés – doivent procéder eux-mêmes à toutes les opérations. En dehors des cas d'urgence, les internes ne peuvent procéder, hors la surveillance directe d'un praticien hospitalier, à des opérations ou interventions chirurgicales.

Toutefois, les internes, les résidents et faisant fonction d'internes peuvent se voir confier certaines opérations ou interventions par le praticien hospitalier responsable du service, à condition qu'une telle délégation ne soit pas prohibée en raison du caractère de gravité intrinsèque de l'acte en question, d'une part, et que le responsable du service se soit préalablement et personnellement assuré pour chaque cas d'espèce que l'autorisation exceptionnelle ainsi donnée ne porte pas atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public, d'autre part.

SECTION IV : TRAITEMENT DES DONNEES NOMINATIVES

Article 18 : Réglementation applicable

Les règles d'utilisation des ressources informatiques mises à disposition des agents et collaborateurs du CHU sont régies par la Charte d'utilisation des ressources informatiques du CHU de Dijon, élaborée par la Direction des Systèmes d'Information (DSI) et validée par les instances de l'établissement (le texte intégral de la charte et son annexe sont disponibles dans la gestion électronique des documents Qualité mais aussi dans l'intranet e_chuette sous Directions/Direction des systèmes d'information/assistance aux utilisateurs).

La charte d'utilisation des ressources informatiques a pour but d'exposer les principales règles que tout utilisateur doit respecter et les précautions qu'il doit prendre pour un usage approprié des ressources informatiques tout en respectant non seulement la politique sécurité des systèmes d'information mise en œuvre par la Direction des Systèmes d'Information (DSI) mais également la confidentialité des données médicales.

Ces règles s'appliquent conformément aux textes législatifs, réglementaires et institutionnels dont elles découlent : chaque professionnel doit être conscient que sa négligence dans l'utilisation de ces ressources peut faire courir des risques au patient, à l'ensemble de l'institution ainsi qu'à lui-même.

Le non respect de la charte engage la responsabilité de l'utilisateur dès lors qu'il est démontré que les faits répréhensibles lui sont personnellement imputables.

La charte s'applique à l'ensemble des utilisateurs du système d'information du CHU de Dijon : est considéré comme utilisateur, toute personne physique quel que soit son statut (salarié, personnel intérimaire, stagiaire, consultant, partenaire, etc.) qui est amenée à faire usage des ressources informatiques.

Article 19 : Droits d'accès au réseau et aux applications informatiques

L'utilisation des ressources informatiques est soumise à des autorisations personnelles, non cessibles. Ces autorisations peuvent être retirées sur décision institutionnelle.

L'accès au réseau informatique du CHU n'est autorisé qu'aux professionnels de l'établissement titulaires d'un compte informatique composé d'un identifiant et d'un mot de passe. La DSI formule des recommandations quant à la composition du mot de passe (cf. le texte intégral de la charte).

Le mot de passe ne doit, en aucun cas, être divulgué à un tiers, et ce quelles que soient les circonstances (télémaintenance, manipulation à effectuer dans un logiciel pour le compte d'un autre utilisateur...).

L'utilisateur doit signaler à la DSI toute tentative de violation de son compte et toute anomalie qu'il peut constater.

L'accès aux applications est défini par la Commission de Sécurité des Informations Médicales en fonction du métier de l'utilisateur et peut faire l'objet de contrôle d'autorisation sur l'historique des transactions selon la législation en vigueur.

Les autorisations pour la connexion et l'accès aux applications prennent fin à la cessation d'activité dans l'établissement, même provisoire, de l'utilisateur.

Le professionnel est personnellement responsable de l'utilisation qu'il fait des ressources informatiques du CHU de Dijon : il doit réserver cette utilisation au cadre de son activité professionnelle. L'établissement peut exercer un contrôle de cet usage dans le strict respect de la législation en vigueur.

Article 20 : Equipements informatiques mis à disposition

Le CHU de Dijon met à la disposition des professionnels de l'établissement, des équipements informatiques (micro-ordinateurs, logiciels...) des moyens de communication électroniques (messagerie, accès internet...) et des bases de données (dossiers médicaux, images, vidéos...) qui sont nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

Ces équipements informatiques sont référencés par la DSI et conformes aux règles techniques et aux standards fixés par l'établissement. L'utilisateur s'interdit d'entreprendre toute action ayant pour finalité de modifier ces standards ou de neutraliser certaines de leurs fonctions.

La DSI met à disposition des utilisateurs des procédures, des recommandations et des règles de bon usage pour faciliter l'utilisation des outils. Ces éléments sont accessibles notamment par les moyens suivants : les serveurs bureautiques, le site intranet du CHU, la newsletter de la DSI.

La DSI offre un service d'assistance aux utilisateurs, joignable par un numéro de téléphone unique : 12345. Ce service est assuré par une équipe dédiée pour le traitement des incidents.

Pour des nécessités de maintenance et de gestion technique, l'utilisation des ressources informatiques peut être analysée et contrôlée par la DSI dans le respect de la législation en vigueur.

Article 21 : Responsabilités de l'utilisation des ressources informatiques

21.1 Protection des équipements informatiques :

Tout professionnel est personnellement responsable de l'utilisation qu'il fait des ressources informatiques du CHU de Dijon. L'usage de ses ressources doit être réservé au seul cadre de son activité professionnelle.

Dans toute la mesure du possible, les matériels informatiques doivent être conservés dans des locaux fermant à clef, ou dans des locaux dont l'accès est réglementé et placé en permanence sous le contrôle des utilisateurs.

Il est formellement interdit d'effectuer l'une des opérations suivantes, sans accord préalable de la DSI : déplacer du matériel informatique connecté au réseau du CHU de Dijon, installer des périphériques sur les micro-ordinateurs du CHU de Dijon, changer les prises réseau d'un micro-ordinateur, installer un modem sur des équipements informatiques qui sont habituellement connectés au réseau du CHU de Dijon, installer un micro-ordinateur n'appartenant pas au CHU de Dijon, installer des logiciels n'entrant pas dans les standards fixés par l'établissement.

Le CHU de Dijon pratique une politique de sécurité extrêmement rigoureuse en matière de lutte contre les virus informatiques. Tous les micro-ordinateurs connectés sur le réseau de l'établissement sont dotés d'un logiciel anti-virus dont la bibliothèque des virus connus est régulièrement mise à jour. Afin de permettre aux micro-ordinateurs de bénéficier de cette mise à jour, ceux-ci doivent rester connectés au réseau.

L'usage ou le transport des matériels informatiques hors de l'enceinte du CHU est autorisé pour les portables, pour un usage professionnel répondant aux besoins du CHU avec l'accord de la hiérarchie.

L'utilisateur doit éteindre son ordinateur ou verrouiller sa session de travail à chaque fois qu'il quitte son poste de travail.

21.2 Protection des données informatiques :

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du malade font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le malade, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. La Commission Nationale Informatique et Libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à cette Commission nationale avant d'être mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les malades peuvent s'adresser à la Direction.

Les stockées sur le disque dur des PC du CHU de Dijon sont sous la responsabilité de l'utilisateur.

Il est recommandé de privilégier l'utilisation des espaces de stockage sécurisés et sauvegardés (serveur bureautique) mis à disposition par la DSI.

Les utilisateurs de matériels informatiques s'engagent, quel que soit l'endroit où ils se trouvent, à sécuriser leur matériel ainsi que l'accès aux données qu'il contient : l'utilisateur ne doit jamais transporter l'intégralité des fichiers qui auraient un caractère sensible ou une valeur stratégique pour l'établissement.

Les informations et données médicales sensibles stockées sur les supports amovibles (disque dur d'un poste portable par exemple) seront, à terme, cryptées au moyen de l'outil de chiffrement qui sera mis à la disposition des utilisateurs conformément aux directives institutionnelles.

Il est proscrit d'enregistrer, conserver ou transmettre : des données médicales nominatives, en dehors des règles définies par l'institution et notamment hors du respect de la charte de confidentialité, des fichiers contenant des éléments protégés par les lois sur la propriété intellectuelle (sauf à posséder les autorisations nécessaires), ou solliciter auprès de tiers l'envoi de tels fichiers en pièces jointes, des informations portant atteinte à l'intégrité et à la conservation des données de l'établissement ainsi qu'à son image interne et externe, des fichiers d'un autre utilisateur sans l'accord formel et écrit de ce dernier.

21.3 Usage des nouvelles technologies :

Sur un ordinateur ou un téléphone professionnels, seuls ont vocation à être consultés les sites internet présentant un lien direct avec l'activité professionnelle et nécessaires à l'exercice de celle-ci. Il est notamment interdit de consulter, télécharger ou stocker des documents de tout type à caractère violent, pornographique, raciste ou négationniste, susceptible de porter atteinte au respect de la personne humaine et à sa dignité ainsi qu'à la protection des mineurs.

L'ordinateur ou le téléphone portable mis à disposition du salarié étant un outil de travail dont l'utilisation ayant vocation à être purement professionnelle, le CHU se réserve le droit de vérifier les connexions internet et leur contenu en cas de doute sur l'usage du matériel informatique par un professionnel.

Réalisation de photos ou vidéos : la captation et fixation d'images photos ou vidéo du patient requiert le consentement express de ce dernier s'il est identifiable.

21.4 Usage de la messagerie :

L'utilisation des outils de messagerie électronique est par principe destinée à un usage professionnel.

La transmission de données de nature médicale nominative est interdite à l'extérieur de l'établissement sauf à utiliser un système de messagerie sécurisé (chiffrement, signature électronique) validé par la DSI.

Toute utilisation de la messagerie électronique à des fins promotionnelles est interdite. L'envoi en nombre de messages à des utilisateurs qui sont sans rapport avec leur mission institutionnelle est interdit. L'envoi à l'ensemble des destinataires du CHU est réservé au service communication et aux directions fonctionnelles après accord du service communication.

En contrepartie de l'attribution d'une boîte aux lettres électronique, le CHU de Dijon s'autorise à faire figurer les coordonnées de leurs détenteurs, dans tout document interne à l'établissement, notamment l'annuaire du CHU.

Article 22 : Sanctions en cas de non respect des règles d'utilisation des ressources informatiques

Le non respect de la charte d'utilisation des ressources informatiques, dont les principes sont exposés précédemment, engage la responsabilité de l'utilisateur dès lors qu'il est démontré que les faits répréhensibles lui sont personnellement imputables.

Le non respect de la charte informatique peut entraîner une suppression d'accès aux services, conduire à des sanctions disciplinaires internes ou des sanctions pénales prévues par la législation en vigueur

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS, HOSPITALISES OU CONSULTANTS

SECTION I : ADMISSIONS (DISPOSITIONS GENERALES)

Article 23 : Modes d'admission

L'admission à l'hôpital est prononcée par le Directeur Général ou son représentant, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

En dehors des cas d'urgence, l'admission est décidée au vu d'un certificat du médecin traitant ou celui établi par un praticien exerçant au service des consultations de l'établissement, et qui atteste de la nécessité d'une prise en charge de la personne en hospitalisation. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis le patient, mais sans faire mention du diagnostic qui motive l'admission ; il est accompagné d'une lettre cachetée émanant du médecin traitant ou du médecin de consultation, et qui contient tous les renseignements d'ordre médical, utiles au praticien du service hospitalier, lui permettant d'établir son diagnostic et de prescrire un traitement.

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

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins en urgence, le Directeur Général du CHU doit prononcer l'admission et prendre les mesures pour que ces soins urgents soient assurés, et ce, même en l'absence de pièces d'état civil et(ou) d'informations sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

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. A défaut, un procès-verbal du refus est établi et contresigné par deux agents du service.

Article 24 : Transfert après premiers secours

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline non représentée dans l'établissement et(ou) faisant appel à une technique qui n'y est pas pratiquée et(ou) qui nécessite des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou bien qu'en raison d'un manque de lits, l'admission du patient peut présenter un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le Directeur Général ou son représentant doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement à même d'assurer sa prise en charge.

Article 25 : Personne(s) à prévenir

Dès l'admission d'un patient en hospitalisation, le service de la clientèle propose à celui-ci de désigner une(ou plusieurs) personne(s) à prévenir en cas de nécessité. Toutes les mesures utiles doivent être prises pour que la famille d'un malade ou blessé admis en urgence, soit prévenue par le cadre soignant ou l'infirmier(e) responsable du patient, et ce en respectant la volonté de l'intéressé sur la nature des informations le concernant et qu'il souhaite voir communiquer.

Article 26 : Désignation d'une personne de confiance

Dès son admission, le patient peut désigner une personne dite « de confiance », qui peut être distincte de la (des) personne(s) à prévenir. La personne de confiance est une personne majeure, suffisamment proche du patient pour ne rien ignorer de ses convictions et être en relation avec lui depuis un certain temps.

La personne de confiance aide le patient, si ce dernier le souhaite, dans les démarches qu'il a à accomplir à l'hôpital et assiste à ses entretiens afin de l'aider dans la prise de décision.

Sa présence peut se révéler indispensable si le patient n'est plus en mesure de recevoir et comprendre les informations médicales, ni consentir à la réalisation des actes thérapeutiques qui lui sont proposés. Elle devient alors la personne consultée en priorité par l'équipe médicale afin de témoigner de la volonté et des souhaits du patient. L'équipe médicale adapte ainsi au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et des convictions du patient.

La désignation d'une personne de confiance est facultative ; elle doit être faite par écrit et le document qui en fait foi, figurer dans le dossier médical du patient. Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Si le patient fait l'objet d'une mesure de protection avec représentation à la personne, cette désignation n'est possible qu'après accord du juge du contentieux et de la protection. Selon le choix opéré par le patient, la désignation dure le temps de l'hospitalisation ou pour les hospitalisations ultérieures. Elle est révocable à tout moment par écrit. Il suffit que le patient en avertisse le personnel hospitalier et désigne, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

La personne désignée doit cosigner le formulaire si elle accepte cette désignation. Elle peut néanmoins refuser d'être la personne de confiance du patient, ou demander à tout moment, de ne plus l'être.

La personne de confiance ne dispose pas du droit d'accès direct au dossier médical du patient.

Article 27 : Directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. La personne chargée de la mesure de protection ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment, et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées au moyen d'un formulaire mis à disposition par le CHU.

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

Article 28 : Dépôt des objets de valeur

Pour tout séjour en hospitalisation programmée, le patient est invité à limiter l'apport de valeurs au sein de l'établissement. Une information lui est faite dans ce sens. Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer auprès de l'administration du CHU le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qu'il détient. Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur par les hospitalisés sont remis, après inventaire effectué dans le service de

soins par le personnel soignant, à un agent du CHU, régisseur de dépôt, ou à la Trésorerie Principale.

Si le malade ou blessé est inconscient lors de son admission, un inventaire contradictoire des sommes d'argent, objets et vêtements dont il est porteur, est aussitôt dressé et signé conjointement par un représentant de l'établissement et l'accompagnant éventuel du patient. Le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre. La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration d'un objet ou vêtement résulte de la nature ou d'un vice de ce dernier, ni lorsque le dommage a été la conséquence directe de l'exécution d'un acte médical ou de soins.

Article 29 : Restitution des objets de valeur

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par un Régisseur de l'établissement, soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité, et en cas de décès sur production d'un certificat d'hérédité. Le patient peut se faire représenter par un mandataire pouvant attester de son identité et muni du reçu, ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Article 30 : Libre choix du service et du praticien par le malade

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

En dehors des cas d'urgence, le malade peut librement et personnellement choisir son praticien. Ce choix, exprimé doit être compatible avec l'organisation du service et des soins. Ainsi, ce libre-choix ne peut aller à l'encontre de l'organisation du tour de garde ou des consultations. Il convient en outre de rappeler que le patient est pris en charge par une équipe soignante et non par un unique praticien, d'une part, et que tous les médecins et internes du service sont à même d'obtenir des informations sur l'état du patient, d'autre part. Enfin, l'exercice de ce libre-choix n'autorise pas un malade à s'opposer pour des motifs à caractère religieux, à ce qu'un membre de l'équipe de soins procède à certains actes interventionnels sur sa personne.

Article 31 : Régime d'hospitalisation

Le CHU de Dijon propose à tous les malades qu'il reçoit, un régime commun d'hospitalisation. Toutefois, en fonction du nombre de chambres disponibles, les patients peuvent demander à être admis en chambre à un lit. La majoration de tarif qui en résulte peut, le cas échéant, être prise en charge par les régimes d'assurances complémentaires.

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

En fonction des pathologies et des soins qu'elles requièrent, les patients peuvent avoir besoin d'une hospitalisation de jour et n'être accueillis dans le service que le temps d'une journée.

Certains praticiens du CHU ont la possibilité de recevoir leurs malades à titre privé. Les honoraires sont alors fixés par le praticien concerné.

Article 32 : Consultations externes en activité libérale à l'hôpital

Les malades peuvent, sur leur demande et avec l'accord du médecin concerné, être admis au titre de l'activité libérale des praticiens exerçant à temps plein. En principe, aucun malade ne peut être transféré en secteur d'activité privée s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur d'activité publique, ni être transféré en secteur d'activité publique s'il a été admis au titre du secteur d'activité privée. Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le Directeur Général du CHU, sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit, et après accord du chef de service.

Des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que certains praticiens hospitaliers exercent en sus de leurs consultations publiques. En matière de consultations externes, le choix du secteur libéral implique les mêmes conditions particulières que celles prévues pour les hospitalisations sous ce même régime.

L'encaissement des honoraires d'activité libérale est effectué selon les modalités déterminées par la loi.

Les praticiens du CHU qui exercent une activité libérale sont tenus d'assurer l'information complète des patients, notamment concernant les tarifs qu'ils pratiquent.

Article 33 : Prise en charge des frais d'hospitalisation

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents et informations nécessaires à l'obtention par le CHU, de la prise en charge des frais d'hospitalisation de la part de l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent, ainsi que, le cas échéant, de leur organisme d'assurance complémentaire.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, des documents nécessaires à la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle doivent être munis de l'attestation C.M.U.

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 du service de gestion de la clientèle du CHU, pendant la durée de leur hospitalisation.

Les patients qui ne bénéficient d'aucun des régimes de protection énumérés ci-dessus, peuvent être appelés à signer un engagement de paiement, ou invités à verser à titre de provision au moment de leur admission, une somme qui pourra être réévaluée en fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, et dont le montant viendra en déduction de l'avis des sommes à payer au titre de leur séjour. Le service social de l'établissement peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Le service social aide le patient dans toutes les démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation et qu'il aurait à engager.

Le forfait journalier (fixé chaque année par le Ministère de la Santé) et le ticket modérateur peuvent rester à la charge du patient, si celui-ci n'est pas couvert par un régime d'assurance complémentaire.

SECTION II : ADMISSIONS (DISPOSITIONS PARTICULIERES)

Article 34 : Admission des femmes enceintes

Le Directeur Général ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, ni refuser l'admission d'une femme enceinte dans le mois qui précède la date

présumée de l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, en vertu des dispositions de l'article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée, et aucune enquête n'est entreprise. Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans une maison maternelle du Département ou celles avec lesquelles le Département a passé convention. Le Directeur Général du CHU doit alors informer de cette admission le Directeur Général de l'ARS

Article 35 : Admission des mineurs

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

Si lors de l'admission d'un mineur, il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci et de pratiquer les actes liés à l'intervention ne pourrait, en cas de nécessité, être obtenue rapidement des personnes titulaires de l'autorité parentale (en raison, notamment, de leur éloignement, ou pour toute autre cause) ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'intervention.

Dans le cas où les personnes titulaires de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite dans un bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

Il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale dans le cas où il y a refus de signer cette autorisation, ou que le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli.

Il y a cependant deux exceptions :

- les cas d'urgence : le chef de service (ou le praticien ayant la responsabilité temporaire du service) qui a constaté l'urgence et a décidé de l'intervention, l'assume personnellement.

Cette décision d'intervenir est portée à la connaissance du représentant légal du mineur.

L'indication de cette nécessité d'intervenir en urgence doit figurer au dossier médical, en précisant la date et l'heure de la décision.

- l'article L 1111-5 du Code de la Santé Publique : il permet au médecin de se dispenser de l'accord des parents dans le cas où celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur l'état de santé du mineur.

Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus de son représentant légal ou en cas d'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le Procureur afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Si le mineur est porteur de bijoux ou d'objets de valeur et que la famille désire qu'il les conserve par devers lui, une décharge devra être demandée à l'accompagnant afin de dégager la responsabilité du CHU

Lorsqu'à l'admission d'un enfant, un médecin découvre ou suspecte qu'il est victime de mauvais traitements, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités administratives ou judiciaires compétentes

Article 36 : Admission des militaires

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par l'instruction générale n°200 du 28 janvier 1983.

Si le Directeur Général du CHU est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état de santé réclame des soins urgents, il signale cette admission au Délégué Militaire Départemental ou, à défaut, à la Gendarmerie. Dès que l'état de santé du militaire le permet, celui-ci est évacué sur l'Hôpital des Armées le plus proche.

Article 37 : Malades relevant des services de psychiatrie

37.1 Règle générale : l'hospitalisation libre :

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

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

Article 37.2 Règles d'exception : les soins psychiatriques sans consentement :

Une personne atteinte de troubles mentaux peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement ; l'admission en soins psychiatriques sans consentement peut alors intervenir selon les modalités suivantes : sur décision du directeur de l'établissement ou à la demande du représentant de l'Etat.

Article 37-2-1 Les soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement

Il existe trois modalités d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement.

Article 37-2-1-1 : l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être admise en soins psychiatriques sans son consentement que si les conditions suivantes sont réunies :

- Les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement
- L'état mental de la personne impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance constante en milieu hospitalier, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète.

La demande de soins émane soit d'un membre de la famille du malade, soit d'une personne justifiant de l'existence de relations antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.

Les personnels soignants de l'établissement d'accueil ne peuvent rédiger une telle demande.

La demande d'admission doit comporter les mentions manuscrites suivantes : la formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques, les nom, prénom, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ; leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande, la date et la signature. La demande peut être soit intégralement manuscrite ; à défaut, un formulaire pré-rempli peut être complété selon les indications précitées.

La demande de soins doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours, le 1^{er} ne pouvant être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Les certificats médicaux doivent être horodatés.

L'admission en soins psychiatriques sans consentement est subordonnée à la vérification de l'ensemble des pièces justificatives.

Article 37-2-1-2 : l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI)

Lorsqu'il est impossible d'obtenir une demande de tiers selon les conditions définies précédemment et qu'il existe un péril imminent pour la santé du patient, l'admission en soins psychiatriques sans consentement peut être prononcée au seul vu d'un certificat médical circonstancié.

Le certificat médical ne peut en aucun cas émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Dans cette hypothèse, le directeur est tenu d'informer, dans un délai de vingt quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne faisant l'objet de soins.

Article 37-2-1-3 : l'admission en soins psychiatriques en cas d'urgence (SPU)

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Cette modalité d'admission requiert une demande de soins répondant aux conditions définies à l'article 35-2-1-1 et un certificat médical circonstancié.

Article 37-2-2 les soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)

Au vu d'un certificat médical circonstancié, le Préfet prononce, par arrêté, l'admission en soins psychiatriques sans consentement (SPDRE) d'une personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou, portent atteinte, de façon grave à l'ordre public.

Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

En cas de danger imminent pour la sûreté attesté par avis médical, le maire arrête à l'égard des personnes dont les troubles mentaux toutes les mesures provisoires nécessaires à charge pour lui d'en référer dans les vingt quatre heures au Préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques (SPDRE).

Article 38 : Régime d'hospitalisation

Le CHU de Dijon propose à tous les malades qu'il reçoit, un régime commun d'hospitalisation. Toutefois, avec l'ouverture de son nouveau site, un accueil en chambre individuelle est souvent possible. La majoration de tarif qui en résulte peut, le cas échéant, être pris en charge par les régimes d'assurance complémentaire.

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

En fonction des pathologies et des soins qu'ils requièrent, les patients peuvent avoir besoin d'une hospitalisation de jour et n'être accueillis dans le service que le temps d'une journée.

Certains praticiens du CHU ont la possibilité de recevoir leurs malades dans le cadre de leur activité libérale (voir article 39 ci-dessous).

Article 39 : Consultations externes en activité libérale à l'hôpital

Les malades peuvent, sur leur demande et avec l'accord du médecin concerné, être admis au titre de l'activité libérale des praticiens exerçant à temps plein. En principe, aucun malade ne peut être transféré en secteur privé s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être

transféré en secteur public s'il a été admis au titre du secteur privé. Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le Directeur Général du CHU, sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit, et après accord du chef de service.

Des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que certains praticiens hospitaliers exercent en sus de leurs consultations publiques. En matière de consultations externes, le choix du secteur libéral implique les mêmes conditions particulières que celles prévues pour les hospitalisations sous ce même régime. Les honoraires sont fixés librement par le praticien qui doit veiller à le faire avec tact et mesure.

L'encaissement des honoraires d'activité libérale est effectué selon les modalités déterminées par la loi. Les praticiens du CHU qui exercent une activité libérale sont tenus d'assurer l'information complète des patients, notamment concernant les tarifs qu'ils pratiquent et leur affichage.

Article 40 : Admission de majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection

Le majeur frappé d'une mesure de protection judiciaire ou juridique est dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté. La mesure est individualisée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé.

Il convient de distinguer deux situations :

1) Le majeur bénéficie d'une mesure d'assistance à la personne, il doit recevoir toutes les informations médicales le concernant. L'information de la personne chargée de la mesure d'assistance est subordonnée à l'accord de l'intéressé, au regard du secret médical. Seul le majeur consent à la réalisation des actes de prévention, de diagnostic ou de soins.

2) Le majeur bénéficie d'une mesure de représentation à la personne, l'information lui est délivrée, s'il est en capacité et en état d'exprimer sa volonté, ainsi qu'à son protecteur. Le consentement du patient doit systématiquement être recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision le consentement.

Le consentement de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée.

Le juge peut également autoriser le tuteur à représenter l'intéressé, y compris pour les actes ayant pour effet de porter gravement atteinte à son intégrité corporelle. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision, à leur demande ou d'office.

Article 41 : Admission de patients étrangers

Les étrangers sont admis dans l'Etablissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Néanmoins, conformément à l'article R 716-9-1 du Code de la Santé Publique, le CHU peut, en l'absence de prise en charge certaine des frais d'hospitalisation d'un patient étranger, non ressortissant d'un pays de l'Union Européenne, demander à celui-ci une provision préalablement à son admission. Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne, bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

Article 42 : Admission des malades toxicomanes

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

Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées, un certificat nominatif mentionnant les dates, durée et objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes que l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire a enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, s'effectuent selon les conditions prévues par les articles L 3413 - 1 à L 3413 - 3 du Code de la Santé Publique.

Article 43 : Admission des détenus

Les détenus malades ou blessés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé, ou les prévenus qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont à la diligence du Préfet et après autorisation du Ministre de la Justice, admis dans une chambre ou un local d'un service du CHU où un certain isolement est possible et la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour les autres malades et l'exécution du service hospitalier.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation, avant réception de l'autorisation du Ministre de la Justice.

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la Justice, prise en application de l'article D.382 du code de procédure pénale, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier, dans le cadre de l'activité libérale des praticiens, si la surveillance prévue à l'alinéa précédent ne gêne pas les autres malades.

Les agents de l'Administration Pénitentiaire et les forces de police sont invités à respecter le repos des malades et à veiller à exercer leur mission avec discrétion et tact, en tenant compte notamment du travail des personnels hospitaliers.

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du code de procédure pénale. Les mesures de surveillance et de garde relèvent exclusivement de la compétence des personnels de la police ou de la gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou celle de la police.

Article 44 : Existence et rôle de l'Unité Médico-Judiciaire et de l'Institut Médico-Légal

Conformément à la circulaire CRIM 2012-12-E6-25-04-2012 (06-1910-H5) classant l'UMJ de Dijon en organisation O3A (moyens mutualisés avec l'Institut Médico-Légal) sur le ressort du Tribunal de Grande Instance de Dijon, les examens de médecine légale du vivant, les examens cliniques et prélèvements biologiques, exécutés sur réquisitions judiciaires en application des articles L 234-4 et L 235-2 (4^{ème} alinéa) du code de la route et les examens de thanatologie pour ce qui concerne les levées de corps et les examens externes de corps, requis sur ce ressort, seront effectués dans les locaux du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon par l'unité médico-judiciaire (UMJ).

SECTION III : SOINS PARTICULIERS

Article 45 : Don et utilisation du sang

45.1. Don du sang :

A l'occasion de leur passage ou séjour au CHU, les personnes peuvent se déclarer volontaires pour le don de leur sang dans le cadre d'une collecte organisée par l'Etablissement Français du Sang, organisée sur le site de l'établissement.

Le don du sang ou de composants du sang doit être volontaire et gratuit et pratiqué sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin de l'Etablissement Français du Sang. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ou indirecte.

45.2. Transfusions sanguines :

L'administration de produits sanguins est réalisée avec des produits validés fournis par l'Etablissement Français du Sang de Bourgogne/Franche-Comté

Pour certaines interventions chirurgicales programmées, les patients peuvent éventuellement se faire prélever leur propre sang en vue d'une transfusion autologue.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient (ou son représentant légal) est informé chaque fois que cela est possible et par écrit avant toute administration sur sa personne, d'un produit sanguin labile. Un suivi transfusionnel est pratiqué pour tout patient transfusé.

45.3. Sécurité transfusionnelle :

Les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires sont effectuées préalablement à toute administration d'un produit sanguin. Le CHU établit un dossier transfusionnel, classé dans le dossier médical du patient, pour chaque personne bénéficiant d'une transfusion. Si une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion apparaît, le correspondant d'hémovigilance du CHU informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion fournisseur. Le patient est tenu informé de la situation.

Article 46 : Dons et prélèvements d'autres produits et éléments du corps humain

46.1. Principes généraux :

a - Consentement : le consentement du donneur vivant est obligatoire. L'absence d'opposition exprimée de son vivant par le donneur potentiel décédé, doit être recherchée.

b - Gratuité : aucun paiement ne peut être alloué à un donneur vivant ou à la famille d'un donneur décédé. Tous les frais inhérents à un prélèvement sont pris en charge par le CHU et ce, conformément à la réglementation.

c - Anonymat : sauf en cas de nécessité thérapeutique, l'identité du donneur et celle du receveur ne doivent pas être communiquées.

d - Sécurité sanitaire : une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont assurés.

46.2. Prélèvements sur une personne vivante :

a - Don d'organe(s)

Le prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être opéré que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère du receveur. Aucun prélèvement d'organes, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne

vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne.

Par dérogation, peuvent être autorisés à se prêter à un prélèvement d'organe dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur son conjoint, ses frères ou sœurs, ses fils ou filles, ses grands-parents, ses oncles ou tantes, ses cousins germains et cousines germaines ainsi que le conjoint de son père ou de sa mère. Le donneur peut également être toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur ainsi que toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur.

En cas d'incompatibilité entre une personne ayant exprimé l'intention de don et une personne dans l'intérêt de laquelle le prélèvement peut être opéré en application du I rendant impossible la greffe, le donneur et le receveur potentiels peuvent se voir proposer le recours à un don croisé d'organes. Dans ce cadre, le nombre maximal de paires de donneurs et de receveurs consécutifs est limité à six.

Le don croisé d'organes consiste pour un receveur potentiel à bénéficier du don d'une autre personne qui a exprimé l'intention de don et également placée dans une situation d'incompatibilité à l'égard de la personne dans l'intérêt de laquelle le prélèvement peut être opéré, tandis que cette dernière bénéficie du don d'un autre donneur.

Le donneur, préalablement informé par le comité d'experts des risques qu'il encourt, des conséquences éventuelles du prélèvement et, le cas échéant des modalités du don croisé, doit exprimer son consentement au don et, le cas échéant, au don croisé devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par lui. En cas d'urgence vitale, le consentement est recueilli, par tout moyen, par le procureur de la République. Le consentement est révocable sans forme et à tout moment.

b - Prélèvement de tissus et cellules lors d'opérations (résidus opératoires)

Ces prélèvements peuvent être réalisés uniquement sur un majeur juridiquement capable et dans un but thérapeutique ou à des fins scientifiques. Lorsqu'un « résidu » organique résultant d'une intervention chirurgicale est conservé à des fins thérapeutiques, il est nécessaire d'informer la personne ayant subi l'intervention sur les contraintes liées aux contrôles sérologiques imposés par l'utilisation des éléments qui lui ont été prélevés

c - Prélèvements sur une personne décédée

Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité.

Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est révocable à tout moment.

Si la personne décédée était un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Article 47 : Participation à des recherches cliniques ou biomédicales

Les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à toute autre personne volontaire, de participer à un projet de recherche clinique ou biomédicale, dans les

limites et conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires qui visent à protéger les personnes.

Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'appréciation d'un Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB).

Sous réserve de dispositions réglementaires spécifiques, aucun essai ou expérimentation ne peut être mené sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprimé par écrit de la part de la personne concernée. Cet accord écrit est consigné après que le médecin investigateur a informé complètement et précisément la personne, selon les modalités prévues par la loi.

Toute personne concernée (ou son représentant légal) est libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à des recherches biomédicales.

Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement : pour les mineurs, les majeurs protégés légalement, ou ceux dans l'incapacité d'exprimer leur consentement, et les femmes enceintes, parturientes ou mères qui allaitent.

Les patients hospitalisés sous un régime de contrainte en psychiatrie (HDT ou HO), ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé.

Avant le commencement d'un projet de recherche, la Direction Générale du CHU doit toujours être informée de la nature et des modalités de projet et avoir donné son accord.

Une procédure particulière s'applique lorsque le CHU est sollicité pour être promoteur d'un projet.

Article 48 : Menace sanitaire grave

En cas d'afflux massif de malades ou de blessés, ou de situation sanitaire exceptionnelle (SSE) le dispositif « plan blanc » peut être déclenché par le Directeur Général du CHU ou son représentant, conformément aux dispositions des articles L.3110.7 à L.3110-10 du Code de la Santé Publique (Loi 2004-806 du 9 août 2004).

Ce dispositif est décliné au sein de tous les services de l'établissement susceptibles d'être impliqués, lesquels disposent des coordonnées individuelles des membres de leur équipe, ainsi que les modalités de leur propre organisation.

SECTION IV : CONDITIONS DE SEJOUR

Article 49 : Accueil, information et consentement du patient

L'accueil des patients et de leurs proches est assuré à tous les niveaux par un personnel spécialement préparé à cette mission. Dès son arrivée dans l'établissement, chaque patient reçoit un livret d'accueil comportant la charte de la personne hospitalisée et toutes les informations qui lui seront utiles pendant son séjour.

Les hospitalisés doivent être informés par tous moyens adéquats des noms des praticiens et professionnels appelés à leur donner des soins. Le droit à l'information est assuré par le personnel médical et paramédical. Cette information porte sur les types d'investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur caractère d'urgence éventuelle, leurs conséquences possibles, les risques normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les solutions alternatives envisageables, et, d'une manière générale, sur les conséquences estimées, en cas de refus des unes et des autres.

Dans ce sens, a été élaboré un guide d'information, en cas de dommages liés aux soins à disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée au patient dans les conditions décrites ci-dessus. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte médical ne peut être pratiqué sur une personne sans le consentement libre et éclairé de celle-ci. Ce consentement peut être retiré à tout moment à l'initiative de l'intéressé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Cependant, et sans qu'il soit porté atteinte à ces dispositions, les médecins du CHU peuvent, après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter des soins indispensables à sa survie, réaliser ces actes, strictement nécessaires, dans le seul but de le sauver.

En dehors d'une situation d'urgence ou face à l'impossibilité de prévenir la personne de confiance, un membre de la famille ou, à défaut un des proches du patient, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sur celui-ci, lorsqu'il est hors d'état d'exprimer sa volonté.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Article 50 : Information des proches

Dans chaque service, les médecins reçoivent la famille des hospitalisés, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à leur connaissance. En l'absence d'opposition des personnes concernées, les informations à caractère médical, telles que le diagnostic ou l'évolution de la maladie, ne peuvent être délivrées que par les médecins, et ce, dans le respect du code de déontologie médicale.

Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les cadres de santé.

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale (en dehors des dispositions de l'article L 1111-5 du Code de la Santé Publique), les hospitalisés peuvent demander qu'aucune information ne soit communiquée, par quelque moyen que ce soit, sur leur présence au CHU, ou sur leur état de santé.

Article 51 : Comportement des patients hospitalisés et consultants

Toute sortie du service doit être signalée au préalable à un membre de l'équipe soignante ; les patients doivent en outre, lors de leurs déplacements, être revêtus d'une tenue décente.

A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement en dehors du service. Le comportement général des patients ou les propos tenus par eux, ne doivent pas constituer une gêne, ni vis-à-vis des autres malades, ni à l'égard des personnels, ni au niveau du fonctionnement du service.

Ces comportements peuvent également constituer en la captation et la fixation d'images photo ou vidéo, ou la captation et la fixation audio, des professionnels du CHU, sans leur consentement, ou des autres usagers du CHU, ou d'informations les concernant, sans leur consentement libre et éclairé ou celui de leur représentant légal.

Aucune captation et fixation d'images, et ou de sons, ne sera par ailleurs admise dans l'enceinte du CHU ou dans des locaux à accès restreint en particulier. L'accord du professionnel devra systématiquement être recherché pour pouvoir effectuer une captation et ou une fixation d'image et ou de sons au cours d'un acte de soins ou d'un entretien individuel.

En cas de comportement agressif ou violent d'un usager envers un professionnel, l'établissement se réserve le droit de donner toute suite nécessaire à la protection du professionnel ; ces suites peuvent inclure le fait d'accompagner le professionnel dans une démarche judiciaire ou que le CHU porte plainte en son nom propre pour le compte du professionnel dans le cadre prévu par la loi du 9 juillet 2025.

Lorsqu'un malade, après en avoir été dûment averti, cause des désordres persistants dans le service ou à l'extérieur de celui-ci, le Directeur Général du CHU ou son représentant, prend, avec l'accord du médecin responsable, les mesures appropriées pour faire cesser le trouble ; ces mesures pouvant, le cas échéant, aller jusqu'à l'exclusion du patient, sans préjudice des mesures civiles et ou pénales pouvant être édictées par les autorités judiciaires. Les personnes hospitalisées ainsi que leurs proches veillent à respecter le bon état des locaux, équipements et objets mis à leur disposition.

Une stricte hygiène corporelle est de règle au CHU. Chacun est tenu d'observer ce précepte. Sauf cas particuliers et sous réserve de respecter les règles d'hygiène, la personne hospitalisée pourra conserver sa propre vêture et son linge personnel. Elle est tenue d'apporter son nécessaire de toilette.

Article 52 : Exercice du culte

Les personnes hospitalisées doivent être à même de pouvoir pratiquer leur culte. Elles peuvent sur demande formulée auprès du cadre de santé de l'unité de soins, recevoir la visite du ministre du culte de leur choix.

Cependant, les convictions religieuses des patients ne doivent pas avoir pour effet de porter atteinte à la qualité des soins, aux règles d'hygiène de base, à la tranquillité des autres hospitalisés, ni au fonctionnement régulier du service. Tout patient doit notamment accepter de porter la tenue réglementaire qui lui est imposée en raison des soins qui lui sont donnés.

Le libre choix du patient vis-à-vis du praticien, ne peut avoir pour effet de contrarier le fonctionnement du tour de garde des médecins ou l'organisation des consultations.

Article 53 : Choix des menus

Les menus sont arrêtés par une commission « ad hoc » comprenant, entre autres, une diététicienne.

Ils sont communiqués à chaque service, après concertation avec le comité de liaison en alimentation et nutrition.

La personne hospitalisée, dont le régime alimentaire est dit « normal », a la possibilité de choisir entre plusieurs mets, lesquels permettent d'assurer le respect des principales croyances religieuses.

Des régimes diététiques spéciaux sont en outre servis, sur prescription médicale.

Article 54 : Poursuite de la scolarité

Les enfants d'âge scolaire peuvent, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent, bénéficier au sein du CHU, d'un suivi scolaire adapté. La scolarité est organisée en tenant compte des contraintes à caractère médical.

Article 55 : Règles applicables aux personnes extérieures

55.1 Modalités d'exercice du droit de visite :

En dehors des exceptions légales (ex. : malades sous surveillance de la police) et cliniques (ex. : unités de soins spécialisées), le droit aux visites des patients s'exerce selon un cadre bien défini. Les visites ont lieu, en règle générale, tous les après-midis. Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager les horaires des visites en fonction des nécessités du service. En outre, des dérogations aux horaires habituels peuvent être autorisées à titre exceptionnel et après accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

En principe, les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis dans les chambres de malades.

De même qu'un patient peut exiger qu'aucune information ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement, il peut également refuser toute visite.

Lorsque l'état du malade le justifie, la présence d'un ou plusieurs de ses proches peut être autorisée en dehors des heures de visite. A contrario, le nombre de visiteurs à admettre auprès d'un même patient peut être limité afin de garantir la tranquillité de celui-ci.

Les personnes rendant visite aux patients hospitalisés et qui se trouvent dans l'impossibilité de prendre leur repas à l'extérieur peuvent, sous réserve des moyens d'accueil du service, obtenir qu'un repas leur soit servi. Ces repas sont facturés au « tarif visiteur », lequel est fixé chaque année par le Directeur Général du CHU.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à quitter les chambres des hospitalisés durant l'exécution des soins et examens pratiqués sur la personne des patients. Ils ne doivent pas non plus troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette dernière obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur indélicat, voire son interdiction de toute visite pourront, après avis du responsable de l'unité de soins, être décidées par le Directeur Général du CHU ou son représentant.

Les visiteurs ne peuvent procéder à la captation et fixation d'images photos ou vidéos, ou la captation et fixation audio, des professionnels du CHU, sans leur consentement, ou du patient ou des autres usagers du CHU, ou d'informations les concernant, sans leur consentement libre et éclairé ou celui de leur représentant légal. Aucune captation et fixation d'images et/ou de son ne sera par ailleurs admise dans les locaux réservés ou à accès restreint. L'accord du professionnel devra systématiquement être recherché pour pouvoir effectuer une captation et fixation d'images et/ou de son au cours d'un acte de soin ou d'un entretien individuel.

En cas de comportement inapproprié du visiteur (agressivité, menace, violence,) à l'égard d'un patient, d'un usager ou d'un professionnel de santé, le Directeur Général peut être amené à

signaler ces faits au Procureur de la République du Tribunal Judiciaire de Dijon, conformément à l'article 40 du code de procédure pénale. Un dépôt de plainte peut également être envisagé.

Les visiteurs et malades ne sont autorisés à introduire dans l'enceinte du CHU ni boissons alcoolisées, tabac, ou médicaments saufs, pour ces derniers, accord du médecin. Le cadre de santé du service doit s'opposer, dans l'intérêt-même du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou de boissons, y compris celles sans alcool, et qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit au patient.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, y compris en respectant l'interdiction de dissimulation du visage dans l'espace public tel que définit par la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 et dont la circulaire du 2 mars 2011 relative à sa mise en œuvre invite à l'inscription dans le présent Règlement Intérieur.

Ils doivent aussi éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif, notamment en faisant fonctionner des appareils sonores.

Pour des raisons de sécurité, l'usage des téléphones mobiles peut être limité dans l'enceinte du CHU.

Les visiteurs doivent en outre s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

55.2 Comportement / déplacement des accompagnants, visiteurs divers, et autres professionnels extérieurs au CHU :

L'accès aux services du CHU est réservé aux personnes qui, de par leurs fonctions, sont appelées à les fréquenter, et celles qui, aux heures des visites ont à se rendre au chevet d'un patient hospitalisé.

Le Directeur Général ou son représentant, doit être avisé de la présence de personnes autres que les patients ou proches des malades, ainsi que les professionnels du CHU, et qui fréquentent sans raison apparente, les services de l'Etablissement

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants divers, n'ont pas, au titre de leur profession, à disposer d'un droit d'accès aux patients hospitalisés, sauf accord de ces derniers ainsi que du chef de service concerné, et autorisation donnée par l'Administration.

De par leur qualité d'officiers publics, les notaires n'ont pas à solliciter d'autorisation de la part de la Direction Générale du CHU, pour se rendre auprès d'un patient qui en a fait la demande auprès d'eux.

Les associations et organismes caritatifs ou d'entraide sociale qui dépêchent des visiteurs bénévoles auprès des personnes hospitalisées doivent, préalablement à leur démarche, obtenir l'agrément de la part de la Direction Générale du CHU. Une fois agréés, leurs représentants doivent porter de façon visible, un badge permettant de les identifier.

Les animaux domestiques ne peuvent pas être introduits dans l'enceinte du CHU, à l'exception des chiens d'aveugle dont l'accès dans les bâtiments d'hospitalisation reste néanmoins limité aux halls d'accueil ou dans le cadre particulier d'un projet de service.

55.3 Sollicitations des journalistes et exercice par le patient, de son droit à l'image :

Toute sollicitation émanant des représentants de la presse écrite et audiovisuelle, doit impérativement être transférée via un formulaire délivré sur demande, au Service Communication du CHU, afin d'obtenir un accord écrit à toute « interview » de la part d'un professionnel de l'établissement ou de prise de vue dans les locaux.

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

Pour des questions d'éthique, et par application des dispositions du Code Civil relatives au droit à l'image, les patients se trouvant en chambre de réanimation ne peuvent être photographiés sans leur accord préalable par toute personne, y compris les visiteurs, membres de la famille et ami

55.4 Maison d'Accueil Hospitalière (ex Maison des Parents et des Familles) :

La Maison d'Accueil Hospitalière peut assurer l'hébergement des proches des patients hospitalisés. Une plaquette d'information est disponible dans chaque guichet d'accueil ou bureau des admissions.

Article 56 : Règles relatives à l'hospitalisation des enfants

56.1 Règles générales :

Il est souhaitable qu'un membre de la famille du patient soit présent au moment de son admission et durant son hospitalisation, du moins durant les premières heures du séjour. La présence auprès de l'enfant hospitalisé, de la mère, du père, ou de toute autre personne doit, dans la mesure du possible, être favorisée, y compris durant la nuit ; cette présence tient compte des prescriptions médicales et des conditions hôtelières et respecte le repos des autres patients. A défaut de pièces spécifiquement aménagées à cet effet, quelques chambres d'hospitalisation peuvent être dotées d'un lit pliant permettant le couchage de l'un des parents.

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les titulaires de l'autorité parentale doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement sur l'évolution de son état de santé. Il convient donc de leur indiquer les jours et heures auxquels ils pourront s'adresser à un médecin qui sera en mesure de leur donner toutes les informations utiles et, si nécessaire, d'en discuter avec eux.

Ils doivent pouvoir téléphoner dans le service pour prendre des nouvelles, et parler avec leur enfant. Sauf urgence, les titulaires de l'autorité parentale doivent, préalablement au transfert de leur enfant dans un autre service, en être informés et, de la sorte, pouvoir l'accompagner.

Quel que soit leur âge, et sous réserve de l'accord d'un médecin du service, les frères, sœurs et amis d'un enfant hospitalisé peuvent être admis en nombre limité auprès de lui et dans des créneaux horaires raisonnables de la journée.

Les enfants hospitalisés pour plusieurs jours peuvent être autorisés à retourner périodiquement à leur domicile, si le médecin responsable juge que leur état le permet.

56.2 Dispositions relatives aux droits des mineurs et des majeurs sous tutelle :

Les droits du mineur sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, sous réserve des dispositions de l'article L 1111-5 du Code de la santé publique.

Le mineur reçoit lui-même une information et participe à la prise des décisions le concernant en fonction de son degré de maturité et de son niveau de discernement. Son consentement doit ainsi être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et participer à la décision.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

En application de l'article L 1111-5 du Code de la Santé Publique, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre, dans le cas où le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur, et où ce dernier s'oppose expressément à la consultation du(des) titulaire(s) de l'autorité parentale, afin de garder le secret sur son état de santé. Dans un premier temps, le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord du mineur pour que l'un au moins des titulaires de l'autorité parentale, soit consulté. Si le mineur maintient son opposition, le médecin est autorisé à mettre en œuvre le traitement ou l'intervention, mais dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

De même, le mineur en situation de rupture familiale et qui bénéficie à titre personnel de la couverture maladie universelle, a le droit de consentir seul aux soins.

Article 57 : Alcool, tabac, stupéfiants

En application des dispositions de la Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 et des décrets n°92-478 du 29 mai 1992 et 2006-1386 du 15 novembre 2006, il est strictement interdit de fumer dans l'enceinte du CHU.

Extérieur : Le CHU étant « Lieu de Santé Sans tabac », il est interdit de fumer en dehors des abris fumeurs dédiés à cet effet.

Cette interdiction est valable pour toute personne se trouvant au CHU : usagers, professionnels (cf. article 101) et prestataires extérieurs.

L'interdiction de fumer à l'intérieur des bâtiments concerne également la cigarette électronique.

Article 58 : Service social

Un service social est à la disposition des personnes hospitalisées et de leur famille.

Les horaires de la permanence du service social sont disponibles auprès du bureau des admissions.

Les assistantes sociales interviennent au niveau des services d'hospitalisation ou de consultations, et ce, à la demande des professionnels de santé, du patient lui-même et de son entourage, ainsi que d'autres services sociaux extérieurs au CHU et partenaires de l'établissement.

Article 59 : Outils de communication à disposition des patients

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales, notamment pour la distribution et l'expédition du courrier.

Les hospitalisés ont la possibilité, sur leur demande, de disposer d'un téléphone dans leur chambre; pour ce faire, ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques aux horaires autorisés et à condition de ne pas nuire au fonctionnement des services.

Pour des raisons de sécurité, l'usage des téléphones mobiles peut être limité dans l'enceinte du CHU.

Il existe au CHU, un réseau de télévision à péage qui est géré par un opérateur privé. Afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité, les récepteurs de télévision personnels sont interdits dans les chambres.

En aucune façon, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils à émission sonore ne doivent gêner le repos du patient lui-même ou de ses voisins.

SECTION V : SORTIE DES HOSPITALISES

Article 60 : Sortie temporaire

Selon la longueur de leur séjour et en fonction de leur état de santé, les hospitalisés peuvent à titre exceptionnel bénéficier, soit de sortie d'une durée de quelques heures dans la journée, soit de sortie d'une durée maximale de quarante huit heures.

Ces sorties sont délivrées par le Directeur Général du CHU ou son représentant, après accord du médecin chef de service,

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter le CHU, dans le cadre d'une sortie temporaire, ne rentre pas dans les délais impartis, il est considéré comme sortant et ne peut être à nouveau admis que dans la limite des places disponibles.

Article 61 : Formalités de sortie

Les formalités de sortie sont assurées conjointement par le service d'hospitalisation et l'espace accueil-clientèle.

Lorsque l'état de santé du patient ne requiert plus son maintien dans l'un des services du CHU, sa sortie est prononcée par le Directeur Général, sur proposition du médecin chef de service.

La sortie d'un militaire est signalée au délégué militaire départemental ou, à défaut, à la gendarmerie.

Toutes les dispositions sont prises suite à la demande du médecin en charge du patient, pour que celui-ci soit transféré dans une structure de soins adaptée à son cas : établissement dispensant des soins de suite ou de réadaptation, ou bien des soins de longue durée.

En règle générale, la sortie des hospitalisés a lieu tous les jours de 13 h à 16 h. Cependant, pour le bon fonctionnement des services et pour tenir compte de conditions particulières d'hospitalisation, des horaires différents peuvent être pratiqués. Le bulletin de sortie délivré aux malades ne doit porter aucune mention du diagnostic, ni d'information à caractère médical relative à la maladie ayant nécessité l'hospitalisation, ni le nom du service d'hospitalisation.

Le médecin traitant doit être informé le plus tôt possible après la sortie de son client, concernant les prescriptions médicales que celui-ci doit continuer à respecter. Le médecin traitant doit recevoir de la part du praticien du CHU qui était en charge du patient, toutes les informations lui permettant, le cas échéant, de poursuivre la surveillance de ce dernier.

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

Article 62 : Sortie contre avis médical

Hormis pour les mineurs, les personnes hospitalisées sous contrainte et des détenus, les malades peuvent, à leur demande et sous réserve des dispositions de l'article L 1111-5 du Code de la Santé Publique, quitter à tout moment le CHU. Dans ce cas, un praticien du service, ou à défaut l'interne, doit clairement informer le patient des risques auxquels que celui-ci s'expose en écourtant prématurément la durée de son hospitalisation.

Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et qu'elle peut présenter un danger pour la santé du patient, celui-ci ne sera autorisé à quitter le CHU qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'il a eu connaissance des dangers que sa sortie peut avoir pour sa santé. Si le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de refus est établi et contresigné par deux agents du service.

Article 63 : Sortie disciplinaire

En dehors des cas où l'état de santé d'un malade l'interdirait, la sortie de celui-ci peut également être prononcée par mesure disciplinaire, dans les conditions et selon les modalités fixées à l'article 21, ci-dessus

Article 64 : Sortie après refus de soins

Lorsque le refus de soins met la vie du patient en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre celui-ci d'accepter les soins. Lorsque le malade ou blessé n'accepte pas les traitements, interventions ou soins qui lui sont proposés, d'une part, et en dehors d'un cas d'urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, d'autre part, sa sortie est prononcée par le Directeur Général du CHU ou son représentant, après signature par l'intéressé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal constatant ce refus est établi et contresigné par deux agents du service.

Article 65 : Sortie des mineurs

Lors de sa sortie en cours d'hospitalisation et sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire ainsi que des dispositions de l'article L 1111-5 du Code de la Santé Publique, le patient mineur ne peut, être confié qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou celles expressément autorisées par ces dernières. Pour les sorties après hospitalisation, les personnes exerçant l'autorité parentale ou celles autorisées par ces dernières, sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles informent le CHU sur le fait que le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

Sous réserve des dispositions de l'article L 1111-5 du Code de la Santé Publique, le mineur n'a pas la capacité juridique de signer une demande aux fins de quitter l'établissement contre l'avis médical. Cette demande ne peut être présentée et signée que par la personne exerçant l'autorité parentale. Dans ce cas, elle atteste par sa signature, qu'elle a eu connaissance des dangers que la sortie de l'enfant peut présenter pour sa santé. Si la personne exerçant l'autorité parentale refuse de signer l'attestation, un procès-verbal constatant ce refus est établi et contresigné par deux agents du service. Si la demande de sortie apparaît comme susceptible de mettre en danger la santé ou l'intégrité physique de l'enfant, le Directeur Général du CHU ou son représentant, saisit le Ministère public auprès du Tribunal, afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner à l'enfant les soins qui s'imposent.

Article 66 : Fugues de patients

66.1 Malade majeur :

Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du malade permet sans danger sa sortie, celui-ci est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie non souhaitable met en danger l'intégrité physique du patient, ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille, et si nécessaire en demandant le concours de la police.

Si le patient est placé sous main de justice (détenu) et faisait l'objet d'une garde dynamique au moment de sa fugue, la maison d'arrêt de Dijon et le commissariat de Police de Dijon sont immédiatement informés de sa disparition.

66.2 Malade mineur :

Dans tous les cas, la famille doit être immédiatement prévenue de la sortie d'un enfant mineur hospitalisé. Si la personne exerçant l'autorité parentale signe l'attestation prévue en cas de sortie contre avis médical, le patient mineur est déclaré sortant. A défaut, la police est alertée en vue d'effectuer les recherches appropriées.

66.3 Malade hospitalisé en psychiatrie :

- Si le patient était admis en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SDRE): il convient de prévenir le Directeur Général du CHU ou son représentant, ainsi que la Préfecture, la police et la famille ;
- Si le patient était admis en soins psychiatriques à la demande du directeur de l'établissement (SDDE), sous les différentes formes prévues par la loi (à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent): il convient de prévenir le Directeur Général du CHU ou son représentant, ainsi que la police, si le médecin considère le patient médicalement dangereux pour autrui ou lui-même, et la famille (si son existence est connue) ;

Dans ces deux situations, il convient également d'informer l'agence régionale de santé Bourgogne Franche Comté.

- hospitalisation libre : pour un mineur, seule la famille est prévenue, et seulement avec l'accord de celle-ci, la police ; pour un majeur, la famille et la police ne sont prévenues qu'avec l'accord d'un médecin du service.

Si le malade ne regagne pas le service, un rapport sera adressé, dans les 24 heures, au Directeur Général du CHU ou à son représentant.

Article 67 : Sortie des nouveau-nés

A l'exception du cas particulier des prématurés, et des situations dépendantes de nécessités médicales, ou de force majeure constatées par le médecin responsable du service, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

Article 68 : Evaluation de la qualité du séjour du patient au CHU

Tout patient hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Une fois renseigné, ce questionnaire est rendu de façon anonyme, si le patient le souhaite, et sous pli cacheté à la Direction de la Clientèle. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Chaque patient pris individuellement pourra faire l'objet d'une enquête complémentaire (par téléphone, ou autre), à l'issue de son séjour, dans le cadre du suivi des indicateurs de satisfaction des hospitalisés.

Article 69 : Transport en ambulance

La Direction de la Clientèle du CHU tient à la disposition des personnes hospitalisées qui quittent l'établissement, la liste complète des ambulanciers agréés du département. Le malade a le libre choix de son entreprise de transports sanitaires. Si le patient n'exprime aucun choix préférentiel, le CHU fait appel au tour de rôle départemental.

Les frais occasionnés pour le transport en taxi ou véhicule sanitaire des patients sont à la charge de ces derniers.

SECTION VI : RELATIONS ENTRE PRATICIENS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET PATIENTS DU CHU

Article 70 : Conservation du dossier du patient

La conservation du dossier du patient est assurée par l'administration hospitalière pour le temps défini par le Code de la Santé Publique. Cette durée est de vingt ans minimum après la dernière activation du dossier, et de dix ans après l'âge de la majorité des patients mineurs.

Si le décès du patient survient avant ces échéances, son dossier sera conservé pendant dix ans à compter de la date du décès.

Les dossiers transfusionnels doivent être conservés durant une période de trente années. Cette conservation a lieu dans les locaux recevant les archives médicales du CHU, et à titre exceptionnel et transitoire, au sein des services d'hospitalisation ou de consultation.

Article 71 : Communication du dossier du patient

Le Code de la Santé Publique indique dans son article L.1111-7 que « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (...) à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès d'un tiers qui n'intervient pas dans la prise en charge thérapeutique du patient ou qui concernent ce même tiers ». Il est précisé que la personne concernée « peut accéder à ces informations (...) au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après

qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé ». Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

Il résulte de ces dispositions que :

- la communication du dossier constitue une obligation pour l'établissement de santé et un droit pour le patient.
- le patient peut accéder directement aux informations qui le concernent, ou le faire par l'intermédiaire d'un médecin.

La loi précise que la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin qui les a consignées dans le dossier, ou qui en est le dépositaire, et ce pour des motifs tenant aux risques qu'une prise de connaissance de ces informations organisée sans précaution particulière, ferait courir à la personne concernée. Le refus exprimé par cette dernière ne fait pas obstacle à la communication des dites informations.

En pratique, la demande de communication du dossier doit être formulée par écrit (mail, courrier postal ou formulaire internet), avec indication des dates de séjour et des services d'hospitalisation concernés. Cette demande doit être adressée au service central des archives médicales (SCAM). La demande doit être accompagnée de pièces justificatives : pièce d'identité du demandeur et justificatifs de la qualité d'ayant droit, de mandataire ou de représentant légal du patient.

Avant toute communication d'un dossier de patient, le CHU s'assure de l'identité du demandeur et se renseigne, le cas échéant, sur la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire.

L'ayant droit d'une personne décédée qui souhaite accéder aux informations médicales concernant le (la) défunt(e) doit, lors de sa demande, préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations qu'il sollicite. Seules les informations médicales en lien avec le motif énoncé lui seront communiquées. Si la demande de l'ayant droit n'apparaît pas justifiée par l'un des motifs légaux (connaître les causes du décès, défendre la mémoire, faire valoir un droit), un courrier de refus motivé sera adressé au demandeur.

Article 72 : Transmission au patient des informations médicales via son « espace santé »

Si le patient ne s'est pas opposé à la création de son espace santé et si son identité a été préalablement qualifiée (c'est-à-dire vérifiée à partir d'une pièce d'identité de confiance et récupérée sur la base d'identité de référence nationale) par l'établissement lors de son admission, les documents soumis à l'obligation réglementaire d'alimentation sont déposés sur cet espace sécurisé.

Article 73 : Informations communiquées au médecin traitant

73.1 Informations à l'admission du patient :

Le CHU fait parvenir au médecin désigné par le patient ou sa famille un courrier lui faisant connaître la date, l'heure et le service d'admission de l'intéressé. Il l'invite à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à manifester son éventuel désir d'être tenu informé sur l'évolution de son état de santé.

73.2 Informations en cours d'hospitalisation :

En fonction de la durée prévisible du séjour hospitalier, et en tout état de cause, avant la deuxième semaine d'hospitalisation, le médecin responsable du service communique le plus rapidement possible au médecin traitant toute information relative à l'état de santé du patient.

73.3 Informations à la sortie du patient :

A la fin du séjour hospitalier, un courrier résumant les observations faites, les traitements effectués et, le cas échéant, la thérapeutique à poursuivre, est adressé au médecin traitant désigné par le patient lors de son admission.

Article 74 : Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale

Le médecin traitant peut assister aux interventions chirurgicales que le malade aurait éventuellement à subir au cours de son hospitalisation, sous réserve de l'accord de celui-ci. .

Article 75 : Accès au dossier des consultations externes

Les dossiers médicaux des consultations externes sont assimilés aux dossiers d'hospitalisation et suivent les mêmes règles quant à l'accès à leur contenu.

Article 76 : Communication des résultats d'examens anatomo et cyto-pathologiques

Les prélèvements de tissus ou de produits du corps humain, sont effectués par les unités de soins, les blocs opératoires ou en secteur de consultations, et les résultats de leur analyse sont adressés directement aux médecins prescripteurs conformément aux directives propres à ces disciplines. Les patients qui le souhaitent peuvent désigner tout médecin de leur choix à qui les copies des résultats seront adressées.

SECTION VII : MESURES A PRENDRE EN CAS DE NAISSANCE OU DE DECES DE PERSONNES HOSPITALISEES

Article 77 : Naissances

La déclaration de la naissance d'un enfant au CHU est effectuée auprès du Service de l'Etat civil, dans les trois jours suivant l'accouchement. Les parents sont invités à effectuer cette déclaration en s'engageant par écrit à accomplir cette démarche dans le délai légal.

En l'absence d'engagement de la part du père à accomplir cette formalité, un document déclaratif est établi à cet effet et sous la responsabilité du CHU, en suivant les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté à la mairie de Dijon par un membre du personnel de l'établissement et un double de la déclaration de naissance est conservé dans une enveloppe, à la maternité du CHU.

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'Etat Civil, le médecin responsable du service établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès.

Par contre, si un enfant est né vivant mais non viable ou que l'enfant mort-né répond aux critères de viabilité, une déclaration d' « enfant sans vie » est établie, avec inscription sur le registre des décès du CHU, et un acte correspondant est dressé par l'Officier d'Etat Civil.

Si un enfant mort-né ne répond pas aux critères de viabilité définis par l'OMS, aucun acte d'Etat civil ne peut être établi.

Article 78 : Malades en fin de vie

Lorsqu'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. En tout état de cause, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

Article 79 : Constat du décès

Le décès est constaté par un médecin ou par un interne titulaire d'une thèse. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des admissions du CHU.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au bureau des admissions. La copie de cette inscription est transmise dans les 24 heures au bureau d'Etat civil de la mairie.

Article 80 : Notification du décès

La famille ou les proches d'un patient décédé doivent, dès que possible et par tous les moyens appropriés, être prévenus, de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci, hormis dans le cas d'une hospitalisation effectuée dans le cadre de l'anonymat. Cette information est normalement assurée par le personnel soignant du service.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche,
- pour les militaires : à l'autorité militaire compétente,
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance : au Président du Conseil Général,
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.

Les décès sont attestés par le certificat prévu à l'article L 2223-43 du Code Général des Collectivités Territoriales.

Article 81 : Déclaration d'enfant sans vie

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

Article 82 : Toilette mortuaire et inventaire des biens du défunt

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt conformément au protocole institutionnel. Deux membres de l'équipe soignante sont chargés de dresser l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs... que la personne avant son décès, avait en sa possession. Cet inventaire est dressé en présence d'au

moins un témoin, puis son contenu inscrit sur un registre paginé ou carnet spécial, tenu dans chaque service.

L'inventaire est signé par le cadre de santé ou l'infirmier(e) ainsi que le témoin, puis remis dans les 24 heures au service responsable, avec les objets et valeurs qui y figurent, soigneusement enveloppés et placés dans un sac prévu à cet effet,.

Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit ou aux proches de la personne décédée. Ils sont immédiatement déposés auprès du Trésorier spécial du CHU lequel les restitue ensuite aux ayants droit. En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle du CHU.

Article 83 : Mesures de police sanitaire

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

Article 84 : Règlement intérieur du Service Mortuaire

Les principes présidant au fonctionnement du Service Mortuaire du CHU sont arrêtés dans un règlement intérieur ad hoc adopté et accessible selon les mêmes modalités que le présent règlement intérieur.

Article 85 : Présentation du corps

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Les familles peuvent demander la présentation du corps à la chambre mortuaire du CHU, pendant les heures d'ouverture de celle-ci. Elles ont en outre la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par leur propre religion.

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et ces dernières règlent à leur convenance le convoi en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix. En cas de conflit entre parents du défunt, le tribunal d'instance peut être saisi.

Si le décès pose un quelconque problème médico-légal, le corps du défunt ne peut être rendu à la famille qu'après l'accord du Parquet, ce dernier ayant autorité pour ordonner préalablement à cette restitution, une nécropsie à pratiquer par un médecin légiste.

Article 86 : Transport de corps à résidence sans mise en bière

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée au CHU, vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, doit être autorisé par le maire de Dijon.

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et son domicile,
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,

- à l'accord écrit du Directeur Général du CHU ou de son représentant,
- à l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du patient avant son décès ; ainsi, le médecin concerné doit s'opposer au transport funéraire, si le décès soulève un problème médico-légal, si la personne décédée était atteinte d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par le Ministre de la santé, ou si l'état du corps ne permet pas un tel transport. Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avertir sans délai et par écrit le Directeur général du CHU ainsi que la famille du défunt,
- à l'accomplissement préalable des formalités prévues aux articles 78, 79 et 80 du Code Civil relatives aux déclarations de décès.

Si la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, l'avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au maire de cette commune-ci, ou et au préfet de police, s'il s'agit de Paris.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai de 24 heures à compter de l'heure du décès, dans le cas où le corps n'a pas subi des soins de conservation, et dans un délai de 48 heures, s'il a subi de tels soins.

Les transports à résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet.

Article 87 : Transfert du corps en chambre funéraire avant mise en bière

Le transport du corps dans une chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu de décès ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que la personne décédée n'était pas atteinte d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la Santé. Il appartient au médecin responsable du patient avant son décès, d'établir ce certificat.

L'admission en chambre funéraire doit intervenir dans un délai de 24 heures à compter de l'heure du décès ou dans un délai de 48 heures, si le corps a bénéficié de soins de conservation. Elle a lieu sur la demande écrite, soit d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et son domicile, soit du Directeur Général du CHU, ou son représentant. Dans ce dernier cas, les frais résultant du transport sont à la charge du CHU.

Lorsque le corps doit être transporté dans une chambre funéraire située hors de la commune d'implantation du CHU la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire ou, le cas échéant, le Directeur Général du CHU ou son représentant, doit solliciter une autorisation préalable de transport auprès du maire de Dijon.

Toutes les dispositions qui précèdent ne visent que les transports mortuaires vers une chambre funéraire autre que celle du CHU où le décès est survenu.

Article 88 : Transfèrement du corps après mise en bière

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière. Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin fait procéder avant la mise en bière, au retrait du dispositif implanté

Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée.

Article 89 : Prélèvement d'organe(s)

Le CHU de Dijon fait partie des établissements autorisés à pratiquer des prélèvements d'organes sur le corps de personnes décédées.

Tout patient admis au CHU et qui entend s'opposer à un tel prélèvement sur sa personne peut, à tout moment de son séjour, faire consigner l'expression de son opposition sur le registre national des refus. Toutes les personnes qui peuvent témoigner qu'un patient hospitalisé a fait connaître qu'il s'opposait à un prélèvement de ses organes, en particulier les membres de sa famille et ses proches, font consigner leur témoignage, avec les justifications appropriées, dans le registre des refus cité plus haut. Ils doivent notamment préciser le mode d'expression du refus, les circonstances dans lesquelles celui-ci a été exprimé et, le cas échéant, sa portée.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement d'organe(s) à des fins thérapeutiques ou scientifiques établissent un compte rendu détaillé de leur intervention, ainsi que leurs constatations sur l'état du corps et des organes prélevés.

Si les circonstances ayant entraîné le décès, sont telles que le corps est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal aux fins de rechercher un élément quelconque de preuve, le médecin qui connaît ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement qui pourrait compromettre la détermination des causes du décès.

Lorsqu'un prélèvement d'organe(s) est pratiqué au CHU dans un but thérapeutique, les frais de restitution du corps du donneur à sa famille sont pris en charge par le CHU dans des conditions telles que la famille n'ait pas à exposer de dépenses supérieures à celles qu'elle aurait supportées si le prélèvement n'avait pas eu lieu.

Article 90 : Autopsie

Une autopsie pourra être pratiquée dans un but scientifique, préalablement à l'inhumation, et après autorisation du Directeur Général du CHU ou son représentant, sauf si la famille du défunt s'y oppose expressément et que le patient, de son vivant, avait fait connaître expressément son opposition. Aux fins de vérification, il est procédé à la consultation du registre national des refus. Une autopsie pourra également être pratiquée à des fins médico-légales, sur réquisition de l'autorité judiciaire.

En dehors des cas évoqués ci-dessus où la remise du corps est différée, les corps des défunts reconnus par les familles leur sont rendus. Les familles règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise de pompes funèbres de leur choix.

Article 91 : Inhumation

Les corps des défunts reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix. Lorsque dans un délai de dix jours au maximum le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, le CHU fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec la valeur des biens laissés, le cas échéant, par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, le CHU applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques des différentes catégories d'hospitalisés sont prises en charge, ou bien par les services d'aide sociale, les organismes de sécurité sociale, la commune ou l'Etat, ou bien par le CHU ou la succession du défunt, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur et notamment par l'article L 2223 – 27 du Code Général des Collectivités Territoriales.

Article 92 : Don de corps

En cas de don de son propre corps par une personne décédée au CHU, les formalités suivantes doivent être suivies:

- obtention de l'accord médical
- établissement du certificat de décès
- formulaire de reconnaissance de corps complété et signé par toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et son domicile
- accord du Directeur Général du CHU ou son représentant, après consultation du Registre national automatisé des refus de prélèvements d'organes sur une personne décédée, si le défunt a au moins 13 ans
- respect d'un délai maximum de 48 heures après le décès
- vérification que la carte du donateur est à jour

Pour les opérations de transport du corps proprement dit, les dispositions relatives au transport de corps sans mise en bière s'appliquent.

Le transport vers l'établissement légataire est à la charge de la famille du donateur alors que les frais d'inhumation ou d'incinération après utilisation du cadavre sont à la charge de l'établissement scientifique concerné.

Si l'une des formalités n'est pas remplie ou que l'organisme légataire pressenti refuse le corps, il revient alors à la famille de prendre en charge les funérailles. Celle-ci en est informée par les agents de la chambre mortuaire du CHU.

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

SECTION I : PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

Il est rappelé que les principes de la Charte sociale et éthique s'appliquent à l'ensemble des professionnels du CHU, en complément du présent Règlement.

Article 93 : Assiduité et ponctualité du personnel

L'assiduité et la ponctualité des personnels médicaux et non médicaux, administratifs, techniques et logistiques du CHU, sont à la base du bon fonctionnement de l'établissement.

Les horaires sont fixés par tableaux de service et par référence à des plannings prévisionnels de travail.

En cas d'impossibilité pour un professionnel du CHU de prendre son travail comme prévu, celui-ci doit, sans délai, en avvertir son responsable de service.

En cas de maladie, il doit en outre faire parvenir son justificatif d'arrêt dans un délai de 48 heures à la DRH. Toute absence pour congés annuels, congés liés à la réduction du temps de travail ou autorisations diverses, doit faire l'objet d'un accord délivré par le responsable hiérarchique.

Cette planification s'effectue dans le cadre du champ défini par le guide OTT.

Article 94 : Travail collectif au sein des équipes

Le travail au CHU repose en premier lieu sur le respect et le sens du collectif au sein des équipes et plus largement dans les relations entre les professionnels de l'établissement.

Les professionnels du CHU, quelle que soit leur fonction, s'inscrivent dans un travail en équipe basé sur :

- le respect et la bienveillance mutuelles, la prise en compte des contraintes professionnelles respectives
- la répartition équitable des tâches et le respect des organisations en place
- la prise en compte des champs d'exercice de chacun, tels qu'ils sont définis par la réglementation et les profils de poste.

Le caractère confraternel des relations entre les professionnels du CHU constitue l'un des fondements de l'organisation et du bon fonctionnement des équipes. Le manquement à cette obligation constitue une faute professionnelle.

Article 95 : Exécution des instructions reçues

Tout agent, quelque soit son grade ou sa fonction, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Chacun est tenu de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique et ne peut s'y soustraire que dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'ordre public ou mettre en danger les personnes concernées.

Pour assurer la continuité du service, il peut être demandé à un agent d'exécuter le travail imparti à un collègue momentanément empêché. L'exécution de cet ordre ne peut être refusée. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions codifiées par les lois et règlements en vigueur.

Article 96 : Signalement des incidents

Tout agent doit dans les meilleurs délais, informer son supérieur hiérarchique des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Tout agent qui a constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé, est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein du CHU, la vigilance sanitaire qui s'applique à la catégorie des produits concernés.

Les événements indésirables doivent par ailleurs faire l'objet d'une déclaration via le logiciel de gestion documentaire du CHU.

La charte de signalement des événements indésirables garantit la protection des déclarants. Aucune sanction disciplinaire ne peut être prise sur le seul fondement de la déclaration d'un événement indésirable.

Un dispositif de signalement dédié est prévu pour les situations de harcèlement, discrimination, violences sexistes et sexuelles. (cf. article 121)

Un dispositif dédié est prévu pour fixer le cadre des lanceurs d'alerte.

Par ailleurs, chaque agent du CHU a l'obligation, par l'intermédiaire de son cadre ou chef de service, de signaler toute disparition de médicaments, dispositifs médicaux, de badges, clés ou vêtements et tampons professionnels. Les secteurs concernés procèdent au signalement auprès de la Direction Générale.

Article 97 : Identification du personnel

Les professionnels du CHU disposent d'un badge d'identification permettant de distinguer les différentes catégories professionnelles.

Chaque agent doit porter son badge et respecter cette nécessité de pouvoir être identifié, par les autres professionnels de l'établissement, ainsi que par les patients, les usagers, et les visiteurs.

Article 98 : Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Tous les professionnels du CHU doivent veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'établissement. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradations délibérées.

Article 99 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les professionnels du CHU doivent observer strictement durant l'exécution de leur service, les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent. Ils doivent notamment, lorsqu'ils se trouvent en présence des patients, porter les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer.

Les agents ont l'obligation de prendre connaissance des procédures et modalités de fonctionnement des services et de respecter l'ensemble de celles-ci.

Article 100 : Tenue générale de service

Dans l'exercice de leurs fonctions, les professionnels du CHU doivent faire preuve d'une conduite irréprochable et adopter une tenue correcte.

Il est requis pour les professionnels en contact avec les patients, par mesure d'hygiène, d'attacher ses cheveux lorsqu'ils sont longs et de ne pas porter de bijoux aux mains et aux poignets, d'avoir des ongles courts et sans vernis.

Dans les secteurs interventionnels et aux blocs, les professionnels portent une tenue et des équipements adaptés et strictement dédiés : il est strictement interdit de sortir en tenue de soins des périmètres précités.

Le CHU assure gratuitement et à tous les agents (non administratifs), la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail identifiés. Les tenues sont fournies en quantité suffisante pour permettre leur changement régulier et ainsi garantir une hygiène vestimentaire complète. Les agents doivent obligatoirement porter leur tenue de travail durant leur temps de service et ne peuvent emporter cette vêtue à leur domicile. Le port de la tenue de travail est obligatoire durant le temps de service et celle-ci ne doit pas être emportée au domicile. L'accès au restaurant du personnel et aux zones extérieures (pour les pauses cigarette) est interdit en tenue de travail dédiée aux soins. Cette règle s'applique à tous les agents, à l'exception du personnel du département universitaire de médecine d'urgence (DUMU) qui dispose de locaux spécifiques.

La tenue de travail doit respecter impérativement la neutralité inhérente au service public

Les signes religieux sont interdits pour les professionnels, qu'ils soient discrets ou ostentatoires, à l'exception des membres des aumôneries. Un vêtement particulier ne peut être utilisé comme signe religieux « par destination » (exemple : vêtement non prévu dans les protocoles d'hygiène).

Le temps de travail étant entièrement dédié au travail, l'usage du téléphone personnel n'est pas autorisé sur le temps de travail. Il est possible de l'utiliser sur le temps de pause.

Article 101 : Alcool et tabac

Alcool

L'introduction et la consommation d'alcool sont strictement prohibées au CHU, à l'exception du vin, de la bière, du cidre et du poiré de moments festifs exceptionnels (pots de départ...) dont la tenue est dûment autorisée par la hiérarchie.

Une procédure prévoit la conduite à tenir en cas d'alcoolisation manifeste d'un professionnel sur son lieu de travail. Cette procédure prévoit les modalités selon lesquelles il peut être fait recours à un alcootest.

Tabac

Locaux intérieurs : En application des dispositions de la Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 et des décrets n°92-478 du 29 mai 1992 et 2006-1386 du 15 novembre 2006, il est strictement interdit de fumer dans l'enceinte intérieure du CHU . Il est en outre strictement interdit de fumer dans les services de soins et les locaux publics. Le personnel qui quitte le service pour aller fumer ne doit pas le faire en tenue de travail.

Extérieur : Le CHU étant « Lieu de Santé Sans tabac », il est interdit de fumer en dehors des abris fumeurs dédiés à cet effet.

L'interdiction de fumer à l'intérieur es bâtiments concerne également la cigarette électronique.

Elles s'appliquent de la même manière pour les usagers et prestataires (cf. article 57).

Article 101 bis : consommation d'alcool et stupéfiants

Les agents du CHU doivent s'abstenir de consommer des substances, telles que alcool ou stupéfiant, avant leur prise de poste ou sur leur lieu de travail, si les effets de leur consommation sont susceptibles, par leur nature, d'affecter la concentration et l'aptitude de l'agent dans l'exercice de ses missions (conduite d'engins ou de véhicules, dispensations ou réalisation de soins et actes médicaux...).

Article 102 : Lutte contre le bruit

Le silence est indispensable à la tranquillité et au repos des patients. Chacun doit contribuer à le faire respecter et en particulier la nuit (cf Charte Bruit).

Article 103 : Interdiction d'exercer une activité à but lucratif

Les agents ont l'obligation de consacrer l'intégralité de leurs activités professionnelles aux tâches qui leur sont confiées.

Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. Cependant, la loi de modernisation sociale de la fonction publique a assoupli cette interdiction ; certaines restent totalement interdites, d'autres, peuvent être autorisées sous certaines conditions sous réserve de demander l'autorisation à la DRH.

Article 104 : Interdiction des gratifications et de la promotion commerciale

Les agents du CHU ne peuvent en aucun cas recevoir, à raison de leurs fonctions, de rémunération ou de gratification de la part des patients, des familles et proches et de tout professionnel tiers intervenant au sein de l'établissement.

Aucun document de nature commerciale ne doit être visible au sein de l'ensemble des services du CHU.

Article 105 : Interdiction de conserver par devers soi, les valeurs ou objets confiés par les malades

Aucun professionnel du CHU, ne doit conserver par devers lui, des sommes d'argent ou objets de valeur qui lui auraient été confiés par des patients. Ces biens appartenant aux malades doivent être déposés par l'intermédiaire du régisseur des recettes auprès du Trésorier Principal du CHU, pour mise au coffre-fort sans délai.

Article 106 : Responsabilité par rapport aux effets et aux biens personnels

Tout professionnel du CHU est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol ou toute perte d'argent ou de bien ne sauraient être imputés à la responsabilité de l'établissement.

Article 107 : Médiation

Le CHU de Dijon organise dans chacun de ces établissements l'écoute du patient en cas de litige. Des médiateurs médicaux et non-médicaux sont en place et peuvent sur demande se rendre disponible pour entendre leurs doléances.

Le médiateur médical

Si l'usager s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité médicale, il peut demander l'assistance et les conseils d'un médiateur médical.

Les missions de ce dernier consistent à :

- prendre contact avec le plaignant (le patient ou l'un de ses proches) et lui proposer généralement un rendez-vous,
- consulter le dossier médical, avec l'accord du patient,
- compléter l'information, expliquer et essayer de résoudre les malentendus éventuels,
- informer, si besoin, sur les modalités du recours gracieux – qui fera intervenir l'assurance du CHU – et rédiger systématiquement un compte rendu de la rencontre avant de rendre compte au directeur de l'établissement – qui dispose d'un pouvoir de décision – en lui adressant, ainsi qu'aux services concernés, ses recommandations,
- indiquer au plaignant les voies de recours judiciaire possibles, si les démarches amiables ont échoué.

Le médiateur non médical

Le médiateur non médical est appelé à connaître toutes les plaintes qui ne sont pas liées à l'organisation des soins et au fonctionnement médical des services.

Ses missions et les modalités de saisine sont alors similaires à celles du médiateur médical.

Article 108 : Visite médicale

Tout professionnel du CHU, fait l'objet d'un examen médical avant son recrutement ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai qui fait suite à l'embauche. Cet examen doit être renouvelé une fois par an. Tout agent peut bénéficier à sa demande d'une visite médicale.

D'autres examens médicaux sont aussi soumis au code du travail dans les conditions définies à l'article R 241-51 du code du travail

SECTION II : PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU RESPECT DU MALADE

Article 109 : Secret professionnel

Les professionnels du CHU doivent faire preuve de discrétion pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

La confidentialité des informations relatives aux patients est une obligation absolue dont la transgression, même faite par simple imprudence ou qui n'a pas causé de préjudice, constitue un délit pénal.

Notamment, un professionnel est responsable de l'accès au dossier patient informatisé par ses codes personnels et ne doit en aucun cas transmettre ses codes à un collègue. Il doit limiter ses recherches sur le dossier patient informatisé à un cadre strictement professionnel. L'accès au dossier est limité aux informations strictement nécessaires à la prise en charge du patient.

Cependant, le Directeur Général du CHU peut délier l'agent de cette obligation dans le cadre d'une procédure pénale.

Article 110 : Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les professionnels du CHU sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision du Directeur Général du CHU ou son représentant, notamment à l'égard de la presse, des démarcheurs etc.

Les professionnels du CHU sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant à un service public. Le fait, pour un agent du service public, de manifester ses croyances religieuses dans l'exercice de ses fonctions, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations.

Les professionnels du CHU doivent s'abstenir de tenir tous propos ou discussions, ou d'adopter des comportements excessifs ou déplacés qui seraient susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres personnels de l'établissement.

Ces obligations s'appliquent également sur les réseaux sociaux, même sous un pseudonyme.

Article 111 : Attitude envers les patients

De par son comportement et avec les moyens dont il dispose, le personnel du CHU s'efforce de procurer aux patients dont il a la charge, le maximum de confort physique et moral.

Toute personne a droit au respect de sa dignité, de ses valeurs, de ses croyances, de sa culture. Il est demandé d'accueillir et d'informer les familles et les patients avec tact et courtoisie en toute circonstance.

L'intimité du patient doit être préservée lors des soins, toilettes, consultations ou visites médicales, et d'une manière générale à tout moment de son séjour hospitalier.

Les patients ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre ce refus.

Les membres du personnel et les visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre d'un patient et n'y pénétrer dans la mesure du possible, qu'après y avoir été invité par celui-ci.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de chacun d'eux.

Article 112 : Connaissance et application des chartes de la personne hospitalisée

La charte de la personne hospitalisée est mise à disposition des professionnels du CHU dans le livret d'accueil. Son résumé fait l'objet d'un affichage dans les unités de soins. L'ensemble des 63 personnels doit en appliquer les préceptes et en suivre les recommandations, en fonction du service dans lequel ils exercent.

Article 113 : Lutte contre la douleur

Le soulagement de la douleur doit être une préoccupation constante des personnels soignants. En toute circonstance, la douleur du patient devra être prévenue, évaluée, prise en compte et traitée et tracée.

Article 114 : Demande d'information

Il s'agit d'une obligation de l'agent confirmant la volonté d'amélioration de la relation entre l'administration et les usagers.

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'informations exprimées par les usagers de l'établissement, et ce, dans le respect des règles mentionnées aux articles relatifs au « secret professionnel » et à l'obligation de réserve et de discrétion professionnelle.

Article 115 : Information des familles par rapport aux décisions importantes

Les familles et/ou la personne de confiance seront chaque fois que nécessaire et en temps utile, avisées des décisions importantes concernant le patient, telles que celles relatives à son changement de service, une intervention chirurgicale, un transfèrement vers un autre établissement, une sortie, etc. Sauf en cas d'urgence médicale, ces informations seront données aux personnes concernées avant que la décision ait reçu un début d'exécution.

Article 116 : Respect de la liberté de conscience ou d'opinion

Ce devoir correspond au principe d'égalité des citoyens dans l'accès au service public.

Il résulte que le service rendu ne peut se différencier par rapport aux usagers en fonction de leurs convictions politiques, religieuses, syndicales ou en fonction des convictions de l'agent.

La liberté de conscience doit être respectée. Aucune pression de quelque nature que ce soit, ne doit être exercée sur les patients, les familles et le personnel.

Article 117 : Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être en toute circonstance, accueillies et informées avec tact et ménagement. Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci doivent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire.

Article 118 : Adressage des avis d'aggravation de l'état des patients

Le personnel hospitalier fera diligence pour que les avis d'aggravation destinés aux proches des patients hospitalisés, leur parviennent par les moyens les plus rapides, notamment par le téléphone, lorsqu'un numéro est utilisable à cet effet.

Article 119 : Interdiction des réunions publiques

Les réunions publiques sont strictement interdites au sein du CHU, sauf autorisation expresse du Directeur Général ou son représentant.

SECTION III : DROITS DES PERSONNELS

Article 120 : Liberté d'opinion – Principe de non discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux professionnels du CHU.

Aucune différenciation, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels du CHU, en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, ainsi que pour leur origine, orientation sexuelle, âge, patronyme, état de santé, apparence physique, handicap ou appartenance vraie ou supposée à une ethnie ou groupe dans l'espèce humaine. Celles-ci ne doivent faire l'objet d'aucune mention au dossier de l'agent et ne doivent avoir aucune influence sur sa carrière.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte de possibles inaptitudes physiques à l'exercice de certaines fonctions. A titre exceptionnel, des recrutements distincts peuvent avoir lieu si l'appartenance à un sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

La carrière d'un agent de la Fonction Publique Hospitalière qui serait candidat ou élu à un mandat électif, ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de sa campagne électorale ou durant l'exercice de son mandat.

De même, la carrière des agents siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme placé auprès des pouvoirs publics, ne saurait être influencée par les positions que ces agents y ont prises.

Article 121 : Protection contre le harcèlement

La carrière d'un agent du CHU ne pourra en aucune manière être affectée du fait qu'il aura subi ou refusé de subir les agissements de la part de tout autre professionnel qui, abusant la plupart du temps de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs de quelque nature que ce soit. Les agents hospitaliers qui auront relaté de tels faits ou apporté leur témoignage à leur sujet, seront également protégés.

Aucun agent du CHU, ne doit subir de façon répétée, une quelconque forme de harcèlement moral qui aurait pour conséquence une dégradation des conditions de travail et serait susceptible de porter atteinte à ses droits et sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de compromettre son avenir professionnel.

Tout agent ayant participé à des agissements de ce type est passible d'une sanction disciplinaire. Une procédure de signalement et gestion des actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissements sexistes est disponible dans le logiciel de gestion documentaire du CHU.

Article 122 : Liberté d'expression

La liberté d'expression des professionnels du CHU leur est garantie, dans la mesure où ils s'obligent à une stricte neutralité, dans l'exercice de leurs fonctions, et à un devoir de réserve en dehors de l'exercice de leurs fonctions.

Article 123 : Droit de grève

L'exercice du droit de grève est autorisé au CHU ; cependant celui-ci doit s'exercer dans le cadre légal et réglementaire et selon des modalités pratiques permettant d'assurer dans tous les cas, la sécurité des biens et des personnes. Ainsi, au nom du principe de continuité du service public, le CHU peut instaurer un système de service minimum en cas de grève.

Le service minimum retenu doit se faire dans le cadre réglementaire et législatif. Les règles d'application de ce service minimum, propres au CHU, sont disponibles à la Direction des Ressources Humaines.

En application de la réglementation en vigueur, des retenues sont en outre effectuées sur le traitement des agents ayant été absents en raison de leur participation à la grève.

Les agents qui se déclarent grévistes et qui assurent la continuité du service sont rémunérés, bien qu'ils soient enregistrés comme grévistes.

Article 124 : Droit de retrait

Le droit de retrait permet à un professionnel du CHU, de cesser son travail en présence d'un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ou bien s'il constate une défectuosité dans les systèmes censés le protéger.

Par danger imminent, la loi considère les situations dans lesquelles le risque est susceptible de survenir de façon brusque ou dans des délais rapprochés. La notion de danger doit être entendue, par référence à la jurisprudence, comme étant une menace directe pour la vie ou la santé des agents, c'est-à-dire une situation de fait, à même de provoquer un dommage ou de porter atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Article 125 : Droit syndical

Le droit syndical est reconnu à tout agent du CHU qui décide d'adhérer à l'organisation syndicale de son choix. Les syndicats ont un rôle de défense des intérêts individuels et collectifs des personnels.

Conformément à la réglementation en vigueur, des locaux spécifiques pour l'exercice de leurs activités sont attribués par le Directeur Général du CHU aux organisations syndicales de l'établissement.

De même, des emplacements spéciaux leur sont réservés pour l'affichage des informations à caractère syndical. L'affichage est interdit en dehors de ces emplacements dédiés. Un exemplaire des documents publiés est transmis au Directeur Général du CHU concomitamment à leur affichage.

Les publications à caractère syndical peuvent être librement distribuées dans l'enceinte du CHU, mais en dehors des locaux publics, et sans apporter de gêne. La distribution doit être assurée par des agents qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence ou d'un crédit de temps syndical. Les publications doivent être communiquées au Directeur Général du CHU pour information.

Les cotisations syndicales peuvent être collectées dans l'enceinte du CHU, mais en dehors des locaux ouverts au public, et ce, par des représentants syndicaux qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une décharge d'activité de service. La collecte ne doit en aucune manière, porter atteinte au fonctionnement des services.

Les organisations syndicales peuvent être autorisées à tenir des réunions d'information à l'intérieur du CHU après demande auprès de la DRH. Ces réunions ne peuvent s'adresser qu'aux personnels hospitaliers qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence.

Tout agent peut, durant ses heures de service, participer à une réunion mensuelle d'information syndicale, d'une durée maximale d'une heure.

La demande d'absence de l'agent doit être déposée auprès de sa hiérarchie, dans les trois jours précédant la date de la réunion ; la demande est acceptée sous réserve des nécessités de service.

Une même organisation syndicale peut regrouper ses heures de réunion mensuelle d'information et en cumuler le temps sur un trimestre.

Par ailleurs, durant la période de 6 semaines précédant le jour du scrutin organisé pour le renouvellement des instances, les agents peuvent assister à une réunion d'information spéciale d'une durée maximale d'une heure.

A l'exception des réunions se tenant dans les locaux syndicaux, l'organisation des réunions suscitées doit être demandée au moins une semaine à l'avance.

Des autorisations spéciales d'absence sont, sous réserve des nécessités de service, accordées aux représentants mandatés des syndicats.

D'autres autorisations spéciales d'absence sont également accordées aux représentants syndicaux mandatés afin de participer aux congrès ou réunions statutaires des organismes directeurs de leur syndicat ; ces dernières autorisations d'absence sont accordées dans la limite d'un contingent global déterminé pour l'année.

Des autorisations spéciales d'absence peuvent être accordées aux agents disposant d'un mandat électif dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Un crédit de temps syndical regroupant les autorisations spéciales d'absence et les décharges d'activité de service est attribué globalement chaque année aux organisations syndicales ; leur nombre est établi en fonction du nombre d'électeurs inscrits pour l'élection au CTE, d'une part, et des résultats obtenus par lesdites organisations lors des élections au CTE, d'autre part.

Article 126 : Droit à la formation professionnelle tout au long de la vie

Ce droit comprend l'accès à

- des formations d'adaptation au poste, de recyclage, de perfectionnement sur son poste, en application du projet de service
- de bilan de compétences, reconversion et de promotion professionnelle, en vue de l'accès à de nouvelles fonctions

Il s'inscrit dans la politique de développement des ressources humaines de l'établissement et la politique collective de formation définie par la DRH après concertation en dialogue social.

Article 127 : Accès au dossier personnel des agents

Tout agent du CHU a accès à son dossier administratif personnel. L'agent doit prendre rendez-vous par téléphone à la Direction des Ressources Humaines, pour venir consulter son dossier individuel en présence d'un professionnel qui sera à même de répondre à ces éventuelles questions. Cette demande n'a pas à être motivée, et peut être exercée à tout moment, et de manière répétée. (Sous réserve de demandes abusives).

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

SECTION I : REGLES DE SECURITE ET DE TRANQUILITE

Article 128 : Nature et opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques de toute nature, sont applicables au CHU. Le Directeur Général du CHU les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises dans le respect des principes généraux du droit, des lois et règlements, et en vertu de ses attributions en matière de police et d'organisation des services de l'établissement.,

Les règles de sécurité générale et de fonctionnement, ont pour but de limiter les risques (accidentels ou intentionnels), susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Ces règles visent également à protéger les membres du personnel, leurs outils de travail ainsi que le patrimoine immobilier de l'établissement et son environnement.

Toute personne ayant pénétré dans l'enceinte du CHU, et ce, pour quelque motif que ce soit doit se conformer aux règles de sécurité qui s'y appliquent dans l'intérêt général de l'Institution. Chaque personne doit ainsi respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions qui lui seraient adressées par des personnels habilités.

Dans la mesure où les conventions qui lient le CHU à certaines entités (de statut public ou privé), hébergées en son sein, n'en disposent pas autrement, les règles de sécurité en vigueur dans l'établissement, sont opposables à ces entités.

Article 129 : Accès au CHU

L'accès dans l'enceinte des sites de l'établissement, est réservé aux personnels et aux usagers du CHU, leurs accompagnants, les visiteurs et toutes personnes qui y sont appelées en raison de leurs métiers ou fonctions. Les conditions matérielles d'accès pour ces diverses catégories de personnes, sont organisées par le Directeur Général du CHU ou son représentant qui est habilité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès des personnes n'appartenant pas à l'une des catégories citées ci-dessus est subordonné à une autorisation délivrée par le Directeur Général du CHU ou son représentant. En cas de besoin, il peut demander que les tiers dont la présence au sein du CHU n'est pas justifiée lui soient signalés, inviter ceux-ci à quitter les lieux et, au besoin, les faire reconduire à l'extérieur du périmètre de l'établissement.

En outre, et pour des raisons de sécurité, le Directeur Général du CHU peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Les sociétés extérieures doivent signaler les dates et lieux de leur intervention et se conformer au présent règlement.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire au CHU des, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Article 130 : Locaux réservés

Il est interdit aux patients et visiteurs de s'introduire dans les locaux réservés au personnel.

Article 131 : Calme et tranquillité au sein du CHU

Tout accompagnant ou visiteur qui, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein du CHU, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement. Si nécessaire, il peut être raccompagné à l'extérieur du périmètre hospitalier par les agents de sécurité du CHU.

Les visiteurs doivent respecter les mesures visant à réduire les nuisances auditives et surveiller les enfants qui les accompagnent.

Le calme et la tranquillité, ainsi que le repos des patients doivent être préservés dans le CHU. A ce titre, il convient d'éviter le claquement des portes et l'usage de chariots qui grincent et il est recommandé de manipuler le matériel avec douceur.

Article 132 : Personnel de sécurité

Des personnels habilités interviennent, soit directement, soit à la demande des services afin de traiter les différentes alarmes automatiques ou demandes de secours.

Le personnel de sécurité veille à la sécurité générale et à la sécurité incendie de l'établissement.

Article 133 : Signalement des dommages de nature pénale

La mise en œuvre par le CHU, de mesures de protection et de surveillance permettant d'éviter la survenance d'événements préjudiciables à son bon fonctionnement, ne modifie pas les règles habituelles en matière de responsabilité hospitalière.

Les faits répréhensibles commis dans l'enceinte du CHU engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, que ceux-ci soient ou non identifiés. Le CHU assure, en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages à l'égard de ses agents, la protection des agents hospitaliers qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions. En outre, les victimes de tels dommages peuvent déposer plainte en leur propre nom auprès du commissariat central de police; le Directeur Général du CHU, ou son représentant, dépose plainte au nom de l'établissement et pour les dommages que ce dernier a subis.

Article 134 : Rapports avec l'autorité judiciaire

Le Directeur Général du CHU, ou son représentant, informe sans délai le Procureur de la République, des crimes et délits qui sont commis dans l'établissement et portés à sa connaissance. Il avise l'Officier de Police Judiciaire territorialement compétent, en cas de mort violente ou suspecte.

En pareilles circonstances, le Directeur Général du CHU ou son représentant, s'assure, que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Article 135 : Règles générales d'hygiène et de propreté

Les règles élémentaires d'hygiène sont à respecter dans l'enceinte du CHU
Seul est toléré l'usage des sanitaires et cabinets de toilette mis à disposition du personnel et des visiteurs ; tout autre comportement ou pratique déviante en la matière, sera puni.

SECTION II : REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Article 136 : Autorisation de circuler

Les voies de circulation matérialisées dans l'enceinte du CHU constituent des dépendances du domaine de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier.

La circulation automobile à l'intérieur du CHU n'est accessible qu'aux véhicules munis d'un badge d'accès, d'un macaron ou d'un laissez passer, délivré par le Directeur Général ou son représentant, aux bénéficiaires d'une autorisation d'entrer et de circuler à l'intérieur de l'établissement.

Sont dispensés d'autorisation, les ambulances, véhicules des sapeurs-pompiers et de la police, taxis, voitures de livraison, véhicule personnel des médecins non hospitaliers mais pouvant justifier de leur qualité, véhicules particuliers transportant un malade, un blessé, ou une personne invalide ou impotente.

Les agents de la vigie ont pour mission d'effectuer des contrôles à l'entrée des véhicules et engins à moteur. Le refus pour une personne de se soumettre à un contrôle, entraîne pour elle, l'interdiction d'entrer.

Article 137 : Code de la route

Les dispositions du Code de la route s'appliquent sur les voies de circulation à l'intérieur du CHU. La vitesse est limitée à 30 km/h en général voire à des vitesses moindres spécifiées dans certaines zones dangereuses, afin de garantir la sécurité de déplacement des patients, visiteurs et personnels de l'établissement.

Article 138 : Emplacements des stationnements

Le stationnement dans l'enceinte du CHU, n'est autorisé qu'aux emplacements réservés à cet effet et qui sont matérialisés par des lignes tracées au sol

Article 139 : Emplacements de stationnement réservés

Dans l'enceinte du CHU, le principe de stationnement adopté est l'absence de places nominatives. Certains emplacements sont réservés à des véhicules de service ou de véhicules de prestataires extérieurs pour assurer des fonctions logistiques et supports. Certaines catégories de professionnels de l'établissement (DG, DGA, Président de la CME et vice Président de la CME) ont un emplacement réservé au regard de leurs fonctions.

A cet effet, une pancarte ou une matérialisation au sol indique la qualité de la personne bénéficiaire de la place de stationnement réservé ou l'intitulé du service si le bénéficiaire est un service ou une fonction.

Par ailleurs, une signalétique spécifique précise les places de stationnement particulières de stationnement, essentiellement au bénéfice des personnes à mobilité réduite (PMR).

Article 140 : Interdiction de stationner

Le stationnement est interdit de façon absolue, au milieu des voies et des carrefours, à hauteur d'un autre véhicule à l'arrêt, sur les trottoirs et passages réservés aux piétons et PMR, devant les entrées des services, sur les rampes et voies d'accès réservées aux ambulances, aux véhicules de secours, pompiers, et aux voitures de service du CHU, devant les accès en général, dans les voies et parties de voies délimitées par des panneaux réglementaires, d'interdiction de stationnement.

Conformément au code de la route, les contrevenants aux règles de stationnement et de circulation sont susceptibles d'être verbalisés.

Article 141 : Comportement des conducteurs automobiles

Tout conducteur d'un véhicule à moteur qui en reçoit l'injonction, de la part d'un agent habilité du CHU, doit déplacer son véhicule ou le faire sortir de l'établissement. Le refus opposé par un agent hospitalier à ce type d'injonction est susceptible de constituer une faute disciplinaire.

Les conducteurs de véhicules doivent éviter tout comportement générateur de nuisance, notamment sonore (bruit de moteur en surrégime, conduite brutale, usage de l'avertisseur...) et de risque. Ils doivent se conformer au code de la route.

Article 141-1 : Engagement des usagers du parking

Il relève de la responsabilité de chaque usager du parking, au moment du paiement à la borne, de s'assurer de la bonne utilisation de son ticket de parking. Aucun remboursement ne sera effectué par le CHU en cas d'erreur commise par l'usager et notamment, en cas d'utilisation, au moment du paiement d'un ancien ticket de stationnement non oblitéré.

L'usager, parent d'un enfant hospitalisé, auquel il a été remis un badge d'accès gratuit pour la durée du séjour de son enfant, s'engage à le restituer lors de la sortie définitive de celui-ci. En cas de non-restitution, l'établissement se réserve le droit de facturer à l'usager le prix du renouvellement du badge, à hauteur de 15 euros, frais de gestion compris.

Article 142 : Stationnement pendant plus de 24 h

Le stationnement d'un véhicule sur une durée supérieure à vingt-quatre heures consécutives dans l'enceinte du CHU n'est permis que s'il s'agit d'un véhicule appartenant à une personne hébergée dans l'établissement. La mise en fourrière d'un véhicule stationné pendant plus de 24 heures (hormis le cas précité) pourra être demandée.

Article 143 : Déplacement d'office des véhicules

Il pourra être procédé au déplacement d'office de tout véhicule compromettant la sécurité générale dans l'enceinte de l'établissement.

SECTION III : DISPOSITIONS GENERALES

Article 144 : Entrée en vigueur du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est adopté par le Directeur Général du CHU, après sa présentation et sa discussion en réunion du Directoire, la consultation du Comité social d'Etablissement, de la Commission Médicale d'Etablissement, de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques, et du Conseil de Surveillance du CHU.

Article 145 : Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est à la disposition de toute personne qui demande à en prendre connaissance auprès de la Direction Générale du CHU. Un exemplaire du règlement intérieur est déposé auprès du responsable du service d'accueil de la clientèle, dans chacun des établissements faisant partie du CHU, afin d'être tenu à la disposition des patients ou de leur famille qui demandent à le consulter.

En outre, le présent règlement intérieur est consultable « en ligne » sur le site Intranet du CHU, et tenu à la disposition des personnels dans chacun des services de l'établissement.

Article 146 : Autres règlements intérieurs

Certaines entités de prise en charge ou d'enseignement (EHPAD, Service Mortuaire, écoles paramédicales ...) qui dépendent du CHU ainsi que certaines structures internes dotées d'instances pour leur gouvernance (conseils de pôles...) disposent chacune de son propre règlement intérieur. Ces règlements intérieurs spécifiques sont régulièrement mis à jour puis validés par les instances et ensuite consultables selon des modalités qui leur sont propres.

Ces règlements intérieurs spécifiques, ne peuvent comporter de dispositions qui seraient contraires à celles contenues dans le présent règlement intérieur général concernant les services de soins, techniques et administratifs.

Article 147 : Modification du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur général pourra, en tant que de besoin, et en fonction des évolutions réglementaires ou organisationnelles internes concernant son contenu, faire l'objet de modifications,

Les modifications sont adoptées selon les mêmes formes que pour le présent document, avec une périodicité semestrielle ou annuelle.